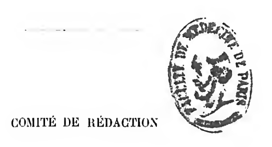
GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, BLACHEZ, ALBERT HÉNOCQUE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME X — 1873

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXXIII

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 2 janvier 1873.

Société de biologie : LES ABCÈS MÉTASTATIQUES : MM. HAYEM, RANVIER. — *Académie de médecine :* L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE ANTIDOTE DU PHOSPHORE.

Ayant suivi constamment les phases diverses des discussions académiques sur la pyohémie, la septicémie, depuis trois ans, nous ne saurions nous lasser de signaler les travaux qui vont s'accumulant sur une question bien digne de passionner le zèle des expérimentateurs. Nous avons déjà parlé des travaux qui ont introduit à la Société de biologie la question depuis longtemps agitée à l'Académie. Dans la Société de biologie, la septicémie n'est pas encore envisagée dans son ensemble; mais on y discute les faits particuliers, et c'est, pour ceux qui aiment la science, assister à un spectacle fécond en jouissances, que de suivre les efforts tentés de toutes parts dans des directions variées, et qui promettent une solution prochaine.

Dans les deux dernières séances, à la suite d'une communication de M. Hayem qui a obtenu, avec des injections de centièmes de goutte de sang putride chez des lapins, des abcès métastatiques, une discussion très-intéressante s'est engagée au sujet des conditions pathogéniques et du mode de développement des abcès métastatiques.

M. Hayem a obtenu les abcès métastatiques, non-seulement avec des produits putrides, mais aussi avec les liquides de la putréfaction inodore, c'est-à-dire avec le liquide amniotique d'un fœtus mort et putréfié dans l'utérus. On se rappelle que nous avions nous-même observé chez le cobaye des abcès métastatiques à la suite d'injections, soit de sérosité putride d'hydrocèle, soit du sang de cobayes inoculés avec le sang de cobayes morts de la première inoculation. Il nous semble donc actuellement démontré que les mêmes inoculations qui produisent la septicémie foudroyante peuvent, dans certaines circonstances, surtout lorsque les doses sont relativement plus fortes (de 1/20e à 1/100e de goutte), produire des lésions analogues à celles de la pyohémie.

Quelle que soit l'importance de ce fait, ce n'est pas lui que nous voulons, aujourd'hui, mettre en relief; il s'agit plutôt de l'étude pathogénique et anatomique des abcès métastatiques; de ces lésions qui, jusqu'à présent, sont considérées avec la phlébite et plus encore que la phlébite comme la caractéristique anatomique de l'infection purulente ou pyohémie, et, pour beaucoup de pathologistes, comme la lésion différentielle entre la septicémie et la pyohémie.

La discussion entre MM. Hayem et Ranvier est circonscrite dans l'étude des abcès métastatiques miliaires, ceux qui représentent l'abcès à son origine. Pour M. Hayem, les abcès miliaires métastatiques ont pour origine des embolies capillaires. Celles-ci, dans une première phase, constituent les *taches pâles* caractérisées par la stase des globules blancs dans le réseau capillaire du foie, et bientôt par l'extravasation des globules blancs et des altérations des cellules hépatiques voisines; plus tard, le sang est coagulé dans les ramifications de la veine porte, puis dans les veines sushépatiques; les leucocytes s'accumulent autour des vaisseaux, s'infiltrent entre les cellules hépatiques; enfin ils se réunissent en abcès miliaires. En somme, il y a embolie capillaire par les globules blancs qui, devenant corps étrangers ou irritants, produisent le foyer de suppuration. (Voyez pour les détails le travail de G. Hayem, *Gaz. hebdom.*, 1871, p. 291.)

Pour M. Ranvier, les embolies capillaires ne sont pas prouvées *ipso facto;* elles sont hypothétiques et déduites du fait de l'existence bien démontrée des embolies, mais dont la fréquence et l'importance ont été exagérées par les Allemands, avant ces dernières années, tandis que depuis deux ans les Allemands semblent en juger bien différemment.

Les abcès métastatiques miliaires que M. Ranvier a observés dans des autopsies faites pendant le siége, peu d'heures après

---

FEUILLETON.

La médecine chez les Chinois.

(Fin. — Voyez le numéro 52.)

Angines (jou-gneou). — C'est ainsi qu'au milieu d'une infinie variété de maladies ainsi qualifiées, on reconnaît à peine l'amygdalite simple (*tan-jou-gneou*), et l'amygdalite double (*chouang-jou-gneou*). Il est à remarquer néanmoins que c'est dans ces cas qu'*on insuffle de l'alun dans la gorge au moyen d'un tube d'argent.* Faut-il rattacher au chapitre des angines, ou doit-on regarder comme une description du rétrécissement de l'œsophage, la maladie désignée par les Chinois sous le nom de *yay-heon* (contracture de la gorge). Le malade ressent de violentes douleurs dans le dos; l'eau seule peut faire passer les aliments qui sont quelquefois régurgités avec des matières acides ou visqueuses. Le traitement de cette maladie est quelque peu en désaccord avec l'opinion que nous avons pu nous faire quelques lignes plus haut de la thérapeutique chinoise. Ce traitement consiste à faire boire chaque matin au malade parties égales d'urine de cheval et de mulet.

Maladie des dents et des gencives. — Sous ce titre se trouvent réunies des descriptions fort confuses, où l'on parle de rougeur, de gonflement des gencives avec salivation abondante et écoulement de mucosités fétides. Des ulcérations mettent à nu les dents; ces ulcérations deviennent parfois noires, surtout chez les enfants après certaines formes de petite vérole; on voit dans ces cas la muqueuse de la joue attaquée, perforée ou creusée par des abcès. Il est aisé de reconnaître dans toute cette description la gingivite ulcéro-membraneuse, peut-être la gingivite mercurielle, qui doit être fréquente; enfin la gangrène de la bouche apparaissant chez les enfants, après une rougeole rangée, par erreur de diagnostic, dans les varioles.

la mort, ne sont pas de nature embolique; ils sont ronds, situés au centre et non à la périphérie des lobules du foie; ils présentent tous les caractères d'une production inflammatoire; autour de la veine intra-lobulaire, il se fait une infiltration de globules blancs ou globules de pus qui se tassent, écartent les cellules hépatiques, en modifient la forme, et, s'infiltrant dans le tissu interstitiel, représentent une inflammation interstitielle. Dans le poumon, il se produit une pneumonie purulente et catarrhale. Dans les cartilages mêmes, on peut observer une transformation des cellules de cartilages en globules de pus.

En somme, pour M. Hayem, l'abcès métastatique miliaire est une embolie capillaire ayant pour agents les globules blancs peut-être altérés et possédant des propriétés inflammatoires ou phlogogènes spécifiques. Pour M. Ranvier, les embolies capillaires ne sont nullement démontrées; c'est le sang ou des particules provenant des foyers de suppuration, de l'ostéomyélite principalement qui, servant d'*épines*, produisent l'inflammation.

A priori, ces deux opinions semblent se rapprocher; l'une et l'autre admettent volontiers une action spécifique septique du sang ou de son contenu. Elles diffèrent dans le fond en ce sens que, pour M. Hayem, la veine porte est le siége de coagulations; les globules blancs agissent par leur accumulation, seuls ou réunis à des molécules ou particules septiques; tandis que pour Ranvier l'abcès métastatique est d'origine inflammatoire; il n'y a pas de cause mécanique à proprement parler, il y a excitation inflammatoire par le sang, sérum, globules, particules, voire même bactéries. Comme disait Velpeau, il y a des épines produisant l'inflammation.

Au point de vue histologique, il y a une divergence profonde dans les descriptions de Ranvier et d'Hayem : pour le premier l'infiltration purulente part du centre du lobule; c'est de l'inflammation pour le second; cette inflammation est plutôt périphérique; elle résulte de l'embolie et de la thrombose de la veine porte.

Il est probable que les deux observateurs n'ont pas examiné les lésions dans des conditions analogues. Nous ne nous dissimulons pas qu'il est en apparence plus logique de nier l'embolie quand on n'en a pas l'apparence matérielle; mais d'autre part il faudrait expliquer la cause, le mécanisme de l'inflammation interstitielle; car celle-ci n'a été vue que dans des conditions exceptionnelles.

Il serait très-commode d'admettre à la fois les deux explications; mais dans ce cas on ne serait pas encore fixé, parce qu'il faudrait déterminer les conditions de l'embolie capillaire comme celles de l'inflammation capillaire.

Dans cette étude gît très-probablement la vérité; il ne nous répugne nullement d'admettre que la septicémie produit tantôt l'inflammation avec abcès métastatiques miliaires, tantôt l'embolie capillaire avec abcès métastatiques miliaires. Mais alors les abcès métastatiques ne peuvent plus être considérés comme caractéristiques de la pyohémie, et il devient singulièrement difficile de distinguer entre la septicémie de forme pyohémique à abcès emboliques métastatiques, et la septicémie proprement dite, produisant des abcès métastatiques par inflammation. Il semble que plus on pénètre profondément dans l'étude approfondie des symptômes (température, frissons, etc.) et des lésions (abcès métastatiques, ostéomyélite, phlébite), moins nettement se dégage la distinction de la pyohémie et de la septicémie. En d'autres termes, la pyohémie et la septicémie paraissent n'être plus distinctes comme espèces morbides, mais différer par de simples caractères de variétés.

A. Hénocque.

En écrivant la note insérée dans le dernier numéro (p. 833) relativement à l'emploi de l'essence de térébenthine dans l'empoisonnement par le phosphore, nous ignorions que ce sujet figurât, pour ainsi dire à la même heure, dans un rapport lu à l'Académie de médecine. C'est le rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés pour concourir au prix Barbier. L'un de ces mémoires est de M. Andant, ce praticien distingué de Dax à qui le hasard a fourni, il y a quatre ans, l'occasion de constater l'action antidotique de l'essence de térébenthine chez un individu qui en avait ingéré une dose de 15 grammes après avoir mâché des allumettes chimiques, croyant par là rendre l'empoisonnement plus violent et plus prompt. C'est, on se le rappelle, cette observation de M. Andant qui, avec les mesures préservatrices prises dans la fabrique d'allumettes chimiques de Strafford, avait été le point de départ des recherches communiquées en 1869 à l'Académie de médecine par M. Personne, ainsi que de plusieurs travaux ultérieurs (voy. *Gaz. hebd.*, 1869, p. 154, et 1870, p. 113). Or, M. Andant a envoyé pour le concours au prix Barbier cinq observations,

---

Pneumonie. — Au milieu des abcès du poumon (*fey-jong*) figure sans doute la pneumonie caractérisée par une douleur sourde dans la poitrine, au-dessous du sein, entre la troisième et la quatrième côte. Cette maladie débute subitement par des frissons; la langue est sèche, et le malade rend des crachats secs, collants et jaune foncé.

Goutte. Rhumatisme. — Par une confusion qui n'est pas propre aux Chinois, la goutte et le rhumatisme semblent confondus. Cette confusion semble être, d'ailleurs, involontaire. Ils décrivent certaines douleurs plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, attaquant le gros orteil, durant cinq ou six heures, avec une acuité terrible et *suivies*, non accompagnées de gonflement. A coup sûr, c'est là une attaque de goutte bien décrite avec l'œdème et la desquamation qui la suivent; ils décrivent, chez les malades sujets à ces douleurs, des tumeurs de la peau, dures au toucher, qu'on pourrait prendre pour le *tophus*. Enfin, le soin qu'ils mettent à ajouter que ces crises sont précédées de perte d'appétit, de renvois, donneraient à penser que la dyspepsie goutteuse ne leur est pas inconnue.

Plus loin, le passage qu'ils signalent de la maladie d'une jointure à une autre; la déformation et l'atrophie qu'ils décrivent, rappellent davantage le rhumatisme franc et l'arthrite déformante.

Blennorrhagie (*pe-tcho*). — Cette maladie semble avoir tout particulièrement intéressé l'empereur Hoang-Ty. Il attribuait la fréquence de cette maladie chez son peuple à la putréfaction que subissait dans la *matrice* des filles publiques le sperme d'origine multiple qui s'y trouvait. Quoique venue de haut, l'explication laisse à désirer. En revanche, l'importance de l'ophthalmie blennorrhagique n'a pas échappé aux Chinois; ils semblent la regarder comme métastatique; enfin, le rhumatisme blennorrhagique est signalé; ils parlent de douleurs dans les articulations des mains, des pieds, et surtout des genoux, survenant dans le cours de la maladie. La syphilis est souvent confondue avec la blennorrhagie; enfin, blénorrhée ou *goutte militaire* semble fréquente chez ce peuple de lettrés.

dont trois, suivant le rapporteur, M. Bernutz, « démontrent péremptoirement l'efficacité chez l'homme de l'administration à l'intérieur de l'essence de térébenthine dans l'empoisonnement par les allumettes chimiques, » et concordent de tous points avec les résultats des expériences faites sur les animaux par M. Personne.

C'est notre devoir de ne pas omettre le reproche fait à M. Andant par le rapporteur de n'avoir pas rappelé les expériences de l'habile chimiste. Mais nous ne pouvons guère plus nous dispenser de faire remarquer à M. Bernutz, non à titre de *reproche*, mais à titre de regret, qu'il n'ait aucunement touché à la question si importante dont nous nous occupions tout récemment : la question pratique de la qualité de l'essence à employer. Quoi qu'on pense de la théorie de Kohler, ou de celle de M. Personne lui-même, ou de celle de MM. Currie et Vigier, il nous semble qu'il ne saurait être indifférent de savoir si l'essence rectifiée ancienne est ou non, comme le veut Koller, plus efficace que l'essence non rectifiée. Or, M. le rapporteur ne dit pas quelle est celle qui a été mise en usage par notre confrère de Dax.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

Clinique médicale de la Charité. — Leçons sur les urines, faites par le docteur Bouchard, agrégé, suppléant du professeur Bouillaud.

(Première leçon.)

Messieurs, il n'y a plus aujourd'hui quatre éléments, l'air, la terre, l'eau et le feu; il n'y a plus quatre humeurs, le sang, le phlegme, la bile et l'atrabile. Depuis Galien, la chimie s'est faite, l'humorisme s'est transformé. L'humorisme même n'est plus aujourd'hui un système médical; l'étude des altérations humorales appartient à la pathologie au même titre que l'étude des modifications que subissent les tissus; elle rentre dans cette médecine empirique qui cherche sans cesse la constatation de faits nouveaux; elle prépare les matériaux de cette médecine systématique qui, à l'aide des lumières de la physiologie moderne, pourra un jour les interpréter. Si cet humorisme moderne est plus compliqué que l'humorisme ancien, il est plus précis, et je puis ajouter qu'il est plus utile.

Les maladies modifient les humeurs. Les altérations humorales peuvent engendrer des accidents morbides. De même que la médecine d'observation a étudié, avec une complication croissante, les modifications qui surviennent dans l'économie, dans les appareils, dans les organes, dans les éléments anatomiques; de même, elle doit chercher à apprécier les modifications des humeurs. Cette étude des altérations humorales, faite autrefois d'après les apparences extérieures les plus accusées, doit être faite aujourd'hui en mettant à profit les innombrables découvertes que nous devons à la chimie et à la physiologie modernes. Ce sera encore l'empirisme, mais l'empirisme devenu scientifique par la précision et la rigueur des procédés employés. Et souvent, en rapprochant de ces données empiriques les notions positives de physiologie, nous pourrons interpréter les faits pathologiques, nous pourrons systématiser, nous pourrons bâtir des théories, faisant d'ailleurs cette réserve mentale qu'il ne s'agit là que d'hypothèses, et que toute hypothèse doit être toujours prête à s'effacer, s'il vient à surgir un fait d'observation qui la contredise, ou si les notions physiologiques viennent à se transformer.

De toutes les humeurs, l'urine est celle qui a fixé au plus haut degré l'observation des anciens. C'est par l'étude des urines que nous commencerons cette série de leçons.

Il est impossible d'aborder l'étude des urines sans se reporter au moins par la pensée à leurs origines, sans préciser le point de départ des matériaux qui les constituent. Les urines rendent au monde extérieur une partie de la matière que le monde extérieur a livré à l'organisme et qui a traversé l'organisme ou qui s'y est fixé momentanément. C'est par la respiration et par l'alimentation que cette matière pénètre dans le corps; elle s'en échappe par l'expiration, par la défécation et diverses sécrétions extérieures, au premier rang desquelles il convient de placer la sécrétion urinaire. La respiration importe peu à la constitution de l'urine; c'est dans l'alimentation que ce liquide trouve sa principale origine. Nous sommes donc obligé de rappeler en quelques mots la composition des aliments.

Les aliments sont formés de matières minérales et de matières organiques, lesquelles se divisent en matières hydrocarbonées et en matières azotées.

Une partie des matières minérales, celle surtout que les sucs digestifs ne peuvent pas rendre solubles, s'éliminent directement par la défécation.

Une notable partie, entraînée par la circulation, pénètre dans les tissus, et reste dans l'organisme.

Une faible partie s'élimine sans avoir fait partie intégrante du corps par des sécrétions diverses, transpiration cutanée, mucus nasal, larmes, etc.

Une notable partie, enfin, portée indirectement du tube digestif aux reins, s'élimine par les urines après un très-court séjour dans l'économie.

L'eau est une de ces matières minérales. Ses voies d'élimination sont nombreuses; les matières fécales en éliminent une quantité habituellement minime; la peau, le poumon,

---

L'orchite est regardée comme un accident fréquent, curable par l'usage de la graine de sophora.

Syphilis (*tche-pe-fong*). — La vérole est l'objet, de la part des Chinois, d'un véritable luxe descriptif; la fréquence et le caractère particulièrement grave de la maladie ont été d'ailleurs constatés chez eux par nos médecins militaire. La céphalée, les douleurs ostéocopes, les taches cuivrées (*tun-hong*), les syphilides gutturales (*keou-yay-tou*), parmi lesquelles même certaines descriptions semblent concerner le chancre de la langue, tout cela se trouve dans les livres de l'empereur médecin dont nous avons parlé. Les plaques muqueuses de l'anus (*kou-keou-fong*) qui s'accompagnent de prurit, sont avantageusement traitées par les fumigations cinnabrées. Le phagédénisme (*che-lan*), semble fréquent. Enfin le chancre uréthral (*yang-nuei-kan*), est très-nettement différencié de la blennorrhagie par la nature de l'écoulement et la douleur en un point fixe de la verge. Le traitement de la syphilis consiste en frictions mercurielles pratiquées sur les bras. Les végétations sont pour eux syphilitiques; ils les appellent comme nous en *crête de coq* (*ki-kouan-hoa*), ou en *chou* (*ye-tsai*).

Ce chapitre de spécialité se termine par différentes rec[illegible] dont MM. Dabry et Soubeiran ne donnent pas la traducti[illegible] français, mais qui procurent une triste idée de la dignit[illegible] médecin chinois. Ces recettes ont pour but : 1° *ut virga sta[illegible] rigida fiat*; 2° *quomodo mulier per se sine hominis coitu, voluptate experiri possit*, etc.

Goître. — Les Chinois regardent cette affection comme l[illegible] résultat de la fonte des neiges. Elle n'est fréquente que dans certaines régions montagneuses. M. Gubler fait remarquer à ce propos la réputation de remède préventif du goître dont jouissent en Chine les préparations saturnines.

Maladie de la soif (*siao-ko*). — Il est aisé de reconnaître le diabète dans ce chapitre. Avec l'amour des divisions multiples, chacun des symptômes du diabète devient, pour ainsi dire, le prétexte d'une division qui reçoit un nom particulier. Ainsi *chang-siao* est caractérisée par : les yeux jaunes, la bouche

les reins, sont ses principaux agents d'excrétion. Le rein même n'occupe pas la première place. Nous négligerons donc provisoirement ce qui a trait à la présence de l'eau dans l'urine, pour ne nous occuper que des matériaux solides.

Parmi les matières hydrocarbonées, il arrive qu'une partie plus ou moins notable, le plus souvent minime, s'élimine directement par les garderobes.

Le reste s'introduit par absorption ou par pénétration dans le sang. Là une partie de ces matériaux hydrocarbonés est brûlée, une autre partie se fixe dans les tissus et reste dans l'écononie.

Mais il arrive souvent que, en dehors des portions brûlées. ou des parties destinées à entrer dans la composition des éléments, une certaine quantité qui se trouve en excédant s'élimine par la voie urinaire, sans avoir fait autre chose que traverser l'organisme.

Parmi les substances azotées, il en est aussi qui, n'ayant pu être attaquées complétement par les sucs digestifs, ou n'ayant pas été totalement absorbées par la surface intestinale, sont expulsées dans l'acte de la défécation.

Pour ce qui reste, une partie, et c'est de beaucoup la plus considérable, est livrée aux éléments anatomiques, et sert à reconstituer leur substance.

Une autre partie, en quantité très-variable, s'élimine immédiatement par les urines, après avoir subi dans son trajet à travers la circulation des transformations variables, tantôt des oxydations complètes, tantôt des modifications chimiques beaucoup moins considérables.

Les urines sont donc l'aboutissant de :

1° Une partie de la matière minérale des aliments;

2° Dans certains cas, une partie non modifiée de la substance hydrocarbonée des aliments;

3° Quelquefois et en quantité variable, une partie modifiée de la substance azotée des aliments.

Pour quiconque connaît la composition normale des urines, cette énumération est incomplète. Nous allons trouver ce qui manque.

Nous avons dit qu'une partie de la substance des aliments se fixe dans l'organisme, c'est : 1° une partie de la substance minérale; 2° une partie de la susbtance hydrocarbonée; 3° une notable partie de la substance azotée. Tout cela devient partie intégrante de l'organisme, ou, si vous voulez, des éléments anatomiques et des humeurs constituantes. Toutes ces matières deviennent de la substance vivante en subissant au moment de leur assimilation des modifications chimiques qui varient suivant les tissus dans lesquels elles s'incorporent.

Mais l'homme prend chaque jour des aliments dont la substance doit avoir la même destination que celle que je viens d'indiquer. Il faut donc que les tissus se dépouillent incessamment d'une partie de la matière qui a servi à les former. Le corps augmenterait incessamment de poids et de volume, si, en même temps qu'il s'assimile la substance des aliments, il ne perdait une portion de sa propre substance, moindre dans la période d'accroissement et surtout dans le très-jeune âge, égale dans l'âge adulte et à l'état de santé, plus grande dans l'état de maladie et dans la période de décrépitude.

C'est la désassimilation qui maintient l'équilibre et qui compense l'augmentation de la matière du corps que produirait l'assimilation d'une partie des éléments fournis par l'alimentation.

Que deviennent les matières de la désassimilation? Si l'on ne tient pas compte de ce qui est emporté par les larmes, par le mucus nasal et par les sueurs, on peut dire que les matières minérales s'éliminent en totalité par les urines. Je fais toujours la même réserve pour l'eau qui peut résulter des combustions interstitielles. — Les matières hydrocarbonées des tissus, à l'exception de celles qui se dégagent par divers émonctoires, s'éliminent presque en totalité par la respiration sous forme d'acide carbonique.

Je dirais que les matières azotées s'éliminent totalement par les urines, si je ne devais faire une exception, peu importante d'ailleurs, pour le mucus nasal, pour l'épiderme que la desquamation emporte incessamment, pour les ongles et pour les poils.

Mais, en somme, tous ces produits de la désassimilation ont été primitivement des aliments sur lesquels s'est fixé un peu d'oxygène fourni par la respiration. Nous pouvons donc envisager plus largement que je ne le faisais tout à l'heure les relations de la fonction urinaire avec l'alimentation, et nous pouvons dire que les urines renferment :

1° La presque totalité des matières minérales des aliments.

2° Quelquefois une partie non modifiée de la substance hydrocarbonée des aliments.

3° Quelquefois une partie plus ou moins transformée de la substance azotée des aliments non assimilés.

4° Presque toute la partie de la substance azotée des aliments qui a été assimilée.

5° Une partie de l'oxygène inspiré.

Les reins sont donc les agents de l'élimination de presque toutes les parties minérales solubles des aliments et de presque toute la matière azotée des aliments.

Si l'on défalquait l'eau, on pourrait faire presque une équivalence entre le poids des aliments et le poids de l'oxygène absorbé d'une part, et d'autre part les variations du poids du corps, le poids des urines et le poids de l'acide carbonique expiré.

Pour ne considérer que les urines, et à la condition d'opérer sur une période de temps un peu longue, on pourrait égale-

---

pâteuse, soif ardente et très-difficile à apaiser, salive rare, urine très-claire, très-abondante, semblable à de l'eau limpide; langue très-rouge et fendillée ; lèvres très-rouges, amaigrissement progressif. N'est-ce pas là, et bien décrit, le diabète urique? — Vienne une lésion oculaire ou un anthrax, et le Chinois crée une autre espèce, *tchong-siao*, caractérisée par les symptômes précédents, avec abcès derrière le cou et faiblesse de la vue.

Albuminurie. — N'est-ce pas le diabète albumineux que cette maladie (*che-tong*) due à un séjour dans un lieu humide, et caractérisée par des douleurs de reins, l'enflure des pieds et du ventre, une urine abondante et jaune?

Cancer d'estomac (*tan-yn*). — Dans cette maladie, les digestions sont pénibles; le malade a des aigreurs, des vomissements noirs, de la constipation ; ses cheveux sont secs, sa figure pâle, une tumeur existe à l'épigastre.

L'*épilepsie* (*yang-tiao-fong*) est admirablement décrite, avec la pâleur et le cri initial, puis la cyanose, l'écume, etc.

Gale. — Il est assez curieux de voir la gale attribuée par les Chinois à la présence d'un insecte qui chemine dans une galerie tortueuse qu'il a pratiquée sur la peau, et traitée chez eux par le soufre (*lieu-houang-ping*).

Si intéressant qu'il soit de voir avec quelle précision deux peuples si dissemblables concordent au même résultat, pour certains points du moins, nous ne pousserons pas plus loin ces citations; nous ne trouverions pas d'ailleurs partout des échantillons aussi favorables de la science chinoise. Citons cependant l'emploi de la *racine de grenadier* comme vermifuge, les cautérisations au fer rouge comme traitement préventif des morsures de chien enragé; les Chinois se servent aussi dans ce cas de ventouses. M. Gubler a signalé dans son rapport l'anesthésie chirurgicale ; ils s'en servent, par exemple, dans la *ligature* des hémorrhoïdes. J'ajoute que dans certains cas les médecins chinois croient qu'il est dangereux de supprimer cette maladie, qu'ils regardent d'ailleurs comme *héréditaire*.

Un long chapitre est consacré aux maladies des femmes.

ment faire une équivalence approximative entre le poids de l'azote ingéré et le poids de l'azote des urines.

Messieurs, si vous vous rapportez à ce que nous avons dit du mode de distribution des diverses parties qui composent l'aliment et du mode de distribution des diverses parties qui résultent de la désassimilation, vous voyez qu'une partie de l'urine provient directement de l'alimentation; vous voyez d'autre part qu'une partie de l'urine provient directement de la désassimilation.

De ces deux éléments : alimentation et désassimilation, l'un est intermittent, c'est l'alimentation; l'autre est continu, c'est la désassimilation. De là une variation périodique nécessaire dans la composition des urines. Dans un cas l'urine de l'alimentation prédomine, et l'on donne au mélange le nom d'urine du repas; dans un autre cas l'urine de la désassimilation prédomine, et l'on donne au mélange le nom d'urine du sang, expression vicieuse, car le sang n'est que le véhicule qui transporte des tissus aux reins les matériaux qui constituent l'urine de la désassimilation, de même qu'il est le véhicule qui porte du tube digestif aux reins les matériaux qui constituent l'urine de l'alimentation. En tout cas, c'est là une expression consacrée que nous pouvons garder, à la condition de lui maintenir la signification que je viens d'indiquer.

Il est difficile d'obtenir isolément les deux variétés de l'urine. On ne peut pas faire que l'urine de l'alimentation ne soit pas mélangée avec l'urine de la désassimilation. On peut obtenir plus complétement à l'état d'isolement l'urine de la désassimilation. Plus on s'éloigne du moment où la digestion a livré au sang les matériaux empruntés aux aliments, plus l'urine de la désassimilation apparaît à l'état de pureté; aussi on a donné l'urine du matin comme type de l'urine du sang. Cependant, à une époque si peu éloignée du repas de la veille, l'action de l'alimentation sur la composition des urines se fait encore sentir; les expériences des physiologistes l'ont démontré : on peut tenir un chien pendant dix, douze, quatorze jours dans un état d'abstinence complète; on voit alors que l'élimination des matières fixes des urines va toujours en diminuant, mais cette décroissance, qui devrait être proportionnelle à la décroissance graduelle du poids du corps de l'animal, est beaucoup plus accentuée dans les premiers jours, et les différences, beaucoup plus marquées au début, s'atténuent peu à peu, si bien que ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que l'on peut suivre, parallèlement à la diminution du poids du corps, la diminution proportionnelle du poids des matières solides des urines. Si dans les premiers jours le poids des matières solides des urines diminue hors de toute proportion avec la diminution du poids du corps, c'est que dans ces premiers jours une partie de ces matières n'est pas réellement fournie par la désassimilation; c'est qu'elle provient d'une sorte de réserve alimentaire.

Il serait fort intéressant de savoir quelle est la quantité de matières fournies par la désassimilation à la sécrétion rénale chez l'homme sain, en dehors de toute influence, même éloignée, de l'alimentation. Cela nous serait nécessaire pour pouvoir, dans beaucoup de cas, comparer l'état morbide à l'état normal et apprécier l'influence pathologique. Souvent nous observons des malades atteints de fièvre typhoïde, qui depuis le premier jour de leur maladie n'ont pas ingéré 1 gramme de substances albuminoïdes. Nous supposons que chez eux la chaleur s'entretient et même s'exagère par les combustions intimes, par l'augmentation de la désassimilation, et quand nous faisons le dosage des parties constituantes de leurs urines, nous ne devons pas comparer les chiffres que nous obtenons à la composition connue des urines chez l'homme sain en pleine activité musculaire; d'un autre côté, nous ne pouvons pas les comparer à la composition inconnue que présenteraient les urines chez un homme sain qui se serait longtemps soumis au repos complet et à l'abstinence absolue. J'ai tenté quelques expériences dans ce sens; j'aurai à vous les signaler plus tard, mais je dois vous prévenir que je n'ai pas obtenu l'abstinence complète pendant plus de vingt-quatre heures.

Cette division des urines en urines de l'alimentation et en urines de la désassimilation, n'a pas un intérêt purement physiologique; elle est également utile au point de vue pathologique.

Il est des conditions morbides où c'est l'urine alimentaire qui est modifiée. Sans parler des boissons, qui, en augmentant souvent dans une proportion énorme la quantité de l'eau des urines, modifient le rapport du poids des matières fixes à la masse totale du liquide urinaire, on peut voir l'exagération de la quantité des aliments solides faire apparaître dans les urines la graisse en nature, l'albumine elle-même ou, à défaut de l'albumine, l'albuminose, et ces matières extractives qui n'ont pas eu le temps de subir une oxydation complète et qui se trouvent associées à l'urée.

L'urine de l'alimentation peut devenir pathologique autrement que par la variation dans la quantité des aliments. Les troubles digestifs ont parfois une influence considérable. Non-seulement l'insuffisance de la digestion peut éliminer avec les matières fécales une quantité notable de matières alimentaires, comme dans la lientérie, comme dans certaines diarrhées; elle peut faire pénétrer dans le sang des matières mal élaborées, impropres à l'assimilation, qui, après une combustion plus ou moins complète, s'élimineront par les urines, non sans avoir déterminé dans leur passage à travers l'organisme certains accidents morbides.

Dans le plus grand nombre de cas cependant, c'est sur l'urine de la désassimilation que portent les modifications pathologiques. Je ne veux pas parler de l'état fébrile, où la prédominance de la désassimilation paraît manifeste, et qui

---

Il offre peu de précision et il est difficile d'y reconnaître ce que l'observation clinique nous montre tous les jours. Le secret presque absolu où sont tenues les Chinoises ne doit pas, du reste, être compatible avec nos moyens d'investigation.

Les Chinois regardent toutefois l'écoulement menstruel comme susceptible d'être suppléé par des hémorrhagies nasales ou pulmonaires. Ils nous apprennent que la puberté se manifeste chez la femme entre quatorze et quinze ans.

L'étude des accouchements est presque entièrement laissée aux matrones, qui se font un jeu de reconnaître avant la naissance le sexe de l'enfant. Si le pouls droit de la mère est élevé, elle aura un garçon; si ce phénomène apparaît au pouls du bras gauche, elle aura une fille. Enfin, si les deux pouls sont élevés, il y aura deux jumeaux de sexe différent. C'est au moins logique. On est étonné, après de semblables jongleries, de trouver chez eux des passages qui feraient penser que la version ne leur est point inconnue.

Certaines descriptions semblent se rapporter au *cancer de l'utérus* et font supposer que le toucher se pratique au moins chez les femmes à qui la maladie a fait perdre avec la jeunesse et la beauté l'excès de pudeur qui rendait auparavant cette pratique impossible. On voit quelquefois, disent-ils, un écoulement fétide se faire par le vagin; des douleurs vives se produire dans les reins, les aines et la matrice; la malade maigrit et *le toucher* donne la sensation de déchirures et de points rugueux. Cette maladie est due, suivant eux, à un ulcère rongeur.

La médecine des enfants est absolument nulle. Tout le diagnostic et tout le pronostic reposent sur la coloration bleuâtre, rosée ou jaunâtre de l'index du petit malade. On trouve cependant dans ce chapitre, sous le nom de *py-tchang*, une description qui se rapporte assez à celle de la tuberculose ganglionnaire abdominale : « On sent, disent-ils, dans le ventre de petites tumeurs dures, mobiles; on observe des alternatives de diarrhée et de constipation; les paupières sont cernées de bleu; le ventre est enflé et *résonne sous le doigt comme un tam-*

exerce une influence correspondante sur la composition des urines; mais j'aurai l'occasion de vous faire voir un certain nombre d'individus qui gardent une alimentation normale, qui n'ont pas de troubles digestifs et chez lesquels l'augmentation de la désassimilation produit concurremment l'amaigrissement et la surabondance des matières fixes dans les urines. Dans d'autres cas plus nombreux je vous ferai voir le mouvement de désassimilation entravé, les urines devenant très-pauvres en matières solides, et chez ces malades vous verrez l'embonpoint se conserver ou ne diminuer du moins qu'avec une extrême lenteur, malgré des vomissements incessants, malgré une diarrhée continuelle; ou bien, en l'absence de ces accidents, malgré l'exiguïté d'une alimentation qui pour tout autre individu serait absolument insuffisante.

Et ce ne sont pas là de pures conceptions théoriques, ce n'est pas de la pathologie faite avec de la physiologie : ce sont des faits d'observation que nous pouvons interpréter aujourd'hui, grâce aux renseignements que nous fournit l'examen plus régulier et plus complet de la composition des urines.

Médecine pratique.

LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME. — TROUBLES NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE. (Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.)

(Suite. — Voyez les numéros 45 et 48, 1872.)

V. *Troubles de sensibilité; analgésie.* — La syphilis secondaire ne fait pas, messieurs, que surexciter la sensibilité de façon à éveiller des névroses douloureuses. En d'autres cas, et cela d'une façon fréquente, elle l'affecte suivant un mode tout différent, absolument opposé.

Au lieu de phénomènes douloureux, ce qu'elle produit alors, c'est une diminution, une obtusion, voire même une abolition complète de la sensibilité.

Et, chose curieuse, lorsqu'elle s'adresse ainsi à la sensibilité pour l'amoindrir ou l'éteindre, c'est dans l'un de ses modes particuliers, la perception de la *douleur*, qu'elle l'affecte le plus ordinairement, donnant lieu de la sorte à des accidents analgésiques, déterminant une véritable *analgésie* secondaire.

Ces troubles de sensibilité, à la période secondaire de la diathèse, sont des plus curieux. Ils n'ont pas encore, que je sache, été décrits; ils sont presque ignorés. Il importe, en conséquence, que je vous en fasse l'histoire avec quelques détails, d'autant qu'ils sont presque spéciaux à la femme.

Avant tout, établissons l'authenticité de ces troubles par un exemple emprunté à la clinique.

Voyez cette jeune femme. Elle a contracté la syphilis il y a trois à quatre mois environ, et elle en présente aujourd'hui de nombreuses manifestations, à savoir : une syphilide papuleuse, des croûtes du cuir chevelu, des adénopathies cervicales, un certain degré d'alopécie, des douleurs arthralgiques, de la céphalée vespérine, etc. Je vais la piquer avec une épingle sur divers points du corps; l'expression de la physionomie vous dira suffisamment si je détermine ainsi quelque douleur. J'enfonce d'abord l'épingle profondément dans la peau de la main droite; la malade reste impassible. Je traverse de part en part la peau de l'autre main; encore aucun signe de souffrance. J'implante de même l'épingle dans les téguments des avant-bras, des bras, du cou, de la face, du crâne, des cuisses, des jambes, des pieds, de la poitrine, du sein, de l'abdomen, du dos, et partout je constate la même insensibilité à la douleur. Cette femme est donc profondément analgésique, et analgésique sur tous les points de l'enveloppe cutanée.

Or, notez bien ceci, en entrant dans cet hôpital il y a quelques semaines, cette malade sentait parfaitement la douleur déterminée par l'épingle, comme nous nous en sommes assuré à diverses reprises; elle n'est devenue analgésique que tout récemment, et je puis être facilement prophète en vous annonçant que, dans un temps plus ou moins rapproché, elle aura recouvré complétement sa sensibilité normale.

Cette femme, comme j'espère vous le démontrer par ce qui va suivre, est actuellement analgésique *par le fait de la syphilis;* et quand chez elle la syphilis, soit par l'effet du temps, soit sous l'influence du traitement spécifique, se sera modifiée, vous verrez ce symptôme *analgésie* s'atténuer et disparaître avec les autres manifestations de la diathèse.

Gardez-vous, Messieurs, de considérer comme exceptionnel le phénomène dont vous venez d'être témoins. Déjà je vous ai présenté plusieurs de nos malades affectées de divers troubles de la sensibilité générale, analgésie, anesthésie, diminution du sens de la température, etc. Je vous en montrerai quelques autres encore dans le cours de cette conférence. C'est qu'en effet ces altérations de la sensibilité pendant la période secondaire sont *très-communes* chez la femme. Constamment, dans nos salles, nous en avons plusieurs exemples. J'en ai observé plus de deux cents cas depuis cinq ans.

C'est l'analogie pathologique qui m'a conduit, ces dernières années, à rechercher quel était l'état de la sensibilité générale chez les femmes syphilitiques. Voyant que bon nombre d'intoxications avaient pour résultat de troubler cette sensibilité à des degrés divers et sous des modes différents, je me suis demandé si le poison syphilitique ne déterminait pas de phénomènes semblables. J'ai établi une enquête scrupuleuse sur ce point, et j'ai été stupéfait de constater qu'en effet, sur un très-grand nombre de nos malades, la sensibilité était altérée d'une façon très-remarquable. Je dis *stupéfait*, parce que des

---

bour, faible tentative de percussion je le veux bien, mais, enfin, c'est de la percussion. Les enfants semblent, du reste, par les conditions mêmes de la sonorité de leurs organes, avoir mis les médecins chinois sur la voie de cette grande découverte, car dans une autre maladie, qu'il est difficile de reconnaître d'après leur description et qu'ils nomment *tsy-kan*, la percussion dans le dos *fait entendre un bruit particulier*.

Nous ne parlerons pas de l'*acupuncture*, bien connue chez nous. Nous nous bornerons à noter la façon dont les chirurgiens chinois s'orientent dans les ténèbres de leur anatomie par des mesures dont l'étalon est le *tsun*. (Le *tsun* est la distance qui sépare la deuxième de la troisième articulation phalangienne du médius gauche chez l'homme, du médius droit chez la femme). Il est curieux de rapprocher cette mesure du *canon*, usité dans la statuaire égyptienne, où l'unité était la longueur du doigt médius étendu. (Dechambre, article *Anatomie des beaux-arts* du *Dictionnaire encyclopédique*.)

La séméiotique chinoise est aussi compliquée qu'elle est peu claire; on trouve cependant, à propos de la langue, quelques aphorismes comme ceux-ci : La langue est la fenêtre du cœur, — la langue jaune indique la souffrance de l'estomac, — langue noire et sèche, mort.

Le pouls a dans la médecine chinoise un caractère de la plus haute importance. Un bon médecin, disent-ils, doit connaître les 7 pouls externes, les 8 pouls internes, les 9 pouls des grandes voies de communication, et enfin les 26 pouls dont le diagnostic est mortel. Il y a là pour le médecin une grande variété d'attitudes vis-à-vis son malade. Le docteur Fuzier m'a raconté s'être présenté comme malade à un médecin chinois, à qui il laissait ignorer sa qualité afin de mieux jouir du spectacle d'une consultation en Chine. Le médecin demeura près d'un quart d'heure en silence, occupé à tâter les différents pouls de son malade, après quoi il lui conseilla, sans plus d'explication ni de questions, du *gin-sen* et du gingembre.

phénomènes aussi accentués et aussi facilement saisissables que ceux dont je vais vous entretenir ne me semblaient guère de nature à avoir pu échapper jusqu'ici à l'attention des observateurs. Encouragé par les premiers résultats obtenus, j'ai continué cette étude, et je puis vous donner aujourd'hui comme certain que la syphilis secondaire détermine d'une façon *commune* chez les femmes des troubles divers de la sensibilité générale.

Ces troubles sont variés quant à leur forme. Ils affectent la sensibilité de différentes façons, suivant différents modes.

Tantôt ils ne portent que sur la perception de la douleur, c'est-à-dire ne consistent qu'en ce qu'on appelle l'*analgésie*. Tantôt, mais d'une façon bien moins commune, ils intéressent à la fois et le sens des perceptions douloureuses et le sens du tact, de façon à rendre les malades simultanément analgésiques et anesthésiques. D'autres fois encore ils altèrent simultanément le sens de la température.

Première forme : *analgésie simple.*

L'analgésie simple, isolée, avec conservation de la sensibilité au contact et à la température, constitue la forme la plus habituelle sous laquelle s'observent ces troubles. Tel est, par exemple, le cas de la malade que je vous présentais il n'y a qu'un instant. Cette femme est, comme vous l'avez vu, profondément analgésique. Mais, ne sentant pas la piqûre et n'en souffrant en aucune façon, elle sent très-bien le contact de l'épingle. Lorsque vous la piquez sur une région quelconque du corps, elle n'accuse là aucune douleur, mais elle sent parfaitement, suivant son expression, que « quelque chose de pointu la touche en tel ou tel point », qu'elle détermine d'ailleurs très-exactement. Et si, procédant à une exploration plus minutieuse, vous effleurez même légèrement la peau, ici ou là, sur l'un des doigts par exemple, la malade accuse aussitôt la sensation et le siége de ce contact d'une façon très-précise. Elle sent de même la température. En un mot, elle est analgésique et simplement analgésique.

Seconde forme, moins fréquente : *analgésie et anesthésie simultanées.*

Voici une autre femme qui a contracté la syphilis depuis quelques mois et qui aujourd'hui encore en présente de nombreux symptômes. Elle est analgésique, car elle n'accuse aucune douleur en ce moment où je traverse avec une épingle les téguments de la face dorsale d'une de ses mains. Elle est de plus anesthésique, comme vous allez le voir. Je lui touche légèrement l'un des doigts, puis un autre, puis un autre encore, et elle nous dit n'avoir rien senti. Ce ne serait qu'en exerçant une certaine pression sur les points où je la touche que je parviendrais à lui donner la sensation d'un contact.

Sur cette femme donc, non-seulement les perceptions douloureuses n'existent plus, mais en outre le sens du tact est aboli. Il y a tout à la fois analgésie et anesthésie.

Or, plaçons ici une remarque curieuse. Nous venons de voir que l'analgésie syphilitique peut exister avec ou sans anesthésie. Eh bien, la réciproque n'a pas lieu. L'anesthésie syphilitique ne se produit jamais ou presque jamais que coïncidemment avec l'analgésie. Il semble qu'elle ne saurait exister seule. Jusqu'à ce jour, du moins, je n'ai pas rencontré une seule malade qui fût simplement anesthésique sans être insensible à la douleur.

Troisième forme : *analgésie associée à la perte du sens de la température*:

Étudions, messieurs, cette troisième malade, syphilitique depuis cinq à six mois environ. Elle n'est pas seulement analgésique ; elle a perdu de plus et perdu complétement le sens de la température. Jugez-en. Nous plaçons sur la face dorsale de son avant-bras deux timbales, remplies l'une d'eau très-chaude et l'autre d'eau très-froide. Pour elle, ces deux timbales sont à la même température ; elle ne ressent ni le froid de celle-ci, ni la chaleur de celle-là. Il y a plus. Nous enflammons une allumette que nous promenons sous ses doigts ; voyez : elle supporte la flamme, et ne retire sa main qu'après quelques secondes. Ces derniers jours, elle s'est brûlée vivement en prenant un fer à repasser très-chaud dont elle n'avait pas apprécié la haute température. Une autre fois elle a voulu répéter elle-même l'expérience de l'allumette, et, sans en avoir conscience, elle s'est brûlée assez profondément pour déterminer une eschare du derme.

De ces divers troubles de sensibilité, le plus commun, vous ai-je dit, et le plus important est l'analgésie, soit simple, soit associée quelquefois à l'anesthésie.

Revenons donc avec quelques détails sur cette analgésie syphilitique.

Comme *degré* d'abord, elle comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution légère de la sensibilité à la douleur ; ainsi beaucoup de nos malades ont cette sensibilité simplement émoussée, mais non éteinte. Tantôt, au contraire, ce qu'on observe est une abolition complète, absolue, des perceptions douloureuses, comme sur les deux premières malades que je viens de vous présenter. Entre ces deux extrêmes, tous les termes moyens peuvent se rencontrer.

Comme siége, mêmes variétés. Chez telle femme, l'analgésie est *générale* et s'étend, on peut le dire, de la tête aux pieds. C'est le cas de cette malade sur laquelle vous m'avez vu implanter toute une série d'épingles en divers points du corps, à la face, au crâne, aux membres, au thorax, au sein, au cou,

---

La profession médicale est du reste, paraît-il, moins considérée en Chine que la science médicale. Cela tient peut-être au grand nombre de personnalités médiocres. En peut-il du reste être autrement dans un pays où la routine prend une si grande part, et où les honoraires, si le malade vient à succomber, sont quelquefois des coups de bâton ?

En résumé, le plus grand avantage que nous puissions retirer de l'étude de la médecine chinoise est d'apprendre à reconnaître comme dans un miroir grossissant un certain nombre de nos défauts poussés chez eux à l'extrême, l'amour de l'ontologisme, et la croyance à la spécificité. C'est en outre, ainsi que le dit le professeur Gubler dans un rapport sur la matière médicale chinoise, d'être rappelés à la modestie « en se sou» venant qu'on a cru à la pulmonaire pour guérir la phthisie, » au grémil pour chasser les graviers, et à la carotte pour dis» siper la jaunisse. »

Dr A. Bordier.

Concours de l'internat. — Ont été nommés : *Internes titulaires*, Robin, Hutinel, Seurre, Heydenreich, Manoury, Eynnery, Dianoux, Pitre, Éloy, Auger, Hudelet, Chesnel, Viollet, Maunoir, Fourestié, Martinot, Binet, Laget, Herpin, Augier, Blain, Gauderon, Deny, Dussaussoy, Richet, Barié, Affre, Prengrueber, Bondrenet, Voury, Buzot, Parinaud, Boissier, Exchaquet, Moizard, Vianet, Dransart, Caron, Poyet, Sebileau ; *internes provisoires*, Boucheron, Balzer, Chevalier, Graux, Dreyfus, de Boissemont, Champetier de Ribes, Oulmont, Mouton, Guyard, Iszenard, Tapret, Chirio, Ribermont, Conord, Maisonneuve, Bœser, Cony, Ledouble, Porack, Bougon, Chenet, Moutard-Martin, Chelay, Courrégélongue, Mayne, Garnier, Hirtz, Darolles, Drouin, Carpentier-Méricourt, Faucher, Brière, Delaunay, Langlebert.

— La Société de biologie a élu, le 21 décembre, les membres de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1873 : Président perpétuel, M. le professeur Claude Bernard ; — vice-présidents, MM. Laboulbène, Ranvier ; — secrétaires, MM. Bouchereau, Cotard, Geoffroy, Pouchet.

au dos, etc., et cela sans déterminer le moindre sentiment douloureux. Chez telle autre, l'analgésie n'est que *partielle*, limitée à certaines régions.

Lorsqu'elle est partielle (ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent), l'analgésie secondaire est presque toujours circonscrite, soit à l'*extrémité des membres* (et des membres *supérieurs* bien plus souvent que des inférieurs), soit en certaines régions pour lesquelles elle affecte une préférence marquée, telles que la face dorsale du métacarpe, le sein, les joues, etc.

Les cas les plus usuels, qui se présentent chaque jour ici à notre observation, sont ceux où l'analgésie occupe la face dorsale des mains, la face postérieure des avant-bras, et les seins.

En tant que distribution à la surface des téguments, l'analgésie secondaire (et cette remarque s'applique également aux autres troubles de la sensibilité) est presque toujours *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté. Elle diffère en cela (notez ce caractère) de l'analgésie hystérique qui est souvent limitée à la moitié gauche du corps.

C'est là toutefois une règle qui n'est pas sans exceptions. Ainsi, sur plusieurs de nos malades, nous avons constaté des analgésies très-irrégulières comme localisations, bizarres même et inexplicables. Quelques exemples : cette jeune femme est analgésique de la face dorsale de la main gauche et de l'un des doigts de cette main, l'annulaire seulement ; partout ailleurs elle conserve la sensibilité intacte ; — cette autre est analgésique sur les seins, sur les joues, sur la face dorsale des métacarpes et des doigts, de tous les doigts *sauf l'annulaire et l'auriculaire gauches* ; — cette troisième enfin n'est analgésique que *du côté droit* exclusivement, au niveau de la joue, du cou, du sein, du bras, de l'avant-bras et de la face dorsale du métacarpe.

Autre particularité curieuse. Lorsque l'analgésie siége sur les membres, elle les affecte surtout, souvent même exclusivement, sur leur *face dorsale*, du côté de l'extension. Ce caractère, du reste, n'est pas spécial à l'analgésie de cause syphilitique, il se rencontre fréquemment avec certaines analgésies d'autre origine.

Quelquefois encore, l'analgésie est distribuée *par îlots* à la surface des téguments. Elle existe sur un point et n'existe pas sur le point voisin. Il n'est pas rare, par exemple, de la rencontrer isolément sur une portion de la cuisse ou du mollet, alors que les parties voisines conservent leur sensibilité normale. Il n'est pas rare non plus de la constater sur la face dorsale du métacarpe, alors que le poignet et les doigts sentent très-bien la piqûre.

Mais ce qui donne surtout à l'analgésie secondaire un cachet spécial, c'est (je reviens à dessein sur ce caractère majeur), c'est, dis-je, la prédilection qu'elle affecte pour certaines régions, pour deux régions notamment, à savoir :

1° Le *dos de la main* (face dorsale du métacarpe) ;

2° Les *seins*.

N'est-ce pas chose étrange, d'abord, que de voir le sein, cet organe si délicat, si sensible, devenir analgésique par le fait de la syphilis, au point de ne plus percevoir la piqûre d'une épingle, même profondément implantée dans la région ? Et n'est-il pas plus extraordinaire encore de voir le sein analgésié alors souvent que la sensibilité des parties périphériques se conserve intacte ? Le fait cependant est réel, incontestable. Exemple : cette femme (une de nos anciennes malades, sur laquelle autrefois nous avions noté l'intégrité complète de la sensibilité) vient de rentrer dans nos salles pour divers accidents syphilitiques de récidive, papules vulvaires, arthralgies, céphalée, névrite optique, etc. Elle est actuellement analgésique sur quelques points, mais les seins surtout sont frappés d'insensibilité à la douleur. Or, suivez bien les détails de la petite expérience que je vais instituer devant vous. Je pique avec une épingle la peau de la région sous-claviculaire ; la douleur est perçue ; — je pique la région thoracique au-dessous du sein ; même sensation de douleur ; — je pique les téguments en dehors et en dedans du sein ; même résultat ; — enfin, je pique le sein lui-même, fortement, très-fortement ; j'implante même l'épingle dans les tissus ; aucune sensation de douleur, analgésie absolue en ce point, en ce point seulement, alors que toutes les régions périphériques sont restées sensibles !

Bien plus commune et bien plus caractéristique encore est la localisation de l'analgésie sur le *dos de la main*. Sur plus d'une centaine de nos malades j'ai observé le fait suivant : la face dorsale du métacarpe est devenue absolument analgésique, alors qu'au voisinage, à la face palmaire de la main notamment, la sensibilité à la douleur reste conservée. C'est même un contraste saisissant que cette analgésie dorsale de la main coïncidant avec une sensibilité normale de la face palmaire. Nombre de fois déjà je vous en ai rendus témoins. N'importe ; je n'hésite pas encore, pour mieux graver ce fait dans vos souvenirs, à vous le représenter encore.

Voici une malade qui, contagionnée depuis cinq mois environ, a été assez rudement éprouvée par la syphilis. Je lui implante très-profondément une épingle sur la face dorsale d'une de ses mains ; elle ne manifeste aucune souffrance. Je retourne la main et j'effleure seulement avec l'épingle les téguments de la face palmaire ; aussitôt cette femme se récrie, elle a perçu vivement cette légère douleur.

J'appelle votre attention sur ce point, messieurs. Cette localisation de l'analgésie syphilitique à la face dorsale du métacarpe ou de la main (car en quelques circonstances elle se prolonge sur la face postérieure des doigts) est certes un phénomène des plus intéressants. Et j'ajoute : c'est un phénomène des plus communs, que nous observons ici presque journellement. Aussi est-ce sur la face dorsale du métacarpe que nous recherchons et qu'il faut rechercher l'analgésie de prime abord, car, d'une part, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs, et elle existe très-souvent là seulement, alors qu'elle fait défaut en tout autre point.

Ce n'est pas tout. Lorsque les troubles de la sensibilité sont plus ou moins étendus comme surface, ou lorsqu'ils sont généraux, ils atteignent le plus souvent leur intensité maxima en ce même point, la face dorsale du métacarpe. Légère par exemple ou moyenne sur toute la surface des téguments, il n'est pas rare que l'analgésie soit absolue et complète sur le dos des mains.

Puis encore, lorsqu'une analgésie plus ou moins étendue ou générale vient à s'atténuer, à se dissiper, c'est à la face dorsale des métacarpes qu'elle survit en dernier. Quelquefois même elle existe encore là, alors qu'elle a disparu en tout autre point.

Il y a donc dans cette localisation dorso-métacarpienne de l'analgésie quelque chose de spécial, tenant au génie même de la maladie, et offrant un intérêt clinique incontestable.

L'analgésie syphilitique est en général *superficielle* et exclusivement cutanée. Ainsi, les excitations n'intéressant que la peau ne sont pas perçues ; mais elles sont senties dès qu'elles portent sur le tissu cellulaire ou les filets nerveux sous-cutanés. La plupart de nos malades analgésiques restent sensibles au pincement. Nous en avons observé quelques-unes toutefois dont on pouvait pincer, tordre, tortiller la peau sans provoquer de phénomènes douloureux.

Cette analgésie cutanée se propage parfois aux *muqueuses*. Dans un certain nombre de cas nous avons noté, coïncidemment avec elle, des troubles anesthésiques et surtout analgésiques de la muqueuse buccale, de la langue, de la pituitaire, de la conjonctive, et bien plus rarement de la muqueuse vulvaire. L'une des malades que je vous présentais tout à l'heure n'est pas seulement analgésique sur la peau ; elle l'est aussi sur les muqueuses, comme vous allez le voir. Je promène en ce moment sur la sclérotique la tête d'une épingle sans déterminer

de clignement; j'introduis cette épingle dans les fosses nasales et je titille la pituitaire sans provoquer d'éternument; je pique la langue sans éveiller la moindre douleur; je touche avec le doigt le voile du palais, la luette, le pharynx, sans exciter d'efforts de vomissements.

Il y a plus (mais avec cet autre ordre de faits nous allons entrer dans le domaine des exceptions, ou du moins des cas infiniment plus rares), l'analgésie tégumentaire peut se compliquer de troubles plus profonds intéressant la *sensibilité musculaire*. Ainsi :

1° J'ai constaté sur quelques-unes de nos malades analgésiques que les masses musculaires n'étaient plus sensibles à la pression. Nous pouvions comprimer, serrer vivement, pincer, tordre les muscles sans déterminer de douleur, et quelquefois même sans éveiller la sensation d'un contact. Très-sûrement donc il existait dans ces cas, coïncidemment avec l'analgésie cutanée, une véritable analgésie musculaire, avec ou sans anesthésie.

2° Sur ces mêmes malades, j'ai observé plusieurs fois (et cela avec le concours ou plutôt sous la direction de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), si compétent et si habile dans les recherches de ce genre), j'ai observé, dis-je, la perte de ce qu'à tort ou à raison on a appelé le *sens musculaire*. Ces malades, dès que nous leur bandions les yeux, n'avaient plus conscience ni de la situation qu'affectaient leurs membres, ni des déplacements, des changements d'attitude que nous leur imprimions. Sans le secours de la vue, elles n'étaient pas capables d'exécuter le plus simple mouvement, d'étendre le bras par exemple, de porter la main à la bouche, etc.; bref, elles n'avaient plus notion de l'état de repos ou d'activité de leurs muscles; elles avaient perdu la conscience musculaire.

Tous ces faits vous étonnent, messieurs, et sans nul doute un soupçon a déjà traversé vos esprits. « Est-ce bien là de la vérole, vous dites-vous; n'est-ce pas là plutôt de l'hystérie? » Croyez-le, ce soupçon, je l'ai eu comme vous; cette objection, je me la suis adressée. Bien des fois, en constatant de tels phénomènes, j'ai recherché s'ils ne pouvaient dépendre de causes étrangères à la vérole, s'ils ne faisaient que coïncider accidentellement avec elle sans lui être reliés par un rapport pathogénique. Bien des fois, notamment, je me suis demandé si la curieuse analgésie que je viens de vous décrire n'était pas le fait d'une névrose antérieure, de l'hystérie, du nervosisme, de l'anémie, d'un état morbide quelconque fortuitement associé à la diathèse. Eh bien, après mûr examen, ma conviction s'est établie, et je puis vous affirmer que ces divers troubles se manifestent chez les syphilitiques du fait propre, du fait seul de la syphilis. Je les ai observés par centaines de cas sur des malades qui ne présentaient ni les attributs extérieurs, ni les signes physiques de l'anémie; sur des malades qui n'offraient dans leurs antécédents aucun signe d'hystérie convulsive ou vaporeuse, aucun signe même d'hystéricisme ou de nervosisme; sur des malades qui, scrupuleusement, minutieusement étudiées, semblaient indemnes de toute prédisposition héréditaire ou personnelle aux accidents nerveux. Dans de telles conditions, l'impossibilité même de rattacher ces phénomènes à une cause morbide quelconque autre que la syphilis n'était-elle pas déjà une présomption en faveur de leur caractère syphilitique? Mais d'autres et de meilleures raisons nous autorisent à rattacher à la syphilis les divers troubles de sensibilité dont je viens de vous entretenir. Ces raisons, les voici en quelques mots :

1° C'est d'abord la *fréquence même* de ces troubles, qui, je vous le rappelle encore, sont *des plus communs* chez la femme à la période secondaire. Seraient-ils aussi fréquents s'ils ne constituaient que des accidents de fortuite coïncidence? Le simple bon sens se refuse à le croire.

2° C'est, en second lieu, — raison plus probante encore, plus clinique — leur développement dans des conditions toujours identiques. Nous les voyons se manifester à la période secondaire de la syphilis et dans les premiers mois de cette période, coïncidemment, soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même nature affectant le système nerveux. Il serait bien singulier que, faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères, par le seul fait d'éventuelles coïncidences.

3° C'est, en troisième lieu, l'évolution même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations; ils durent ce qu'elles durent, ils s'atténuent et disparaissent avec elles; ils subissent la même influence que celles-ci du traitement et du temps. Ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie?

Et, d'ailleurs, est-il donc surprenant que la syphilis éveille de tels désordres? N'est-ce pas une maladie qui, chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de mille façons différentes? Ne voyons-nous pas, d'autre part, des phénomènes semblables se produire dans bon nombre d'intoxications, dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc.? L'analogie pathologique témoigne en faveur de l'opinion que nous soutenons ici et nous permet de croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, retentir sur la sensibilité.

Je ne conserve donc aucun doute, pour ma part, sur le caractère spécifique de ces troubles de sensibilité. Je n'hésite pas à les rattacher, ainsi que d'autres symptômes du même genre dont nous allons nous occuper bientôt, à l'influence de cette diathèse singulière et polymorphe dont nous poursuivons l'étude actuellement.

Un dernier mot sur la durée de ces phénomènes.

Cette durée est très-variable. Il est rare que les accidents analgésiques ne persistent pas au moins plusieurs septenaires. Le plus souvent ils se prolongent deux, trois, quatre mois. Souvent encore ils se dissipent par places ou même presque partout, pour ne subsister qu'en certains points (tels que les extrémités des membres et surtout la face dorsale du métacarpe) qu'ils occupent alors avec une opiniâtreté singulière. Parfois, enfin, je les ai vus affecter une durée très-longue, et j'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs femmes qui, après douze et quinze mois, conservaient encore de l'analgésie sur quelques points circonscrits des téguments.

Nous en avons fini, messieurs, avec le premier groupe d'accidents nerveux que je vous ai donnés comme se présentant à l'observation d'une façon commune, chez la femme du moins, pendant la période secondaire. Dans notre prochaine réunion, nous aborderons l'étude d'un autre groupe de manifestations nerveuses, celles-ci plus rares, mais non moins curieuses, non moins intéressantes pour le clinicien.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edw. Clarke et R. Amory (de Boston). — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voy. les numéros 40 et suiv., 1872.)

Seconde partie.

APPLICATIONS SPÉCIALES DE LA DOSE CONTINUE.

L'analyse que nous venons de faire de l'action sur l'homme des doses unique, continue ou toxique de bromure de potassium, nous révèle l'existence de deux groupes de phénomènes: les uns thérapeutiques et utiles, les autres toxiques et fâcheux. On peut les ranger comme il suit :

Groupe thérapeutique. — Sommeil. — Anesthésie de l'arrière-gorge. — Anesthésie des organes génito-urinaires. — Diminution générale de la sensibilité réflexe. — Contraction des artérioles cérébro-spinales. — Action modératrice sur les convulsions réflexes.

Groupe toxique. — Acné. — Salivation. — Aphonie. — Ralentissement de la respiration et du pouls. — Amaigrissement. — Démarche chancelante. — Anémie cérébro-spinale. — Amyosthénie généralisée. — Hallucinations. — Manie aiguë. — Abaissement de la température. — Syncope. — Mort.

Il est du devoir du médecin, toutes les fois qu'il emploie le bromure, de favoriser le développement des phénomènes du premier groupe et d'éviter autant que possible tous ceux du second. On arrivera à ce résultat en surveillant l'action physiologique du médicament dont nous avons déjà parlé, et surtout en tenant bien compte du rapport entre l'élimination et l'absorption.

Les applications thérapeutiques spéciales du bromure de potassium ressortent clairement de l'étude physiologique que nous avons antérieurement présentée. Il ne sera pas cependant hors de propos, et il nous semble même utile d'ajouter aux données précédentes un aperçu rapide des maladies ou des conditions pathologiques particulières dans lesquelles l'expérience a démontré l'efficacité du bromure. Et d'abord il est bon de faire connaître deux remarques importantes tirées de l'ouvrage d'Etcheverria, auquel nous avons fait déjà les précédents emprunts : la première est que l'on doit ordonner du café fort pendant les repas, ou dans le courant de la journée, aux individus soumis au traitement continu par le bromure à hautes doses.

Voici comment s'exprime cet auteur :

« L'action du médicament paraît trouver un utile auxiliaire dans cette pratique, qui retarde manifestement l'apparition du bromisme (*op. cit.*, p. 318).»

Il faut remarquer en second lieu qu'en associant au bromure de potassium de l'arséniate de potasse on évite l'éruption que nous avons précédemment signalée.

« Pour empêcher l'éruption cutanée, il faut ajouter à chaque dose de la solution bromurée de 5 à 8 gouttes de liqueur de Fowler. Cependant nous comptons peu sur ce résultat, si nous n'employons concurremment les bains alcalins ou si l'on n'a pas dès le début de l'éruption fait suspendre l'usage du bromure. »

Ce n'est que tout récemment que j'ai eu connaissance de cette remarque, et partant il ne m'a pas encore été possible d'en vérifier l'exactitude, mais je ne manquerai pas de le faire à la prochaine occasion; d'ailleurs, l'autorité d'Etcheverria doit la faire prendre en considération par tous les observateurs consciencieux.

La dose continue de bromure de potassium peut être employée avec avantage dans un grand nombre de conditions pathologiques très-diverses, dont la plupart sont comprises dans la classification suivante :

1° Comme palliatif et calmant du système nerveux dans plusieurs maladies de nature différente : pneumonie, bronchite, rhumatisme, goutte, fièvres simples et continues, conjonctivites, affections ovariennes, etc.

2° Comme modérateur de l'excitabilité réflexe dans certaines maladies locales, telles que : angines, cystites, vaginites; dans les pertes séminales, les nausées, les vomissements réflexes et le prurit vulvaire.

3° Comme anodin ou anesthésique dans diverses névroses, dans certaines céphalées, dans les névralgies, dans l'angine de poitrine, l'asthme et à l'époque de la ménopause.

4° Comme modérateur ou sédatif du pouvoir réflexe général dans les maladies spasmodiques ou convulsives, telles que : l'épilepsie, l'hystérie et la chorée.

5° Comme sédatif vasculaire dans l'hypérémie du cerveau et de la moelle.

Cette dernière indication domine toutes les autres; nous avons vu en effet, dans notre précédente analyse de l'action physiologique du bromure, qu'on devait rapporter toutes les autres indications à celle-ci. Il n'y en a pas moins un avantage pratique évident à les séparer en groupes distincts, que nous allons successivement passer en revue :

1° Du bromure de potassium envisagé comme calmant dans diverses maladies. — L'emploi judicieux du bromure à dose continue comme calmant des symptômes nerveux dépend beaucoup de l'intelligence, du bon sens et de l'habileté du médecin.

Les symptômes fâcheux et incommodes (connus sous les noms vagues d'irritabilité nerveuse, d'hyperesthésie nerveuse, troubles nerveux, irritabilité, douleurs erratiques, etc.), sans être des signes pathognomoniques d'aucune maladie, sont très-souvent des phénomènes concomitants d'une foule d'affections, et particulièrement de celles du système nerveux. Tous les médecins les reconnaissent cliniquement et s'efforcent de les combattre et de les calmer. Les divers moyens auxquels on a recours en pareil cas ne sont pas tous pharmaceutiques et doivent être subordonnés aux conditions individuelles des sujets et à leur idiosyncrasie. Parmi les médicaments employés dans ce but, le bromure de potassium occupe peut-être le premier rang. On peut, dans toutes les maladies qui présentent le genre mal défini des symptômes dont nous avons parlé, le donner à dose suffisante pour calmer les troubles nerveux ou l'hyperesthésie, et en continuer l'emploi jusqu'à l'apparition du bromisme. Je l'ai employé très-souvent de cette façon dans ces dernières années et j'en ai obtenu les plus satisfaisants résultats. On peut le combiner avec d'autres médicaments qui n'ont pas avec lui d'incompatibilité chimique. C'est un précieux auxiliaire pour toutes sortes de traitements; quelquefois il empêche un malade de sentir ce qu'il y a de pénible dans sa situation : ce premier résultat n'est pas sans importance. Je me rappelle qu'un individu, convalescent de rhumatisme aigu, en ayant pris pendant un certain temps et l'ayant ensuite abandonné, sa femme me dit le lendemain : « Pourquoi avez-vous supprimé le médicament? Mon mari était de si bonne humeur depuis qu'il en prenait! » Si l'on peut acheter la bonne humeur d'un malade au prix du bromure, il est bon de conclure le marché.

Lorsqu'une bronchite affecte la forme spasmodique et que la toux n'est plus en rapport avec les signes stéthoscopiques, le bromure de potassium procure plus de soulagement que l'opium.

Pour calmer la douleur dans la conjonctivite, il faut le donner à doses assez élevées pour soumettre toute l'économie à son influence.

Il n'a pas d'action curative sur les fièvres simple, continue, typhoïde ou autres, mais en modérant l'excitabilité réflexe il procure le calme dont nous avons parlé, et en diminuant la congestion cérébrale, si fréquente dans certaines formes fébriles, il peut

favoriser la guérison de la maladie. Si, à certaines périodes des fièvres, le cerveau, par insuffisance de nutrition ou par toute autre cause, s'anémie au lieu de se congestionner et devient par conséquent irritable, le bromure sera plus nuisible qu'utile. 50 centigrammes trois fois par jour suffisent habituellement pour calmer ces troubles nerveux de la fièvre ou de la convalescence. On peut aller jusqu'au double de cette quantité si besoin est. Parfois une dose hypnotique unique, prise le soir, sera plus efficace que la dose continue ; cependant en général cette dernière est préférable.

2° Du bromure de potassium comme anesthésique dans certaines maladies locales. — La dose continue de bromure de potassium rend souvent de grands services dans le traitement des maladies locales pour modérer l'action réflexe locale. Il est ordinairement inefficace contre l'angine; mais lorsqu'il y a une irritation fréquente ou continuelle du larynx, provoquant d'infructueux et pénibles efforts d'expectoration (ou mieux d'excréation) sans qu'il y ait à la fois de rougeur ni de gonflement, le bromure à dose continue produira ordinairement de l'amélioration. En pareil cas pourtant il sera sans effet s'il n'est donné en quantité assez grande pour abolir ou tout au moins pour diminuer notablement la sensibilité réflexe des parties. Il suffit en général de 12 à 15 grains (6 à 7,5 grammes) trois fois par jour pour obtenir ce résultat.

La dysphagie de nature spasmodique, hystérique (pharyngisme, œsophagisme) ou autre, peut quelquefois guérir complétement sous l'influence de la dose continue. L'observation suivante témoigne de la possibilité d'un semblable fait.

Obs. VII. *Dysphagie. Toux. Guérison.* — Une dame de soixante-deux ans, demeurant à peu de distance de Boston, ayant soigné des petits enfants atteints de scarlatine en janvier 1870, eut pendant tout le cours de leur maladie un peu mal à la gorge, sans être sérieusement malade. Après leur guérison, elle fut prise d'enrouement et de violentes quintes de toux. Au bout de quelques semaines elle commença à éprouver de la difficulté à avaler, surtout les liquides. Diverses tentatives furent vainement faites par son médecin pour la soulager. Comme une de ses sœurs avait succombé à une angine maligne, cette gêne de la déglutition lui inspirait, on le conçoit, les plus légitimes alarmes. Je la vis en consultation, trois mois environ après le début de ces accidents. Elle était pâle et maigre, mais pouvait se lever et marcher. Je constatai qu'elle éprouvait une difficulté extrême à avaler la plus petite bouchée d'aliments solides. La déglutition des liquides était encore plus gênée ; elle accusait du moins une vive douleur au moindre effort, et une partie des boissons refluait par le nez. La toux survenait par violentes quintes qui la réveillaient en sursaut. L'appétit était bon, mais elle ne pouvait arriver à le satisfaire par suite de la dysphagie. Elle ne présentait aucun signe d'affection pulmonaire. Le voile du palais était plutôt pâle que rouge. L'examen laryngoscopique montrait la muqueuse qui tapisse les cordes vocales, rouge et congestionnée, mais ne révélait la présence d'aucun polype ni d'aucune production morbide. Nous prescrivîmes le bromure de potassium à dose continue, associé à l'iodure de potassium ; elle prit pendant plusieurs semaines 50 centigrammes du premier et 10 centigrammes du second, trois fois par jour. Il se produisit dans son état une amélioration manifeste au bout d'une semaine environ de traitement, et au bout de trois mois la déglutition était relativement facile. Un an après, l'amélioration s'était maintenue et la guérison était complète.

L'action anaphrodisiaque et sédative du bromure à dose continue sur l'appareil génito-urinaire peut quelquefois être utilement mise à profit dans le traitement des pertes séminales et du prurit vulvaire. Lorsque la spermatorrhée est produite ou entretenue par une irritation locale ou par de l'éréthisme, on peut combattre ces derniers accidents avec plus ou moins de succès à l'aide d'une quantité de bromure suffisante pour diminuer ou pour vaincre même l'irritation locale. Si les pertes sont d'origine spinale et sont l'effet ou la cause de désirs sexuels ou de pensées érotiques, la dose continue de bromure contribuera puissamment à les réprimer. Il faut, pour obtenir ce résultat, prendre au moins vingt grains (1 gramme), dans la journée, et de vingt à trente grains (1 gramme à 1gr,5) en une seule dose, en se couchant. Il me semble cependant utile de rappeler ici que le traitement le plus efficace de ces pertes est un traitement moral. Les annonces des charlatans et les ouvrages des pseudo-physiologistes qui, sous prétexte d'instruire la jeunesse, ne cherchent qu'à l'exploiter, ont effrayé beaucoup de gens en leur faisant croire que ces pollutions, qui ne sont souvent que des écoulements parfaitement naturels et normaux, conduisaient toujours et fatalement à la mort ou à un état pire que la mort même. Dans le Traité de pathologie interne de Niemeyer (édition allemande, vol. II, p. 103), on lit l'observation d'un individu chez lequel chaque évacuation alvine était accompagnée d'une perte séminale abondante ; cela dura pendant plus de dix années sans porter à sa santé la plus légère atteinte. Quelques conseils physiologiques à cet égard, sagement donnés par le médecin, feront souvent plus de bien que le bromure ou que tout autre traitement.

La dose continue combat les désirs sexuels chez la femme aussi bien que chez l'homme. Stillé (*Therapeutics and Materia Medical*, vol. II, p. 800) affirme son efficacité contre ce qu'il appelle « ces tendances aux excitations hystériformes qui mènent à la nymphomanie », et il ajoute avec raison : « Dans toutes ces affections, le médicament donné à petites doses restera sans effet. Il ne faut pas moins de vingt grains (1 gramme), trois fois par jour, pour exercer une influence manifeste sur les désirs sexuels exagérés, même chez les adolescents, et l'on ne doit pas s'attendre à ce que les résultats que l'on attend du bromure soient acquis d'une façon permanente, si l'on n'utilise l'amélioration qu'il procure, pour fortifier l'organisme par les ressources combinées du régime, de l'exercice et de l'hygiène. »

Les nausées et les vomissements réflexes sont quelquefois, quoiqu'ils ne le soient pas toujours, très-efficacement combattus par la dose continue. Lorsque l'estomac ne peut conserver le médicament assez longtemps pour qu'il soit absorbé, on peut l'administrer par la voie rectale, jusqu'à ce que les centres nerveux aient subi son influence sédative ; alors l'estomac le supportera généralement bien. Si l'on désire en retirer les plus favorables effets, il faut en pareil cas administrer des doses assez fortes et assez rapprochées les unes des autres pour maintenir constamment l'organisme sous son influence, et lorsqu'on est arrivé à ce résultat il le faut faire durer pendant des jours et des semaines, assez longtemps au moins pour que, s'il est possible, l'irritation ou la congestion des centres nerveux disparaissent.

L'inflammation de la vessie, non plus que celle de la muqueuse vaginale ne cèdent à la dose continue de bromure de potassium ; ce médicament modifie cependant parfois heureusement une sorte d'irritabilité ou d'hyperesthésie dont ces parties sont le siége ; il diminue et quelquefois même guérit radicalement la polyurie et l'incontinence d'urine liées à des troubles nerveux locaux ou généralisés.

De même, le vaginisme cède parfois à l'action sédative du bromure de potassium. Dans le traitement de cette dernière maladie, des injections locales faites dans le vagin, pendant dix minutes, deux fois par jour, avec une solution de bromure, pourront être utilement associées à l'usage interne du médicament. Les doses faibles ne produiraient encore aucun effet en pareil cas. La quantité de bromure suffisante pour faire disparaître l'excitabilité réflexe du palais, comme dans le traitement de l'épilepsie, serait impuissante à améliorer la situation de la malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Grand prix de médecine et de chirurgie (applications de l'électricité à la thérapeutique) pour l'année 1872. — La commission est nommée. MM. Cl. Bernard, Nélaton, Becquerel, Robin, Cloquet, Bouillaud, Andral, Sédillot, Jamin, réunissent la majorité des suffrages.

VALÉRIANÉES. — M. *J. Chatin* adresse, pour le concours du prix Barbier, des ÉTUDES BOTANIQUES, CHIMIQUES ET MÉDICALES SUR LES VALÉRIANÉES. (Renvoi à la commission du prix Barbier.)

PROJET DE CRÉATION D'UN INSTITUT EN ALGÉRIE. — M. le ministre de l'intérieur transmet une demande de M. le docteur Marès, colon algérien, tendant à la création dans la colonie d'un Institut qui, dans le but d'assurer le développement industriel et agricole du pays, aurait pour mission spéciale de poursuivre l'exploration de ses richesses naturelles et d'approprier les méthodes et les procédés européens aux besoins particuliers d'une région nouvelle. M. le gouverneur général civil de l'Algérie, consulté sur la possibilité d'appliquer les idées de M. le docteur Marès, pense qu'elles méritent d'être l'objet d'un examen attentif. C'est également l'opinion de M. le ministre.

ÉTAT DU FOIE CHEZ LES FEMELLES EN LACTATION. Note de M. *L. de Sinéty*. — « Chez les femelles en lactation, dit M. Sinéty, nous avons trouvé constamment un état graisseux du foie. La graisse a une disposition toute particulière; située dans les rangées de cellules qui entourent la veine centrale, elle gagne quelquefois la partie moyenne et même, quoique rarement, les cellules de la périphérie. Cette localisation de la graisse nous a paru plus limitée sur la femme et la chienne que chez les herbivores, mais toujours nous avons trouvé cette substance abondante au centre, tandis qu'elle manquait ou était très-rare à la périphérie. Cette disposition est l'inverse de ce que nous avons observé dans les dégénérescences ou infiltrations graisseuses du foie, où le *processus* marche de la périphérie au centre du lobule. »

Les expériences et les observations de l'auteur ont porté sur le chien, le lapin, le lièvre et l'homme. Il en termine l'exposé par les conclusions suivantes :

« Il résulte pour nous de cette étude :

» 1° Qu'il y a un état graisseux du foie, indépendant de la gestation, qui se développe en même temps que la fonction de lactation, continue pendant toute sa durée et finit avec elle;

» 2° Que la situation de la graisse dans le lobule du foie, chez les femelles en lactation, est complétement différente de ce que nous rencontrons dans tous les autres états graisseux du foie, infiltration, dégénérescence, engraissement artificiel.

» Les recherches relatives à ce travail ont été faites dans le laboratoire de médecine et d'histologie du Collége de France. »

COUCHE ENDOTHÉLIALE SOUS-ÉPITHÉLIALE DES MEMBRANES MUQUEUSES. — L'auteur, M. *Debove*, n'a pas pris le mot endothélium dans le sens embryogénique qui lui a été attribué par His (voyez Ranvier, article *Épithélium* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). Pour lui, les cellules endothéliales, dont le type est l'endothélium des membranes séreuses, sont des cellules plates, unies aux cellules voisines par un ciment très-fin et formées par du protoplasma pour ainsi dire desséché, susceptibles de se gonfler dans certaines circonstances, sous l'influence de l'inflammation par exemple.

La membrane muqueuse sur laquelle ont d'abord porté ses recherches est la membrane muqueuse intestinale. Si l'on prend un fragment d'intestin grêle, qu'on chasse l'épithélium qui se trouve à sa surface et qu'on l'imprègne avec une solution de nitrate d'argent, on voit à la surface des villosités un magnifique réseau de lignes noires, marquant les limites des cellules endothéliales. Ces cellules ont des bords irrégulièrement festonnés qui s'engrènent avec les bords des cellules voisines. Cette couche endothéliale n'est pas limitée aux villosités, elle s'étend à toute la membrane muqueuse; au niveau des glandes de Lieberkhun, elle se déprime et forme ce qu'on a désigné sous le nom de *paroi* propre de ces glandes.

« En comparant mes préparations aux figures de His, dit M. Debove, je suis arrivé à cette conclusion, qu'il avait vu cette couche endothéliale à la surface des villosités, mais qu'il l'avait mal interprétée; cet auteur l'a prise pour le revêtement du chylifère central. Il est vrai que cet endothélium a la plus grande ressemblance avec celui qui tapisse la face interne des vaisseaux lymphatiques; mais il n'est pas au centre de la villosité, il est à sa périphérie, immédiatement au-dessous de l'épithélium, et il s'étend à toute la surface de l'intestin. »

Les recherches de l'auteur ont encore porté sur d'autres membranes muqueuses, particulièrement sur les membranes vésicale et bronchique.

LES SÉCRÉTIONS BILIAIRE ET PANCRÉATIQUE CHEZ LES OMNIVORES. Note de M. *Defresne*. — « *Conclusions*. 1° La bile, par son alcalinité au moment de la digestion, joue un grand rôle dans la digestion pancréatique, qui, sans cette alcalinité, serait abaissée d'un tiers; 2° la bile émulsionne les corps gras, à l'aide d'un acide organique spécial qui n'agit que lorsqu'il est libre, mais que tout acide peut mettre en liberté, condition toujours remplie dans toute la longueur de l'intestin grêle; 3° la graisse ainsi émulsionnée reste neutre et n'est en rien modifiée; 4° le suc pancréatique fait passer les albumines les plus diverses en albuminose incoagulable par la chaleur, soluble dans l'alcool. L'amidon, sous son action, est transformé en glycose. Les corps gras sont dédoublés en glycérine et acides gras; ces derniers, s'émulsionnant spontanément, peuvent entraîner à l'état d'émulsion les corps gras en nature. »

TORSION NORMALE DE L'HUMÉRUS CHEZ LES VERTÉBRÉS. Note de M. *J. P. Durand* (de Gros). — Ce travail a pour point de départ le remarquable fait d'ostéologie qui a été si bien étudié par M. Martins. M. J. P. Durand établit les trois points suivants :

1° Contrairement à ce qui a été professé jusqu'à ce jour, la torsion humérale n'existe pas chez tous les Vertébrés pourvus de membres, et de plus elle n'est pas dirigée dans le même sens chez tous ceux où elle se rencontre : 1° elle est *nulle* chez les Enaliosauriens, Ichthyosaures et Plésiosaures, et chez les Tortues thalassites; 2° elle est *antéro-interne* chez les Reptiles et Mammifères terrestres, chez les Phoques, les Morses et les Sirénides; 3° elle est *antéro-externe* chez les vrais Cétacés et chez les Oiseaux.

2° En second lieu, la torsion paraît d'abord décrire à l'humérus, vers sa base, une demi-circonférence de cercle, et ayant pour effet consécutif d'amener le renversement de l'avant-bras et de la main d'avant en arrière, c'est-à-dire de les mettre en supination. Puis la nécessité fonctionnelle de restituer à la main sa direction première aurait sollicité et déterminé le mouvement de pronation, par lequel les deux os de l'avant-bras arrivent à présenter la disposition relative si bizarre que l'on connaît, et qui offre cette particularité très-significative que le radius et le cubitus y sont mutuellement en contact par leurs faces ventrales. Une exception existe chez l'Échidné. Son avant-bras nous montre ses deux os juxtaposés parallèlement et par leurs faces latérales, et tournés dans le même sens, leur face dorsale en avant, leur face ventrale en arrière. Mais chez cet édenté à la torsion humérale se joint une incurvation très-prononcée de l'humérus, avec un déchirement profond de son épiphyse inférieure, ce qui constitue un équivalent de la demi-révolution radio-carpienne de la pronation, comme moyen mécanique de ramener en avant l'extrémité inférieure du membre, précédemment retournée en arrière, c'est-à-dire mise en supination par la torsion de l'humérus.

3° Enfin les divers genres de la Tortue présentent entre eux une extrême diversité et les différences les plus essentielles quant à la conformation des membres : 1° les Tortues de mer sont sans torsion humérale, et conséquemment les deux os de leur avant-bras ont conservé tout le parallélisme latéral primitif; 2° les Emysaures d'Amérique ont l'humérus faiblement tordu, et leur avant-bras est exempt de pronation; enfin chez les Cistudes et les Chersites de l'ancien monde, une torsion humérale d'environ 90 degrés vient se compliquer d'une autre lésion apparente, encore plus curieuse, une véritable *luxation du coude* par rotation antéro-interne. On s'explique difficilement, dit l'auteur, qu'un caractère aussi saillant et extraordinaire n'ait point frappé les naturalistes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. *Barth* présente, de la part de M. le docteur *Foissac*, un volume intitulé : DE LA LONGÉVITÉ HUMAINE ET DE L'ART DE PROLONGER LA VIE.

M. *Gubler* donne lecture du rapport général sur le service médical des eaux minérales pour l'année 1871.

Dans ce rapport très-écouté, M. Gubler soulève la question brûlante de l'inspectorat, qui passionne depuis plusieurs années l'opinion du corps médical, et devant laquelle l'Académie ne pouvait pas rester plus longtemps indifférente. La solution proposée par M. le rapporteur est d'une telle importance que, sur la motion de MM. *Chauffard, Bouley, Barth, Béclard* et *Fauvel*, l'Académie décide de renvoyer à une séance ultérieure l'examen et la discussion de la partie doctrinale et administrative du rapport.

L'Académie procède ensuite à l'élection de membres nouveaux dans les commissions permanentes. Sont nommés : MM. *Lefort* et *Miahle* (remèdes secrets); *Chevallier* et *Bourdon* (eaux minérales); *Guérard* et *Roussel* (épidémies); *Depaul* et *Tarnier* (vaccine); *Béhier, Giraldès, Gubler, Peisse, Verneuil* (comité de publication).

M. *Fauvel* est nommé membre de la commission des associés étrangers, en remplacement de M. *Daremberg*, décédé.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

RAPPORT SUR LE PRIX LABORIE. — RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL. PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. *Paulet* lit le rapport sur le prix Laborie; les mémoires envoyés sont au nombre de cinq. Le mémoire n° 1 est divisé en deux parties : dans la première partie, l'auteur étudie l'état des veines inter- et intra-musculaires au voisinage des plaies en suppuration et les rapports qui existent entre l'état de ces veines et la théorie de la pyohémie. La seconde partie a trait à la phlébite consécutive à la compression digitale au pli de l'aine pendant les amputations. L'auteur a élargi la voie déjà tracée par M. Verneuil.

Le mémoire n° 2 traite de l'immobilisation dans le traitement des fractures des membres au moyen des appareils plâtrés et silicatés. Rien de nouveau ; compilation patiente.

Le mémoire n° 3 a pour titre : de l'abaissement du cristallin cataracté. Ce titre semble indiquer une tendance rétrograde, cependant l'auteur discute en homme compétent. Sur 16 opérés, 15 guérisons; pas d'accidents inflammatoires; mais cela tient-il à la méthode?

Mémoire n° 4, nouveau mode de suture des plaies intestinales. Travail descriptif; pas de partie expérimentale.

Mémoire n° 5, recherches expérimentales sur les opacités capsulaires et les cataractes secondaires, procédé pour l'ablation de la cristalloïde. Travail très-bien fait.

La commission déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix Laborie; mais les numéros 1, 3 et 5 méritent plus qu'une mention. La Commission propose d'accorder : 1° une somme de 800 francs à l'auteur du mémoire n° 5 ; 2° une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 1 ; et 3° une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3. Ces conclusions se sont discutées en comité secret.

— M. *Lannelongue* lit le rapport sur le prix Duval, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Tillaux, Panas et Lannelongue.

Trois thèses ont été envoyées pour ce concours : 1° celle de M. Hybord : les calculs de la vessie chez la femme et les petites filles ; 2° M. Foucaud, sur les tumeurs mixtes des nerfs ; 3° M. Malherbe, de la fièvre dans les maladies des voies urinaires. La commission propose de décerner le prix Duval à l'auteur de ce dernier travail.

— Nomination d'une commission pour l'examen des titres des candidats aux places de correspondants nationaux : MM. Marjolin, Panas, Paulet, Chassaignac, Boinet, Guyon.

— Sur la proposition de M. Forget, le banquet annuel des membres de la Société de chirurgie sera remplacé par une souscription au profit des inondés. Accepté à l'unanimité.

— M. *Alphonse Guérin* présente un moignon d'amputé. Le malade était entré à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur blanche suppurée du genou ; M. Guérin crut devoir faire l'amputation au milieu de la cuisse le 4 décembre ; pansement ouaté. Le le lendemain, amélioration dans les symptômes; plus tard, agitation nerveuse et peut-être un frisson, la température s'éleva. Craignant une gangrène des lambeaux, M. Guérin enlève le pansement le quatorzième jour; malgré la fièvre et les accidents qui survinrent, la réunion par première intention s'était faite. Le malade mourut d'infection purulente le dix-neuvième jour. On peut donc obtenir dans les hôpitaux de Paris des réunions par première intention dans les amputations de cuisse. Le fémur était atteint d'ostéo-myélite dans toute son étendue ; abcès dans le foie. Deux jours après l'opération, on avait dû ajouter de la ouate parce que le pus avait traversé le pansement ; malgré cette insuffisance du pansement on avait obtenu la réunion immédiate. M. Guérin attribue ce résultat à la compression élastique, à la température constante du moignon, résultat du mode de pansement.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la dilatation artificielle de l'anus et du rectum, au point de vue de l'exploration et des opérations qui se pratiquent sur ces organes, par le professeur G. SIMON.

Pendant longtemps on s'est contenté, dans l'exploration de l'anus et du rectum, de l'introduction de l'index ou au plus de deux doigts ; on y a ajouté les valves et le spéculum bivalve, qui ont permis une exploration plus complète et facilité les opérations dans le rectum. Aujourd'hui, M. G. Simon démontre que l'on peut obtenir de l'exploration des résultats bien autrement importants, il ne s'agit pas moins que de la possibilité de faire pénétrer dans le rectum la main entière, d'y manœuvrer des instruments sans produire, dans la structure des parois, de désordres applicables à la dilatation forcée.

Il y a, suivant M. Simon, deux méthodes de dilatation de l'anus et du rectum, la méthode non sanglante et la méthode sanglante.

Dans la méthode non sanglante, on pratique la dilatation pendant l'anesthésie chloroformique, et il est remarquable combien la dilatation peut être ainsi exagérée. On peut accomplir celle-ci avec les doigts, la moitié de la main, enfin la main tout entière ; chez l'adulte, on peut introduire la main et une partie de l'avant-bras, à condition qu'il n'y ait pas de rétrécissement du bassin. Dans bien des cas la main, dont la circonférence représente au plus 25 centimètres, détermine par son introduction une petite déchirure de l'anus, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il faut faire un léger débridement du sphincter pour introduire la main entière. Lorsque la main a pénétré dans le rectum jusqu'au promontoire, on peut avec trois et même quatre doigts pénétrer jusque dans l'S iliaque, de sorte que, grâce à la mobilité du rectum, on peut, à travers ses parois, palper toute la région abdominale jusqu'à la pointe du rein, jusqu'à l'ombilic, et cette exploration ne présente aucun danger.

On peut, par ce moyen, explorer toute une partie de la cavité abdominale, par conséquent obtenir des indications diagnostiques précieuses pour la recherche des affections de

l'utérus, des ovaires, et même de l'estomac et de la rate. Déjà avec l'introduction de quatre doigts, c'est-à-dire de la moitié de la main, on peut atteindre le fond de l'utérus, et même les ovaires; chez l'homme, on sentira avec précision la vessie, et l'on pourra reconnaître l'existence des calculs, leur nombre, leur volume. En somme, on explore ainsi non-seulement le rectum et une partie de l'S iliaque, mais encore on peut explorer les tumeurs de la paroi abdominale antérieure, des glandes mésentériques, de la partie inférieure des reins, c'est-à-dire qu'on peut palper tous les organes qui sont contenus dans les deux tiers inférieurs de la cavité abdominale. Dans deux cas de kystes de l'ovaire, M. Simon a pu déterminer, par l'exploration ainsi pratiquée, la largeur et la longueur du pédicule, et l'absence d'adhérences avec la cavité pelvienne, enfin la présence dans le fond de l'utérus de deux corps fibreux de la grosseur d'un noyau de cerise. L'opération permit de constater la précision du diagnostic. La dilatation avec le spéculum peut, en conséquence, être portée très-loin, M. Simon emploie un spéculum ou des valves ayant jusqu'à 5 centimètres à 55 millimètres, il peut ainsi pratiquer dans le rectum les opérations nécessaires.

La dilatation sanglante qui se fait par des incisions latérales ou au niveau du raphé ou du côté du coccyx, convient surtout lorsqu'il faut pratiquer des opérations dans le rectum.

La dilatation faite sous l'influence de l'anesthésie, par quatre doigts ou avec la demi-main, et par toute la main ou à pleine main, est indiquée dans un grand nombre d'affections du rectum. Elle convient, en premier lieu, à l'extraction des corps étrangers dont elle permet la recherche et la préhension. Dans les plaies du rectum, combinée avec le débridement, elle favorise la guérison des plaies en permettant le libre cours des matières. Dans les fistules, l'introduction d'un spéculum analogue à celui de Sims permet de voir les lésions et d'opérer avec certitude, l'auteur a pu ainsi découvrir et guérir des fistules placées à des hauteurs considérables; il rapporte, d'ailleurs, des observations très-intéressantes qui prouvent la valeur pratique des procédés employés par lui et que l'on consultera avec fruit dans ce mémoire. (*Archiv fuer klinische Chirurgie*, XV, Bd. 1. Heft, 1872.)

Travaux à consulter.

HISTOIRE ET THÉORIE DU MÉCANISME DE FORMATION DES HERNIES, par le docteur WERNHER. — Cette étude historique, très-complète, est en cours de publication, mais il est utile dès maintenant de signaler la première partie, qui comprend les travaux anciens et modernes jusqu'à Cloquet Linhart et Roser. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, IV Bd, 2 Heft.)

DES MOYENS MÉCANIQUES D'HÉMOSTASE DANS LES PLAIES DES ARTÈRES DEPUIS PARÉ JUSQU'A NOS JOURS, par le docteur A. ADAMKIEWICH. — Le titre de ce mémoire, qui est fort étendu, en montre l'intérêt. On y trouve des renseignements précis et très-multipliés. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, XIV Bd, 1 et 2 Heft.)

RÉTENTION D'URINE, SIX PONCTIONS DE LA VESSIE AVEC L'ASPIRATEUR, GUÉRISON, par le docteur CLUZEAU. — Il s'agit d'un malade atteint d'une hypertrophie de la prostate qui depuis trois jours n'urinait que par regorgement. Le cathétérisme ayant échoué, M. Cluzeau fit la ponction de la vessie au-dessus du pubis avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy. L'aspiration fut répétée six fois en quatre jours. On put enfin sonder le malade avec une bougie olivaire, et bientôt le malade put se sonder lui-même. (*Bull. de thérapeut.*, 15 décembre 1872.)

NOUVEAU CAS DE LEUCÉMIE AVEC ALTÉRATIONS DE LA MOELLE OSSEUSE, par le professeur NEUMANN. — Cette observation est à joindre à celles de Waldeyer, Neumann, Ranvier et Ollivier. (*Archiv der Heilkunde*, XIII Bd, 6 Heft., 14 novembre 1872.)

SUR LES MUSCLES LISSES DES REINS, par C. J. EBERTH. — L'auteur signale chez l'homme, à la surface des reins, un réseau de fibres musculaires lisses. (*Centralblatt f. med. Wissensch.*, p. 225, 1872.)

SUR LA CICATRISATION DES GREFFES CUTANÉES, par le docteur A. THIERFELDER. — L'auteur a pu observer les résultats de greffes cutanées dans deux cas, plusieurs semaines et plusieurs mois après la cicatrisation; il insiste sur le mode de formation des capillaires et figure des coupes microscopiques Ce travail est à rapprocher de ceux de Reverdin et de Kunitz. (*Archiv der Heilkunde*, XIII Bd, 6 Heft.)

INCONTINENCE ET ÉNURÉSIS AU POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, par le docteur C. HERTZKA. — Dans cette étude, l'auteur conclut que l'énurésis ou incontinence nocturne est la conséquence de l'impuissance du muscle compresseur de l'urèthre, dont les contractions sont provoquées à la fois par la volonté et par des actions réflexes. Comme traitement, M. Hertzka préconise l'électrisation par les courants induits, c'est-à-dire l'excitation galvanique de la muqueuse, soit par le rectum, soit par le rhéophore vésical. (*Journ. f. Kinderkrankheiten*, 7 et 8 Heft, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Uhle et Wagner. Nouveaux éléments de pathologie générale, publiés par WAGNER, professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique à Leipzig. — Traduction de l'allemand sur la quatrième édition, par les docteurs Ch. DELSTANCHE et Eug. MAHAUX, de Bruxelles, 1872, chez Savy, in-8°, 600 pages.

La part qui revient dans cet ouvrage à chacun des collaborateurs n'est pas égale. L'un des deux, le docteur Uhle, a succombé en 1861. M. Wagner a donc eu la part du travail la plus considérable. Sur les trois parties qui le composent, la première et la troisième lui appartiennent. Ces éléments de pathologie générale, publiés en 1862, ont été rapidement adoptés en Allemagne. Le livre y a obtenu un succès remarquable et est arrivé à sa quatrième édition. Il est donc intéressant d'y étudier comment on comprend aujourd'hui, chez nos voisins, la pathologie générale et sous quelle forme elle s'y enseigne.

Il suffira de donner à grands traits le plan du livre pour montrer à quel point de vue fort différent du nôtre les auteurs se sont placés.

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première partie traite *de l'idée et des formes générales de la maladie.*

On est frappé du peu de développement qui lui est attribué. On y étudie la maladie en général, les maladies locales et générales, la symptomatologie et le diagnostic, le pronostic, la durée, la marche, la terminaison des maladies, etc... Tout cela est envisagé au point de vue le plus général, il est vrai; et, malgré cela, on a peine à comprendre qu'on puisse traiter de pareilles questions, celles qui dominent la pathologie générale, en une quarantaine de pages. C'est cependant le but qu'ont atteint les auteurs en se bornant à une espèce de programme où les sujets, qui comporteraient le plus de développement, sont simplement indiqués.

C'est ainsi qu'on chercherait vainement un chapitre relatif à la fièvre, aux modifications de la température dans les maladies, aux différentes formes et à la nature des crises. Ces grands actes morbides qui nous semblaient et nous paraissent encore dominer toute la pathologie, sont à peine indiqués. Quelques lignes suffisent à montrer qu'on n'a pas cru s'en occuper. Cherchez à la table l'article FIÈVRE, et vous ne le trouverez même pas noté. Évidemment on se fait en Allemagne une idée toute différente des nôtres sur la pathologie générale. Nous verrons tout à l'heure comment elle y est comprise.

La deuxième partie, celle qui est due presque tout entière à la collaboration du docteur Uhle, traite de l'étiologie générale. Elle est relativement plus développée que la première, mais conçue encore dans un esprit tout différent de celui qui aurait cours dans notre enseignement.

Les causes internes : hérédité, âge, sexe, sont rapidement passées en revue.

Le chapitre des causes externes est un véritable chapitre d'hygiène. Sans doute, l'oubli des règles de l'hygiène, l'absence de ses conditions joue un rôle capital dans l'étiologie des maladies; mais c'est à ce point de vue seulement que l'hygiène doit figurer dans un traité de pathologie. Il est superflu d'y étudier des influences d'ordre purement physiologique. Il y a des connaissances qu'on doit supposer acquises sur les vêtements, l'alimentation, les climats, les habitations, le chauffage, sur les questions d'âge, de sexe, etc.

Les deux derniers chapitres de l'étiologie sont consacrés aux parasites, aux contages et miasmes. De ces deux derniers chapitres, le plus développé est celui qui se rapporte aux parasites. La matière y est traitée complétement et avec une érudition consommée. Nous doutons cependant que ce chapitre soit lu avec plaisir et profit. Il est impossible de suivre ces descriptions minutieuses de végétaux microscopiques à formes variées à l'infini, de vers étudiés à toutes leurs périodes, de toutes les variétés connues de parasites animaux, si l'on n'a pas sous les yeux quelques planches qui aident et soutiennent l'attention, et fixent l'image de l'objet d'une manière définitive. Ces planches nous font ici absolument défaut, et il est douteux que la plupart des lecteurs puissent ultérieurement vérifier *de visu* les descriptions détaillées, mais indigestes, qui leur sont ainsi présentées.

Toutefois, et pour ceux qui pourront s'aider de préparations ou de dessins, ce chapitre est fort complet et offre, sous ces réserves, un grand intérêt.

Ces deux premières parties ne nous mènent pas au tiers du volume et cependant elles contiennent une grande partie des matières qui font habituellement le fond de la pathologie générale. Le reste de l'ouvrage, soit plus de 400 pages, n'est pas autre chose qu'un véritable traité d'anatomie et de physiologie pathologiques générales; mais surtout d'anatomie. Il est dû tout entier à la plume de M. Wagner.

Il faut avant tout reconnaître le mérite indiscutable de toute cette partie. C'est l'œuvre d'un homme profondément versé dans les connaissances anatomo-pathologiques modernes et qui expose magistralement l'état de la science.

Nous nous sommes habitués en France à séparer l'anatomie et la physiologie pathologique de l'étude de la pathologie générale proprement dite. C'est peut-être à tort. L'étude anatomique de certains phénomènes morbides qui sont communs à beaucoup de maladies fait évidemment partie de la pathologie générale. C'est ainsi que la connaissance des troubles de la circulation, de la nutrition, des métamorphoses variées des éléments de nos organes, nous est absolument nécessaire pour nous rendre compte de l'évolution, de la marche de maladies envisagées à un point de vue collectif.

Il y a donc une anatomie pathologique générale liée à la pathologie générale proprement dite, au même titre que la description d'une lésion organique fait partie du tableau de la maladie et en explique les symptômes.

Mais à côté de ces notions générales, il en est d'autres qui ressortissent plus spécialement à un traité d'anatomie pathologique proprement dit. Nous acceptons volontiers dans un traité de pathologie générale l'étude anatomique des hémorrhagies, des embolies, celle des hydropisies; un aperçu des troubles de nutrition consécutifs aux inflammations à la gangrène; mais nous n'irons pas y chercher la description de toutes les néoplasies, des tumeurs de toute espèce, l'histoire anatomique du lupus, des tubercules, de la lèpre, du cancer, des kystes, etc.

M. Wagner a cru devoir s'occuper de tous ces différents sujets et donner un traité complet, bien que résumé, de pathologie et d'anatomie générales.

Il nous semble qu'il y a là un départ peut-être un peu délicat à établir, mais qui nous fait considérer comme une sorte de hors-d'œuvre une grande partie des recherches consignées dans la troisième partie de notre traité. En dehors de cette question d'opportunité, nous nous trouvons en présence d'un travail savant et consciencieux dont la valeur est considérable, et dans lequel s'accumule une masse de connaissances respectables à tous égards.

B.

Index bibliographique.

D'un nouveau moyen de contention de la matrice dans les cas de prolapsus utérin, par le docteur F. Vulliet, médecin de l'hospice général de Genève. — Genève, 1871, 45 pages avec figures intercalées dans le texte.

Dans la plupart des cas de prolapsus utérin, les bandages et pessaires de tous les modèles sont en général inefficaces, incommodes ou même dangereux. Tous les moyens habituels de contention (anneau d'Hodge, pessaires de Gariel ou de Zwank, etc.) sont ordinairement impuissants lorsque, par le fait de l'ancienneté de l'affection, le volume et le poids de l'utérus distendent outre mesure le vagin et relâchent totalement les tissus. C'est pour des cas de cette dernière espèce que l'auteur a eu l'idée de construire un pessaire aussi simple qu'ingénieux. C'est la description et l'emploi de cet instrument, ainsi que l'histoire des quatre cas où il a été appliqué, qui font le sujet de ce court et intéressant mémoire.

Le pessaire du docteur Vulliet se compose de deux parties distinctes (un anneau et un appendice) reliées ensemble. L'*anneau*, semblable en tous points au pessaire annulaire, est de forme elliptique et recourbé dans le sens vertical; l'*appendice* est comme un second anneau de direction horizontale, fixé au premier en un point rétréci qui est comme la clef de voûte de tout l'appareil. La partie postérieure de cet appendice présente une incurvation à concavité postérieure destinée à suivre le contour du segment antérieur du col utérin. Au niveau de la portion rétrécie, au collet de l'instrument, est ménagée une gouttière de direction antéro-postérieure qui sert de réceptacle pour l'urèthre, dont on prévient ainsi la compression entre le pessaire et la ceinture osseuse du bassin.

Quant à la composition et à la confection du pessaire, elles sont aussi simples l'une que l'autre. L'auteur se sert de la gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, et il arrive aisément à donner à cette substance les formes et les dimensions qu'il désire obtenir. Le doigt fera la mensuration des parties, comme il fait celle des diamètres du bassin qui lui sont accessibles, et c'est sur ces renseignements que l'opérateur construira son appareil. La position la plus commode à donner à la patiente chez qui l'on veut introduire un de ces pessaires est la position américaine, telle que l'a décrit Marion Sims. Une fois la malade ainsi placée, on saisit entre les mors d'une longue pince à pansement le bord postérieur du pessaire, préalablement enduit de savon ou de graisse, puis on le tourne de manière que sa face inférieure regarde en haut. Quand l'introduction est complète, c'est-à-dire quand la partie antérieure de l'instrument a dépassé l'arcade pubienne, on presse légèrement sur la commissure antérieure du pessaire de manière à la faire glisser derrière la symphyse et les branches de l'arcade du pubis. L'instrument étant ainsi placé, l'appendice occupera l'espace compris entre la symphyse et la lèvre antérieure du col, soutenant la paroi vésico-vaginale; le grand anneau ira de la symphyse jusque dans le cul-de-sac postérieur, soutenant la paroi vésico-rectale et prévenant par sa courbure la rétroversion de l'utérus.

Après avoir rapporté quatre observations dans lesquelles ce pessaire à la gutta-percha produisit les plus heureux effets, l'auteur termine son travail par l'énumération des avantages de ce nouvel appareil. « Il est, dit-il, facile à placer et à enlever; les malades le supportent facilement; il contient l'utérus d'une manière absolue, en même temps il la replace dans sa position normale. » Tel serait, suivant M. Vulliet, son principal avantage. Enfin il n'entraverait pas le rapprochement sexuel; la fécondation deviendrait même possible.

L'auteur ne signale que les avantages de son nouvel instrument. Est-ce à dire qu'il réalise toutes les perfections? Nous le souhaitons assurément; cependant il ne peut pour le moment se soustraire aux deux reproches qui peuvent être adressés à tout appareil de ce genre : on premier lieu d'être un pessaire et d'exercer une action mécanique qui, trop prolongée, peut devenir dangereuse pour la malade; en second lieu de ne produire qu'un effet purement palliatif contre le prolapsus, et non la cure radicale de la maladie utérine. Enfin, l'efficacité de ce nouveau moyen de réduction a besoin de la sanction de l'expérience et de l'appui de faits plus nombreux avant d'être définitivement admise.

VARIÉTÉS.

Postes de secours médicaux.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs, j'ai lu avec intérêt l'article inséré dans le dernier numéro sur les postes de secours médicaux, et je réponds à l'invitation du rédacteur par les quelques renseignements suivants.

En 1870, l'administration de l'Assistance publique, justement émue de divers faits publiés dans les journaux au sujet de personnes mortes faute de secours médical pendant la nuit, s'entendit avec la Société des médecins des bureaux de bienfaisance. Grâce au zèle et au dévouement du secrétaire général de cette société, M. le docteur Passant, qui pourra vous donner des explications plus complètes, un plan fut rédigé, consenti des deux côtés et prêt d'être exécuté; mais la guerre emporta le tout. Voici quel était le plan :

Chaque poste de police inscrivait les noms des médecins des bureaux de bienfaisance qui voulaient bien accepter ces fonctions la nuit; sur la demande d'un malade, un agent allait chercher un des médecins inscrits, l'accompagnait et lui remettait après la visite un bon de 10 francs remboursable à la caisse de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, dont les avances étaient soldées ensuite par l'administration de l'Assistance, celle-ci s'occupant de son côté du recouvrement auprès des malades. Nous aurions donc eu l'avance sur Berlin dans la mise à exécution d'une mesure que je regarde comme urgente.

Agréez, etc.

D[r] E. Gibert.

— On nous apprend que M. Wurtz vient d'être délégué comme inspecteur auprès de la Faculté de médecine de Nancy par M. le ministre de l'instruction publique.

Baraquements de Villeneuve-l'Étang. — La Revue des officiers, dans son numéro du 28 décembre, contient un article qui se termine par les propositions suivantes :

1° Les baraques actuelles du camp de Villeneuve-l'Étang ne sont pas suffisamment espacées (1). Elles devraient être munies d'un plancher, être exhaussées au-dessus du sol et pourvues d'un appareil ventilateur semblable à celui que possèdent les baraques américaines.

2° Tel qu'il est, le camp de Villeneuve-l'Étang a donné un nombre de malades et une mortalité très-faibles. Son habitation est meilleure, au point de vue de l'hygiène, que celle des casernes.

3° Il est à craindre, si des mesures sérieuses ne sont pas prises, que l'insalubrité du camp n'aille en augmentant par le fait même d'une habitation continue.

4° Il est indispensable, avant toute autre réforme, de diminuer le nombre des habitants de chaque baraque.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, et proclamation des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1872 pour entrer en fonctions le 1[er] janvier 1873.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1872, aura lieu le samedi 28 décembre 1872, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes, nommés à la suite des concours de 1872.

École de médecine de Caen. — M. Denis-Dumont est nommé professeur titulaire de clinique externe, en remplacement de M. Leprestre, décédé.

École de médecine de Rouen. — M. Lévesque, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire de pathologie interne, en remplacement de M. Caneaux, dont la démission est acceptée. — M. Gressent, docteur en médecine, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Lévesque. — M. Olivier, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à ladite École, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Gressent.

(1) Deux files de baraques occupées par une compagnie doivent être séparées réglementairement par une grande rue d'une largeur minimum de 3m,25; entre chaque baraque la rue doit avoir 1m,30. A Villeneuve-l'Étang, toutes les baraques sont à environ 1m,30 l'une de l'autre; il n'y a de rues plus larges qu'entre chaque bataillon.

Légion d'honneur. — Par décrets du président de la République, rendus le 27 décembre 1872, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins de la marine dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Barthélemy-Benoît (Pierre Émile), médecin-professeur ; Fournier (Amant), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Friocourt (Jules-Félix), médecin de 1re classe de la marine ; Fabre (Auguste-Victor), médecin de 1re classe de la marine ; Chevalier (James), médecin de 2e classe de la marine.

Société médicale du VIII[e] arrondissement. — Ont été nommés membres du bureau pour l'année 1873 : *Président*, M. Linas; *vice-président*, M. Léon Le Fort; *secrétaire-général*, M. Fieuzal; *trésorier*, M. Canuet.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le professeur René (de Montpellier).

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 21 au 27 décembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 43. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 225. — Affections chroniques, 287 (1). — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 20. — Total, 745.

Lille : Décès du 1er au 15 décembre 1872, 161. — Rougeole, 2 ; fièvre typhoïde, 3 ; bronchite, 20 ; pneumonie, 12 ; diarrhée, entérite, 16 ; affections puerpérales, 5.

Bruxelles : Décès du 8 au 14 décembre 1872, 98. — Rougeole, 1; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 2 ; croup et angine couenneuse, 1 ; bronchite et pneumonie, 13 ; entérite et diarrhée, 7.

Florence : Décès du 8 au 14 décembre 1872, 102. — Fièvre typhoïde, 7 ; bronchite et pneumonie, 6 ; dysenterie, 1 ; croup, 2 ; diphthérie, 7.

(1) Sur ce chiffre de 287 décès, 177 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS

MM. les abonnés à la Gazette seule et à la Gazette *avec Bulletin* qui n'auront pas, avant le 20 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 10 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par le même libraire (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté un seul mandat pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

Paris. — Sommaire. Société de biologie : Les abcès métastatiques : MM. Hayem, Ranvier. — Académie de médecine : L'essence de térébenthine antidote du phosphore. — **Cours publics.** Clinique médicale de la Charité : Leçons sur urines. — Médecine pratique : La syphilis chez la femme. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des effets physiologiques et thérapeutiques des de potassium et d'ammonium. — **Sociétés savantes.** Académie sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** Sur la dilatation artificielle de l'anus et du rectum, au de vue de l'exploration et des opérations qui se pratiquent sur ces organes. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Nouveaux éléments de pathologie générale. — Index bibliographique — **Variétés.** Postes de secours — **Feuilleton.** La médecine chez les Chinois.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 9 janvier 1873.

Société médicale de la Suisse Romande : TUMEURS CONGÉNITALES DE LA RÉGION ANO-COCCYGIENNE : M. BUMAN. — *Société royale de médecine et de chirurgie de Londres :* DE LA PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE BRIGHT AVEC ATROPHIE RÉNALE, ET EN PARTICULIER DE LA SCLÉROSE ARTÉRIO-CAPILLAIRE (ARTERIO-CAPILLARY FIBROSIS) : GEORGE JOHNSON. — DÉNOMBREMENT DE LA POPULATION DE FRANCE EN 1872.

Tumeurs congénitales de la région ano-coccygienne.

Les tumeurs singulières qu'on observe à la région coccygienne et qui sont congénitales ont été signalées dans la GAZETTE (1860, p. 268, 620; 1867, p. 283; 1869, p. 381). Le nombre des observations publiées est relativement important, puisque M. Molke, de Colmar, en 1868, réunissait plus de quatre-vingts cas de tumeurs de cette région. La découverte de la glande de Luschka, confirmée par Perrin et Michel, de Strasbourg, en 1860, en démontrant l'existence d'une glande spéciale de la classe des glandes vasculaires sanguines, à la région coccygienne, a permis d'assigner une cause nouvelle à la formation de ces tumeurs. Celles-ci sont d'ailleurs souvent complexes, comme le montre M. Buman dans un historique très-complet. Molke, l'auteur du meilleur travail sur ce sujet, a divisé les tumeurs congénitales de la région ano-coccygienne en six groupes définis par leur structure anatomique. 1° Les sarcomes et cysto-sarcomes, on en possède 16 observations; 2° les tumeurs enkystées caractérisées par la présence de kystes multiloculaires (16 observations); 3° les tumeurs provenant d'une dégénérescence de la glande coccygienne (5 observations); 4° les lipomes et tumeurs caudales à base osseuse ou non osseuse (11 observations); 5° les tumeurs dues à une inclusion fœtale (8 observations); 6° les tumeurs de nature complexe ou non déterminée (31 observations). Cette classification n'est pas admise par tous les auteurs : Depaul, excluant le spina-bifida et l'inclusion fœtale, divise les tumeurs coccygiennes en tumeurs à myélocytes, les tumeurs embryoplastiques, les kystes; les deux premières espèces de tumeurs correspondent aux sarcomes ou aux dégénérescences de la glande; quant aux kystes, ils ne nous paraissent pas constituer un groupe nettement défini.

Dans la classification de Molke reproduite par M. Buman, on ne retrouve pas le spina bifida; cependant à la Société de chirurgie cette cause pathogénique des tumeurs enkystées a été admise, et Klebs (*Gaz. hebd.* 1867, p. 283) a conclu d'un fait bien observé comparé à divers cas rapportés par Braune, que ces tumeurs enkystées ou kystiques pouvaient avoir pour point de départ des restes de la corde dorsale, d'autant plus que souvent on signale l'absence ou le défaut de développement des vertèbres coccygiennes.

Cette question n'est pas seulement intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique; elle offre un côté pratique important, à savoir la possibilité ou l'opportunité d'une opération. En effet, pour les sarcomes, une opération a été suivie de succès; pour les tumeurs enkystées, onze cas ont été opérés par ponction, extirpation ou ligature; il y a eu trois succès. Dans les tumeurs par inclusion fœtale, on compte trois guérisons.

Les deux observations nouvelles présentées par M. Buman méritent d'être signalées. Dans la première, il s'agit d'une tumeur congénitale de la région ano-coccygienne opérée à la naissance par ponction; il resta une fistule, et à l'âge de quinze ans la malade portait une tumeur assez volumineuse dans la région. M. Buman en fit l'extirpation; la tumeur était constituée par trois kystes à contenu caséeux, dont les membranes épaissies furent disséquées et excisées; quelques jours plus tard on fit l'extraction de productions pileuses. Cependant M. Buman classe cette tumeur parmi les tumeurs à contenu kystique variable. L'opérée guérit, à la suite d'un traitement et d'opérations complémentaires dont l'histoire est instructive à lire. — Dans le second cas, il s'agit d'une tumeur coccygienne très-volumineuse chez un fœtus de huit mois, qui, pendant l'accouchement, embarrassa fort la sage-femme et même le médecin; elle avait 14 centimètres de diamètre sur 32 de circonférence; elle était formée par trois kystes adhérant par un pédicule à la surface antérieure du coccyx ; c'était une tumeur enkystée.

De ses observations et de ses recherches bibliographiques, M. Buman conclut que ces tumeurs doivent être opérées sans temporisation, si l'état de l'enfant le permet. De plus, la ponction, l'injection iodée, semblent avoir été insuffisantes; c'est donc l'extirpation par incision et dissection, et s'il est nécessaire par morcellement et par fractionnement qu'il faudra préférer. Lorsque l'extirpation est incomplète, la cautérisation au fer rouge permet de favoriser l'élimination des produits qui n'auraient pu être enlevés. Tels sont, pour M. Buman, les enseignements de la statistique; il est vrai que celle-ci ne porte pas, pour chaque espèce, sur des faits assez multipliés pour imposer une pareille conclusion; mais on doit déjà reconnaître qu'en tenant compte de l'âge des opérés les succès obtenus par l'extirpation sont par eux-mêmes encourageants.

De la pathogénie de la maladie de Bright avec atrophie rénale, et en particulier de la sclérose artério-capillaire.

Nous avons déjà, dans un précédent article, dit quelques mots des opinions émises récemment par les docteurs Johnson, Gull et Sutton relativement à la pathogénie de la maladie de Bright et des interprétations diverses proposées par ces auteurs pour expliquer en pareil cas l'hypertrophie cardiaque. Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est que le docteur Johnson

médecin du King's College Hospital, vient de faire tout dernièrement une nouvelle communication devant la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres (séance du 10 décembre 1872) sur ce point intéressant de physiologie pathologique.

Après avoir rappelé ses premières recherches sur l'hypertrophie de la tunique musculaire des artères de huitième ordre dans la maladie de Bright (*Medico-Chirurgical Transactions*, LIe vol.), le docteur Johnson combat la théorie émise ultérieurement à ses premiers travaux par les docteurs W. Gull et Sutton, en s'efforçant d'appuyer la sienne sur des données physiologiques et sur des faits pathologiques. On sait, en effet, que les docteurs Gull et Sutton ont cherché à démontrer que l'hypertrophie du cœur dans la maladie de Bright est une conséquence de la sclérose artério-capillaire (*arterio-capillary fibrosis*), et non de la dégénérescence rénale. Comme preuve à l'appui de leur opinion, ils ont rapporté six cas dans lesquels les altérations cardio-vasculaires étaient manifestes, tandis que les reins n'étaient que peu ou point altérés.

Le docteur Johnson soutient, au contraire, que dans tous ces cas l'hypertrophie du cœur ne reconnaissait pas pour origine la prétendue altération des artères de troisième et de quatrième ordre, mais tenait à d'autres causes faciles à trouver. Ainsi, dit-il, dans un cas (obs. VII, âge 42 ans) il existait de l'emphysème et une bronchite chronique; dans un autre (obs. X, âge 69 ans), il y avait une gangrène sénile et une dégénérescence évidente des grosses artères; dans l'observation XX il est fait mention d'une maladie des valvules aortiques; dans l'observation II on pouvait vraisemblablement admettre un athérome sénile des artères, et de plus les reins pesaient 450 grammes environ. L'observation III a trait à une malade âgée de soixante-dix-sept ans, etc.

MM. Gull et Sutton admettent que les reins, dont le poids ne dépasse pas 450 grammes et n'est pas inférieur à 270 grammes, ne sont pas malades. Quoiqu'ils soutiennent qu'il existe une relation constante entre la dégénérescence hyalino-fibroïde (pour me servir de leur propre terme) et l'hypertrophie cardiaque, ils reconnaissent cependant que, dans quelques cas, assez rares il est vrai, on a observé cette lésion dans les vaisseaux de la pie-mère chez des sujets qui ne présentaient pas d'hypertrophie du cœur. D'après ces auteurs, l'altération hyalino-fibroïde, en diminuant l'élasticité des parois des artères de troisième et de quatrième ordres, gênerait la circulation et produirait consécutivement une hypertrophie du ventricule gauche.

Telle est précisément l'opinion que le docteur Johnson s'applique à réfuter dans sa récente communication. Dans l'explication précédente, les auteurs ont confondu, à tort selon lui, l'élasticité propre des artères de deuxième ordre, qui a pour effet de seconder l'action impulsive du cœur et la contractilité des artérioles de troisième ordre, qui sont pour ainsi dire les antagonistes de la contraction cardiaque.

Il fait très-judicieusement remarquer à cet égard que la dégénérescence de ces artérioles devrait produire, non pas une augmentation, mais bien une diminution de leur résistance et, partant, ne pourrait pas expliquer l'hypertrophie cardiaque.

D'autre part, Gull et Sutton prétendent qu'un épaississement des parois artérielles est toujours accompagné d'une atrophie des tissus correspondants, et cependant ils affirment que les artères coronaires et leurs branches sont épaissies dans les cas d'hypertrophie cardiaque, et qu'il en est de même des artérioles rénales dans les cas de mal de Bright avec augmentation de volume du rein (*large white kidney*). Le docteur Johnson a bien soin de relever cette contradiction échappée à ses honorables adversaires.

Poursuivant sa discussion sur la prétendue dégénérescence fibro-hyaline, M. Johnson persiste à la considérer comme une simple altération cadavérique, ou plutôt comme le résultat de l'imbibition des parois artérielles par la glycérine et le camphre dont les docteurs Gull et Sutton se sont servi dans leurs préparations. Il affirme, en effet, que ces lésions, plus apparentes que réelles, ne se retrouvent jamais dans les vaisseaux examinés ou conservés dans une solution d'alcool faible ou de chlorure de sodium (d'une densité de 1030), tandis qu'elles se rencontrent souvent, mais non toujours, sur les pièces anatomiques conservées dans la glycérine. Comme contre-épreuve, M. Johnson a examiné comparativement des artères saines en les soumettant aux précédents réactifs, et a noté des différences très-remarquables. Celles qu'il avait traitées par l'alcool dilué ou par l'eau salée paraissaient parfaitement normales, tandis que celles qu'il avait préparées à l'aide de la glycérine semblaient épaissies et présentaient une apparence hyaline.

Il a retrouvé cet aspect hyalino-fibroïde des vaisseaux chez des individus de tout âge, aux deux extrêmes de la vie, aussi bien chez les enfants que chez les vieillards, et même dans les cas où la mort résultait de maladies étrangères à l'affection brightique ou à l'hypertrophie cardiaque; par exemple : chez une femme de quarante ans, morte de diabète, dont le cœur pesait environ 200 grammes; chez une autre femme du même âge, morte d'un cancer de l'ovaire, dont le cœur était du poids de 240 grammes; chez un jeune enfant de onze mois, qui avait succombé à la suite d'un spasme de la glotte et dont tous les viscères furent trouvés sains à l'autopsie; enfin chez un garçon de quinze ans, mort de fièvre typhoïde et qui avait auparavant joui d'une excellente santé, etc... Dans tous ces cas, les artères conservées dans l'alcool dilué et dans l'eau salée (densité 1030) lui ont paru tout à fait normales, tandis que celles qu'il avait traitées par la glycérine et par l'eau camphrée offraient un notable épaississement et une apparence hyaline de leurs parois.

Ces recherches minutieuses du docteur Johnson militent puissamment en faveur de son opinion, et tendent à faire admettre que la prétendue altération hyalino-fibroïde des vaisseaux décrite par les docteurs Gull et Sutton n'est due qu'à un vice de préparation. Après cette habile réfutation du docteur Johnson, il ne lui reste plus qu'à établir péremptoirement la constance de l'hypertrophie des parois musculaires des artérioles dans tous les cas de maladie de Bright avec hypertrophie cardiaque, et nous présumons que les recherches ultérieures de ce consciencieux et savant investigateur viendront bientôt justifier la vérité de ses assertions.

Dénombrement de la population de France en 1872.

Le JOURNAL OFFICIEL du dimanche 5 janvier donne un résumé succinct des résultats du recensement. On sait que cette opération, qui doit être quinquennale, a été retardée pour cette fois d'une année, à cause de la grande perturbation apportée, en 1871, dans les conditions de population et de territoire. Il est à espérer que la prochaine période ne comprendra que quatre années pour rendre, autant que possible, la périodicité

régulière à cette enquête, et la faire rentrer dans les termes où elle a fonctionné jusqu'à présent.

Il y avait là deux questions différentes à envisager; et le document officiel s'en est tiré avec toute l'exactitude possible. Il fallait, en effet, déterminer d'abord la perte opérée sur la population française par la cession des territoires. Mais il fallait surtout constater si, cette perte mise à part, il y avait eu accroissement ou amoindrissement dans les chiffres.

Le rapport de M. le ministre de l'intérieur établit que les parties cédées (1689 communes) comportaient 1 597 238 habitants. Relativement à la population de 1866, 38 067 094, la perte est de 42 pour 1000, presque 1/20e.

Mais on constate, ce qui est tout aussi fâcheux, une diminution dans la population, telle qu'elle existe sur le territoire conservé. Ainsi, le chiffre du recensement étant relevé pour 1866 dans cette partie qui nous reste, le chiffre de 1872 constate une perte de 369 110 habitants que le Rapport attribue à la guerre, aux épidémies varioliques, au ralentissement du nombre des mariages et à un excédant des décès sur les naissances. Ces faits nous seront sans doute donnés avec tout leur détail, c'est-à-dire avec leur explication, par la statistique générale de France, et nous pourrons les examiner à loisir. On annonce du reste l'insertion d'autres tableaux plus développés au Bulletin des lois.

Un travail fort intéressant de M. T. Loua, inséré au JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE STATISTIQUE, a donné les proportions annuelles d'accroissement de la population, par périodes décennales, depuis le commencement du siècle. Il résulte de ces chiffres que cet accroissement est moindre depuis 1831, bien que le nombre des mariages soit plus élevé. La proportion des naissances a diminué, il est vrai, mais celle des décès a diminué aussi, et dans les mêmes proportions. Si une conclusion pouvait ressortir de cette étude, on la trouverait plutôt dans une diminution de la *fécondation* plutôt que dans une diminution de la *fécondité*.

Du reste, si l'on examine les chiffres donnés en 1866 et ceux du document officiel d'aujourd'hui, on trouve une proportion un peu plus élevée de mariés pour 1872; il y avait, en 1866, 15 416 096 mariés pour les deux sexes, par conséquent le rapport 40,50 pour 100. En 1872, on a 14 672 606 mariés, soit, pour 36 102 921 de population, la proportion 40,65. Il ne semble donc pas que la matrimonialité ait souffert; quand la natalité sera connue, elle aura peut-être quelque importance, bien que l'influence des événements de 1871 puisse encore être considérée comme une cause d'incertitude.

Un fait, qui serait assez singulier en temps ordinaires, mais qui s'explique par les pertes de la guerre, c'est la différence considérable de la diminution dans les deux sexes. Pour la population mâle, il y avait déjà, en 1866, un chiffre inférieur de 38 916 à la population féminine, soit 1 pour 1000. En 1872, il y a une différence de 141 969 hommes, soit 3,93 pour 1000. Cette différence de près de 3 est-elle le coefficient de l'état de guerre?

Ce sont à peu près là les seuls renseignements fournis par ce rapport, qui ne pouvait guère être plus détaillé dans un journal quotidien. Les proportions par départements sont sans intérêt, en l'absence des faits complémentaires et explicatifs. Il faut attendre les publications du ministère de l'agriculture et du commerce, qui seront tout à fait démonstratives.

C. ÉLY.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ. — LEÇONS SUR LES URINES, faites par le docteur BOUCHARD, agrégé, suppléant du professeur BOUILLAUD.

(Deuxième leçon.)

Messieurs, je vous ai indiqué précédemment l'origine des matières qui entrent dans la composition des urines. Prenons aujourd'hui les urines toutes constituées, c'est-à-dire la solution aqueuse des matériaux solides qui ont plus particulièrement appelé notre attention. Nous pourrons connaître ces matières et leur rapport avec la masse totale du liquide; nous ne saurons que fort peu de chose sur la signification des urines, si nous n'avons pas la notion de la quantité d'urine éliminée dans un temps donné. Je dois donc étudier tout d'abord la quantité des urines.

Quantité des urines. — Cette étude a été bien longtemps négligée. Les anciens ne se préoccupaient que de l'aspect et de la coloration des urines, et parmi les auteurs modernes, j'en pourrais citer plusieurs qui n'abordent pas l'étude de la quantité. Aujourd'hui l'on ne se borne pas à rechercher la composition d'un litre d'urine, on veut connaître la quantité de chaque matière éliminée en vingt-quatre heures. Pour pouvoir faire une étude fructueuse de l'urine, il faut donc recueillir tout ce qui a été sécrété dans une période d'un jour. C'est la première difficulté que nous rencontrons et, dans la pratique, ce n'est pas la moindre. On dit généralement que cela ne peut se faire qu'à l'hôpital, et vous avez cependant pu voir ce qu'il nous a fallu d'obstination pour l'obtenir ici, même très-irrégulièrement.

Il est impossible de donner par un chiffre la quantité d'urine évacuée par l'homme en vingt-quatre heures. L'âge, le sexe, la taille, le poids, les habitudes, l'alimentation, les boissons, les saisons, l'activité sécrétoire de la peau ou du tube digestif, sont autant de conditions qui font varier la quantité des urines. Nous pouvons donc tout au plus nous borner à la recherche de cette quantité pour l'adulte de taille et de poids moyens, dans les conditions habituelles de l'alimentation et de l'activité musculaire.

Becquerel a donné comme moyenne chez l'homme, de 1200 à 1300 grammes, chez la femme 1300 à 1400. M. Gubler estime que la variété quotidienne oscille entre 1200 et 1500 centimètres cubes. Les limites normales seraient pour Vogel de 1400 à 1600 centimètres cubes. M. Hepp, de Strasbourg, qui nous a donné des tableaux de l'urine normale que l'on consulte toujours avec fruit, adopte 1500 centimètres cubes comme chiffre moyen. La quantité qui est le plus généralement adoptée est de 1350 centimètres cubes. C'est là une moyenne qui, même à l'état normal, est sujette à de très-grandes variations. Je ne reviendrai pas sur toutes les causes de variation que j'indiquais tout à l'heure. Je ne veux insister que sur deux d'entre elles. Pour une même quantité de liquide, il est des boissons qui provoquent une diurèse plus considérable que d'autres. Je citerai le café, le vin de Champagne, certaines bières, et une boisson alimentaire, le lait. Les saisons ont peut-être une influence moins grande qu'on ne l'admet généralement. Pendant l'été, la transpiration cutanée plus considérable tend à diminuer la masse des urines; mais les boissons, qui sont prises en plus grande abondance, ont pour effet de rétablir l'équilibre. Mais si l'on fait violence à ses appétits, où si l'on s'y livre sans résistance, les urines deviennent plus rares ou plus abondantes que pendant l'hiver.

Plus l'urine est abondante, plus elle peut dissoudre de matières solides; mieux elle est capable de remplir son rôle de dépuration. Dans la filtration qui s'opère à travers le rein, le sérum qui abandonne une grande quantité d'eau doit

retenir moins de matières solides. Plus les urines sont rares, plus les matières solides qu'elles emportent à l'état de dissolution doivent se trouver près de leur point de saturation; plus, par conséquent, la dépuration doit être incomplète. Qu'une urine peu chargée soit abondante ou qu'une urine rare soit très-chargée, il pourra se faire que dans les deux cas une même quantité de matière solide soit entraînée. Mais la chose n'est pas indifférente au point de vue de la dépuration. Il est probable que, dans le premier cas, le sang sera pour ainsi dire mieux lavé, et que dans le second il restera plus chargé d'impuretés.

Les variations physiologiques de la quantité des urines ne sont rien auprès de ce que peut produire l'état pathologique. Dans les différentes espèces de diabète, vous pourrez voir des quantités énormes, jusqu'à 30 litres, rendus dans les vingt-quatre heures. Dans les fièvres, dans l'albuminurie, dans quelques cas de goutte, chez quelques hystériques, vous pourrez n'obtenir dans toute une journée que 300 ou 400 centimètres cubes, souvent moins. Dans le choléra, dans certaines diarrhées cholériformes, dans quelques cas de goutte ou d'hystérie, la sécrétion urinaire pourra être totalement suspendue.

Pour obtenir les urines des vingt-quatre heures, il est indispensable de prendre une précaution que l'on néglige trop souvent. Au moment où l'on commence l'expérience, on doit faire uriner le malade, et les urines qu'il rend à ce moment sont rejetées. Le lendemain, à pareille heure, on le fait uriner et ces urines sont gardées. On garde de plus toute l'urine qui est rendue dans l'intervalle de ces deux mictions. Toutes ces urines mélangées sont mesurées dans une éprouvette graduée, d'une capacité d'au moins 2 litres, divisée en centilitres. Il est encore une recommandation bien simple en apparence et qu'il est prudent de ne pas négliger : c'est que les malades devront toujours uriner avant de se présenter à la garderobe.

Densité des urines. — La densité de l'eau distillée étant 1000, les urines auront toujours une densité supérieure à 1000: car elles ne sont que de l'eau qui tient en dissolution des matières solides, et plus ces matières seront abondantes, plus la densité sera élevée. La densité donne donc déjà une présomption sur la richesse des urines en matières fixes, et c'est là seulement ce qui fait l'intérêt de la recherche de la densité au point de vue clinique. Avant tout, il faut savoir ce qu'est cette densité à l'état normal. Ce que nous avons dit de la variabilité de la quantité des matières qui constituent les urines est bien de nature à nous faire supposer que, même à l'état normal, la densité de l'urine varie incessamment chez le même individu. On ne peut arriver à une donnée de quelque valeur que si l'on prend la quantité des urines sécrétées dans les vingt-quatre heures. Là encore, il est impossible de donner un chiffre fixe invariable, on ne peut se proposer de rechercher qu'une moyenne. Ce chiffre varie lui-même suivant les auteurs. Becquerel a donné 1017. M. Gubler et ses élèves indiquent pour l'état normal des chiffres qui varient de 1015 à 1030. Vogel adopte 1020. M. Hepp s'est arrêté à 1018. Le chiffre que nous adoptons comme indiquant la moyenne des densités de l'urine des vingt-quatre heures chez les individus adultes bien portants, qui prennent une alimentation ordinaire et se livrent à un exercice corporel régulier, est 1019.

Plus les urines sont abondantes, nous l'avons dit, plus elles sont capables d'emporter de matériaux solides, plus elles peuvent par conséquent produire une dépuration convenable du plasma sanguin. D'autre part, plus la densité des urines est élevée, plus elles emportent de matériaux solides, mais on ne peut pas ajouter : plus aussi elles accomplissent complétement cet acte de dépuration qui est dévolu à la fonction urinaire. Quelle que soit la spécialité ou si l'on veut l'autonomie de l'activité du rein, on comprend qu'il doit toujours y avoir cependant une relation entre la composition des liquides qui sont de chaque côté du filtre. Si les urines sont très-denses, il doit encore rester dans le sang beaucoup de matières à éliminer.

A l'état pathologique, la densité moyenne de l'urine de vingt-quatre heures peut être inférieure ou supérieure à la normale. Dans la polyurie simple ou même dans l'azoturie, dans l'anémie, chez les malades qui ont eu des accès hystériques ou des crises syncopales, dans l'albuminurie, la densité des urines reste au-dessous du chiffre habituel. Elle est au contraire augmentée dans l'état fébrile ; dans certains cas de dypepsie, de chlorose, d'azoturie ; elle devient parfois énorme dans le diabète sucré. On voit, d'après ces exemples, que la recherche de la densité ne manque pas d'un certain intérêt clinique. Mais je ne vais pas vous dire avec Ziegler que l'on peut faire des diagnostics avec l'aide exclusif de ce renseignement. Cette variation pathologique de la densité des urines a ses limites ; on ne voit jamais le chiffre marqué au densimètre inférieur à 1002 ou 1003. Si l'on peut admettre avec Nebauer que toute urine dont la densité dépasse 1030 est pathologique, je ne puis pas admettre avec cet auteur un maximum de 1040. Je ne puis même admettre avec M. Bouchardat que toute urine dont la densité dépasse 1040 est une urine sucrée. J'ai vu dans certains cas de chlorose l'urine atteindre 1045 au densimètre sans qu'il y eût trace de glycosurie. Quant aux urines sucrées leur densité peut être encore beaucoup plus élevée; M. Bouchardat l'a vue monter jusqu'à 1074.

Si la densité des urines n'a pas à elle seule une grande signification au point de vue de la dépuration accomplie par le rein, il n'en est pas de même quand on peut y joindre la connaissance de la quantité des urines. Quand l'organisme est dans l'état normal, quand on peut admettre que le sang est maintenu dans un état de pureté qui ne subit que de légères variations, on trouve une sorte de balancement entre la quantité des urines et leur densité. Pendant le jour, en même temps qu'elles sont plus abondantes, on les trouve moins denses. Pendant la nuit, en même temps qu'elles sont plus rares, elles deviennent plus denses. Quand par le fait de l'abondance des boissons les urines sont très-copieuses, leur densité est très-faible, et comme je le disais tout à l'heure, on trouve souvent, même à l'état pathologique, dans le cas de polyurie, une semblable relation. Chez les individus qui boivent très-peu, surtout chez ceux qui résistent à la soif pendant les grandes chaleurs, alors que la peau fonctionne énergiquement, la densité est très-élevée, et l'on trouve qu'il en est de même dans l'oligurie fébrile. Mais quand les urines, très-abondantes, éliminent une substance étrangère comme le sucre, leur densité peut être élevée malgré leur abondance. Quand la sécrétion rénale est diminuée en même temps que toutes les fonctions de nutrition sont entravées, quand il y a une sorte d'arrêt de la désassimilation comme dans certains cas d'hystérie, on peut avoir des urines très-peu denses quoique très-rares, et de même, quand une altération du rein oppose un obstacle à la filtration, les matières solides rencontrant une résistance plus considérable encore que l'eau, on obtient encore des urines à la fois peu abondantes et peu denses; c'est ce que l'on rencontre dans certains cas d'albuminurie, mais non dans tous : car le rein peut laisser filtrer l'albumine sans être tenu pour cela d'opposer une plus grande résistance au passage de matières normales.

En tenant compte de ces particularités exceptionnelles, on peut dire approximativement que quand les urines sont rendues en quantité normale, la perte subie par l'organisme est normale si la densité est normale, la perte est faible si la densité est faible, la perte est considérable si la densité est élevée. On n'a pas voulu se contenter de cette impression générale qui peut résulter pour l'observateur de la constatation de ces deux éléments, quantité et densité. On a voulu arriver à l'aide de ces seuls moyens à une estimation plus exacte de la masse totale des matières fixes des urines. On a prétendu que la densité pouvait renseigner avec une certaine précision sur le chiffre des matières solides contenues dans un litre d'urine.

Quelle que soit ma répugnance à vous livrer un procédé qui est d'une inexactitude flagrante, je dois cependant reconnaître que dans un assez grand nombre de cas le moyen empirique que je vais vous indiquer donne des résultats qui ne s'écartent pas beaucoup de la vérité. Mais dans un certain nombre de cas, ce moyen vous induira en erreur, et quand vous vous tromperez, il ne vous donnera pas le moyen de savoir si l'erreur est faible ou considérable. Ce procédé n'est d'ailleurs applicable qu'aux urines qui ne sont pas sucrées.

Becquerel, F. Simon, G. Bird, et plusieurs autres ont dressé des tables où l'on trouve en regard la densité des urines et le poids des matières fixes contenues dans un litre. Les divergences considérables que vous constaterez entre les chiffres donnés par ces divers auteurs suffiront à vous convaincre qu'on doit tenir ces tables en singulière défiance.

Trapp dit que si l'on multiplie par 2 le nombre formé par les deux derniers chiffres du nombre qui indique la densité d'une urine, le produit indique approximativement la quantité des matières solides contenues dans un litre de ces urines. Si la densité d'une urine est de 1019, un litre de cette urine contiendra deux fois 19 grammes. Pour obtenir ce multiplicateur 2, qui a été admis non-seulement par Trapp, mais aussi par Knaupp et par M. Bouchardat, on divise le chiffre, connu par un autre procédé, des matières solides contenues dans un litre d'urine par le nombre que forment les deux derniers chiffres du nombre indicateur de la densité. Pour une urine contenant par litre 42 grammes de matières solides, chiffre obtenu par la balance après évaporation, et marquant 1021 à l'aréomètre, le chiffre empirique sera 2. Quand on fait ce calcul pour un grand nombre d'urines non sucrées, on arrive à des chiffres différents, mais qui d'ordinaire ne s'en écartent pas très-sensiblement. La moyenne de ces différents chiffres ainsi obtenus sera le multiplicateur empirique auquel on devra avoir recours.

Haser a obtenu comme moyenne non pas 2, mais 2,33; Christison, 2,30; Henry, 2,58. M. Jaccoud adopte 2,16, mais je ne crois pas que ce soit le résultat de nouvelles pesées et de nouveaux calculs, je crois qu'il a pris simplement la moyenne entre le chiffre de Trapp et le chiffre de Haser. Je rappellerai le chiffre beaucoup trop faible de 1,65 donné autrefois par Becquerel.

Je n'ai pas à vous indiquer un choix à faire entre ces différents multiplicateurs, tous inexacts; je vous dirai seulement que si vous employez celui auquel on a le plus souvent recours et qui a été adopté par Neubauer, le chiffre de Haser, 2,33, vous arriverez souvent à des estimations qui ne s'écarteront pas de la vérité de plus d'un dixième en plus ou en moins, mais que dans certains cas l'erreur sera de plus d'un quart. Ces limites de l'erreur, qui ont été indiquées par Vogel, ne sont pas exagérées. En appliquant le calcul aux chiffres que j'avais trouvés dans un grand nombre d'expériences comme indiquant le poids réel des matières solides contenues dans 1 litre d'urine, j'ai trouvé que le multiplicateur aurait dû être 3 dans quelques cas et que parfois il aurait été seulement 1,6; de sorte que si le poids calculé avec le multiplicateur habituel 2,33 avait été 100, le poids réel était dans quelques cas 128 et dans d'autres 69. Quand on fait usage d'une méthode capable de conduire à des erreurs aussi énormes, il y a quelque puérilité à chercher à la rendre rigoureuse par l'usage des tables de correction des densités suivant les différentes températures. S'il vous arrive d'employer le multiplicateur empirique pour faire l'estimation des matériaux solides des urines, sachez que vous vous exposez toujours à une erreur qui serait à peine atténuée par cette précaution.

C'est donc par la méthode directe, par la méthode des pesées qu'on doit chercher le chiffre des matières fixes des urines. C'est un procédé de laboratoire qui n'entraîne pas une notable perte de temps, mais qui exige l'emploi d'une balance de précision; il entrera donc difficilement dans la clinique ordinaire. Nous y avons recours dans la plupart des cas. 10 centimètres cubes d'urine recueillie à l'aide d'une pipette à volume fixe sont évaporés au bain-marie. Pendant que l'évaporation s'opère, on procède aux autres dosages dont j'aurai à vous parler plus tard. Après l'évaporation, la capsule qui renferme le résidu solide est portée sur la balance et pesée : cette capsule étant tarée, on connaît le poids des matières fixes de 10 centimètres et par conséquent de 1 litre d'urine, et connaissant la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures, on sait combien le malade a perdu de matières solides en un jour. Ce n'est pas là un procédé très-rigoureux. Quand les urines sont riches en matières organiques, surtout en matières extractives, l'évaporation sur l'eau bouillante ne produit pas une dessiccation absolument complète, et nous sommes quelquefois obligé de laisser ce résidu pendant vingt-quatre heures dans le vide de la machine pneumatique, au-dessus d'une cuvette d'acide sulfurique. Si cette précaution nous met à l'abri d'une erreur par excès, il peut se faire que l'on ait une erreur par défaut. En effet, quand l'urine se condense sur le bain-marie, il arrive un moment où l'urée se trouve dans une solution saturée de phosphate acide à 100 degrés, or dans ces conditions l'urée se décompose en acide carbonique et en ammoniaque. On a imaginé un appareil très-précis, mais assez compliqué, pour apprécier la perte toujours minime dont je viens d'indiquer la causes. Nous n'employons jamais cet appareil, dont vous trouverez la description de Neubauer, car il ne me paraît pas mettre totalement à l'abri d'une autre cause d'erreur, celle qui résulte de l'élimination des acides volatils odorants.

On n'est pas encore exactement fixé sur le poids des matières fixes des urines, soit dans un litre, soit dans les vingt-quatre heures à l'état de santé chez l'homme de taille et de corpulence moyenne, et dans les conditions habituelles d'alimentation et d'activité musculaire. D'après Hepp ce poids serait d'environ 33 grammes par litre et de 56 grammes par jour. Toutes choses égales d'ailleurs, la taille et le poids de l'individu, sans modifier notablement le poids des matières solides d'un litre, peuvent faire varier beaucoup le poids des matières solides rendues en vingt-quatre heures. J'étais arrivé, à une époque où je ne poussais peut-être pas assez loin l'évaporation, à cette opinion que 1 kilogramme du poids du corps subit en vingt-quatre heures une perte de près de 1 gramme de matières solides. J'étais arrivé, d'autre part, à penser que l'on peut obtenir le chiffre des matières solides éliminées en vingt-quatre heures en multipliant par 37 la taille de l'individu, le mètre étant considéré comme l'unité. Or, ces chiffres sont presque identiques avec ceux de Vogel, qui dit que 100 kilogrammes éliminent par heure 4^{gr},1, ce qui ferait pour 1 kilogramme et en vingt-quatre heures 0^{g},984; qui dit d'autre part que le corps pour 100 centimètres de taille élimine par heure 1^{gr},5, ce qui ferait par jour et par mètre 36 grammes. Malgré cette concordance à peu près parfaite, je me défie aujourd'hui de ces chiffres et je les considère comme exagérés. Il serait fort utile que de nouvelles recherches fussent entreprises dans ce sens, que pour chaque sexe et pour chaque âge de la vie on pût dresser des tableaux indiquant en regard du poids et de la taille le chiffre des matières solides éliminées en vingt-quatre heures. Ce n'est pas tout, il faudrait, pour que ces tableaux eussent un véritable intérêt au point de vue médical, que le chiffre des matières fixes excrétées fût donné non-seulement quand l'individu est sain et dans l'état habituel d'alimentation et d'exercice musculaire, mais encore quand cet individu sain est à l'état de repos et d'abstinence. Si nous voulons, en effet, comparer l'état morbide à l'état physiologique, il faut qu'il n'y ait d'autre différence entre l'individu sain et l'homme malade que l'état de maladie. Or, on a le tort de comparer presque toujours les urines d'un pneumonique ou d'un malade atteint de fièvre typhoïde, l'urine d'individus qui restent couchés et qui ne mangent pas à celle de l'homme sain qui se nourrit suivant son appétit et qui par l'exercice provoque une notable dénutrition de ses muscles. Cette recherche de l'élimination des matières fixes chez l'individu sain à l'état de repos et d'abstinence peut être faite facilement chez les animaux, il est bien

difficile de la réaliser chez l'homme. Je vous signalerai ultérieurement quelques essais que j'ai fait dans ce sens. A l'état pathologique, le poids des matières fixes est augmenté dans le diabète sucré, où il peut devenir énorme; dans le diabète insipide, où il est parfois considérable; dans certains cas de dyspepsie et, comme je me réserve de vous le démontrer, contrairement à l'opinion généralement admise, dans la chlorose. Dans l'immense majorité des cas pathologiques le chiffre des matières fixes est diminué non pas pour 1 litre, mais pour les vingt-quatre heures; tout au plus atteint-il ou dépasse-t-il momentanément l'état normal à l'époque de la convalescence. Dans certains cas pathologiques, dans l'anémie moins qu'on ne le croit généralement, dans l'albuminurie, dans certains cas d'hystérie, il peut diminuer notablement pour atteindre zéro quand l'anurie s'établit.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie pratique.

Lésions syphilitiques tertiaires des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses. — Hydarthroses tertiaires, par le docteur Ar. Verneuil.

J'ai publié jadis, dans la Gazette hebdomadaire, une Note sur l'hydropisie syphilitique des synoviales tendineuses contemporaine des accidents secondaires. Ce petit travail a eu pour avantage de provoquer l'attention de mon excellent ami le docteur A. Fournier, qui, à son tour, a fait connaître des faits nombreux du même genre. La synovite tendineuse syphilitique a désormais sa place marquée dans la période secondaire de la vérole. Les accidents tertiaires des bourses séreuses sont, je crois, moins connus. Je viens d'en observer un cas bien concluant qui m'a remis en mémoire un autre fait de date très-ancienne. Je les publie tous les deux dans l'espoir que mes confrères feront sortir de leurs cartons ou de leur mémoire des observations semblables.

Ne devant pas sans doute reprendre de longtemps la plume sur ce sujet, je joins ici quelques autres cas, moins rares, d'hydarthrose syphilitique coexistant avec divers accidents tertiaire.

Obs. I. — *Tumeur gommeuse de la bourse séreuse située au devant de la tubérosité antérieure du tibia.* (Notes fournies par M. Lascoux, élève du service.) — Félix B..., trente-deux ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 22 août 1872, salle Saint-Augustin, n° 15.

Cet homme est d'une bonne constitution et n'a jamais fait de maladie grave. Il ne présente aucune trace de scrofule ni de rhumatisme.

En 1863, il contracte un chancre infectant sur la couronne du gland, à gauche du frein. On retrouve encore en ce point une légère induration. Le chancre mit trois mois à se cicatriser.

Le malade ne se rappelle pas quel traitement il suivit alors. Dans tous les cas, il ne s'est jamais soigné d'une façon régulière, bien qu'il dise avoir eu des plaques muqueuses à la gorge.

Aujourd'hui, il n'y a de traces d'accidents secondaires ni à la peau, ni aux muqueuses. Le malade est marié depuis six ans; sa petite fille, âgée de trois ans, se porte bien. B... travaille souvent à genoux; il y a quatre mois, pour la première fois, apparut à la partie antérieure du genou gauche une petite induration d'abord indolente, puis qui devint peu à peu sensible à la pression et s'accrut de manière à acquérir le volume d'un demi-œuf de poule. Des frictions diverses et un vésicatoire furent prescrits, mais sans résultats. C'est alors que B... entra à l'hôpital.

On constate à la partie antérieure et inférieure du genou gauche, juste au devant de la tubérosité antérieure du tibia, une tumeur hémisphérique, offrant à sa base un diamètre de 5 centimètres environ et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie de près de 3 centimètres. Cette tumeur, à contours très-nettement circonscrits, repose sur les parties dures et y adhère solidement; elle n'est point fluctuante, mais de consistance ferme et comme élastique.

La peau sus-jacente est épaissie, immobile, confondue avec la masse morbide, d'un rouge violacé; au côté externe existe une ulcération à bords taillés à pic et légèrement décollés, large de 7 à 8 millimètres, elle occupe toute l'épaisseur de la peau, mais son fond est masqué par une eschare d'un jaune grisâtre, molle et encore adhérente aux parties profondes.

Au reste, indolence presque complète à la palpation, douleurs spontanées à peu près nulles. A 1 centimètre de la tumeur, la peau reprend sa coloration normale, l'articulation du genou est saine. Aucun engorgement ganglionnaire dans l'aine.

Il n'y a de souffrances que dans les grands mouvements de flexion et quand le malade essaye de se poser directement sur le genou affecté.

Je fus frappé de l'aspect tout particulier de cette lésion, qui ne ressemblait ni à un phlegmon ordinaire, ni à un hygroma simple, ni à une exostose. L'ulcération avec eschare centrale, la coloration livide de la peau, l'indolence, la longue durée et la marche si lente du mal me firent songer aussitôt à une tumeur gommeuse et je la localisai sans hésiter dans la bourse séreuse sous-cutanée située au devant de l'insertion inférieure du tendon rotulien, parce qu'elle rappelait exactement par son siége, sa forme et son volume, les hygromas qu'on rencontre assez souvent en ce point. C'est alors que je recueillis par l'interrogation les renseignements donnés plus haut sur l'existence antérieure d'un chancre infectant. On pouvait d'ailleurs s'expliquer comment les pressions incessantes exercées en ce point par le fait du travail à genoux avaient suscité là une manifestation locale de la maladie constitutionnelle latente jusqu'alors. Ce n'est pas la première fois que l'on constate l'influence des irritations traumatiques fortes ou faibles sur l'apparition des accidents diathésiques circonscrits.

Ce diagnostic dictait naturellement le traitement qui fut ainsi formulé :

1° Application au point malade de bandelettes de sparadrap de Vigo, qui seront renouvelées tous les deux ou trois jours.

2° A l'intérieur, le traitement mixte, à savoir une pilule de 0,05 de protoiodure tous les matins et 1 gramme d'iodure de potassium le soir.

3° Enfin, le repos absolu au lit, le membre maintenu dans l'extension.

Les effets de ce traitement ne tardèrent pas à se faire sentir. L'eschare tomba au bout de quatre à cinq jours, laissant à nu une plaie qui avait tous les caractères de l'ulcération gommeuse.

La peau commença à pâlir et la tumeur à se ramollir et à décroître pendant quelques jours; on put croire que la tubérosité tibiale elle-même était gonflée et comme hyperostosée, mais il fut bientôt certain que les parties molles seules étaient le siége principal, sinon exclusif de la tuméfaction.

Au bout de trois semaines, la guérison était presque complète, l'ulcération était cicatrisée, la peau avait repris en grande partie sa couleur normale, les mouvements de flexion étaient à peine gênés. B... me demanda à sortir et à terminer la cure chez lui. Je lui recommandai de continuer le traitement interne pendant deux mois encore et à faire sur le point malade des badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode.

Ce fait démontre, ce me semble, la localisation dans les bourses séreuses de la syphilis tertiaire. Quant à la nature anatomique intime de cette lésion, on comprend que je n'en puis rien dire. S'agissait-il d'une exsudation solidifiée dans la cavité séreuse ou d'un épaississement de la paroi elle-même avec ou sans effacement de la cavité? Je ne saurais le dire; il faut attendre que l'inspection directe tranche ces questions, accessoires du reste au point de vue où je me place aujourd'hui.

Cette observation me remet en mémoire un cas curieux que j'avais vu au temps, bien éloigné déjà, où j'étais prosecteur.

J'avais soigné un étudiant en droit pour un chancre induré suivi de syphilis secondaire. Le traitement avait été mal suivi, et de nombreuses récidives s'étaient montrées pendant deux ou trois ans. Lorsque X... quitta Paris, il semblait cependant délivré. C'était d'ailleurs un garçon d'une rare vigueur et qui avait fort bien résisté à la maladie, au traitement et à des excès en tout genre.

Cinq années environ s'étaient écoulées depuis l'accident primitif, lorsque mon ami revint de province exprès pour me montrer une singulière affection. A la face interne de chaque genou existait une tumeur assez bien circonscrite en affectant une forme bizarre.

Elle était à peu près triangulaire. Le bord antérieur répondait à la crête du tibia; les deux autres bords, supérieur et inférieur, convergeaient l'un vers l'autre et se réunissaient en haut et en arrière, vers le condyle interne du fémur.

La tumeur faisait au-dessus des parties voisines une saillie de près de 2 centimètres. Elle était fixée au tibia, dont elle suivait les mouvements. Au reste, à peu près indolente, assez résistante, sans fluctuation, sans changement de couleur à la

peau. Elle déterminait à peine un peu de gêne dans la marche. Elle avait paru à la suite de plusieurs parties de chasse, c'est-à-dire de marches prolongées.

D'après les caractères indiqués, on ne pouvait songer ni à une hydropisie, ni à un abcès, ni à une exostose, ni à une ostéite. La situation et la forme des tumeurs me fit penser que la lésion siégeait dans la bourse séreuse de la patte d'oie, et la symétrie m'inspira l'idée qu'il s'agissait d'une manifestation syphilitique, bien qu'en ce moment aucun autre point du corps n'offrît la moindre trace de la maladie constitutionnelle.

Je portai donc le diagnostic un peu hasardé d'*hypertrophie fongueuse tertiaire de la bourse séreuse de la patte d'oie.*

J'engageai X... à voir M. Ricord et à lui soumettre mon opinion, que l'éminent syphilographe voulut bien accepter.

En conséquence, je prescrivis, *loco dolenti*, les frictions mercurielles, et à l'intérieur l'iodure de potassium à doses assez fortes; enfin le repos, qui ne fut guère observé. Les effets du traitement se manifestèrent promptement : en quatre ou cinq semaines la tuméfaction avait disparu, et il ne restait point de traces de ce singulier gonflement.

J'ai quelque idée d'avoir vu un troisième cas du genre des précédents. Il s'agissait d'une femme dont le corps présentait en maint endroit des cicatrices anciennes de syphilides ulcéreuses graves. Elle vint me consulter pour une ulcération unique, assez récente, bien circonscrite, indolente, offrant tous les caractères de la plaie gommeuse, et qui occupait exactement le point de la peau qui recouvre la saillie de l'épitrochlée. L'articulation du coude était intacte, et cependant l'apophyse était à nu au fond de l'ulcère. Celui-ci était venu sans douleur, par le ramollissement et l'ouverture d'une petite tumeur bien limitée qui avait mis plusieurs semaines à *percer*. C'est sans doute dans la petite bourse séreuse, normale en ce point, que la gomme s'était développée.

Je n'ai pas fait suffisamment de recherches bibliographiques pour affirmer que d'autres chirurgiens n'ont pas déjà fait connaître des cas analogues aux précédents; toutefois, je crois qu'ils sont rares et méritaient d'être décrits. Au reste, leur constatation n'étonnera personne de ceux qui savent bien qu'aucun organe, qu'aucun tissu n'échappe à l'action de la syphilis. Reste à savoir pourquoi cette maladie porte de préférence sur telle ou telle partie de l'organisme et dans une proportion si inégale que certains viscères, comme la mamelle, l'ovaire, l'utérus, n'en sont presque jamais atteints. Sans doute ce pourquoi nous restera longtemps encore inconnu, mais c'est une raison de plus pour enregistrer avec soin toutes les formes insolites de la vérole et pour compléter autant que possible le tableau de ses manifestations. La présente note n'a pas d'autre prétention.

L'existence des arthropathies syphilitiques n'est mise en doute par personne; mais les observations ne sont pas toutes concluantes et ne distinguent pas toujours assez nettement le point de départ anatomique de la lésion. Les deux faits suivants ont trait à des hydarthroses sans lésion osseuse épiphysaire et survenant à la période tertiaire, ou du moins s'accompagnant d'accidents tertiaires.

Obs. II. — *Hydarthrose syphilitique.* — Un garçon de vingt-quatre ans entra dans mon service au mois d'avril de cette année pour une hydarthrose du genou gauche. Le mal datait d'une quinzaine de jours : il était survenu sans cause appréciable, ni fatigues, ni chute, ni contusion, ni refroidissement, ni rhumatisme. La douleur était nulle, les mouvements à peine gênés. Il y avait seulement un peu de faiblesse. En examinant la face interne du tibia du même côté, je remarquai une tuméfaction notable que le malade n'avait pas aperçue, bien que de temps en temps et tout récemment encore il ressentît des douleurs en ce point. Sur l'autre jambe, on constatait des cicatrices arrondies, brunâtres, indice certain de syphilides ulcéreuses guéries. Le malade niait la syphilis et reconnaissait seulement avoir eu un *échauffement* plusieurs années auparavant.

Je n'opposai à l'hydarthrose aucun traitement local, bien qu'elle fût assez considérable. Je n'imposai pas même le repos absolu de la jointure si indispensable à la cure de cette affection. Je me contentai d'instituer le traitement mixte : protoiodure le matin, iodure de potassium le soir. En moins de dix jours, l'hydarthrose avait presque disparu. Le malade sortit après vingt jours de traitement tout à fait guéri de son épanchement. Les douleurs vagues du tibia avaient également cessé.

Le diagnostic posé dès le premier jour se trouva donc justifié. Il s'agissait en réalité d'une hydarthrose contemporaine des accidents tertiaires.

On pourrait croire que l'hydropisie articulaire résultait de la propagation jusqu'à la synoviale de l'ostéite du tibia. Je ferai remarquer que cette ostéite était très-légère, localisée dans les couches superficielles de l'os, située à plus de 12 centimètres de la jointure et séparée d'elle par l'épiphyse supérieure du tibia tout à fait saine et encore distincte de la diaphyse à cet âge.

Obs. III. — *Gomme suppurée extra-articulaire. Hydarthrose considérable du genou. Tumeurs lymphatiques de la cuisse.* (Notes fournies par M. Roulion, élève du service.) — M..., vingt-six ans, journalier, entre le 5 septembre 1872, salle Saint-Louis, n° 1, à l'hôpital Lariboisière. Cet homme est de stature moyenne, d'une constitution robuste et n'a jamais eu de graves maladies.

Plusieurs blennorrhagies avant vingt ans; en 1865, chancre mou rapidement guéri; en 1867, chancre infectant, inoculation négative, plus tard roséole. Séjour de deux mois à l'hôpital du Midi; traitement nul pendant ce séjour et depuis aucun accident secondaire dans les années suivantes. M... se considérait comme guéri. Il y a seize mois environ, le genou droit devint malade, la tuméfaction aurait commencé par le côté interne, au niveau du condyle fémoral. Peu à peu, elle s'est étendue et a fini par envahir la région tout entière. Jamais il n'y a eu de douleurs vives, mais seulement de la roideur, de la faiblesse et de la fatigue à la suite de la marche ou du travail.

Il y a un mois environ, une plaque d'un rouge violacé s'est montrée au côté externe de l'articulation, et, en moins de quinze jours, elle s'est tuméfiée, ramollie et ulcérée; c'est alors que M... s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous constatons : Genou droit considérablement tuméfié, sa circonférence mesure 50 centimètres; le gonflement occupe toute la région articulaire, mais remonte surtout en haut vers le cul-de-sac supérieur de la synoviale sans être exactement limité à ce niveau.

On reconnaît sans peine une collection liquide dans la jointure; la fluctuation et même la sensation du flot sont très-marquées; la rotule est fort éloignée des condyles et très-mobile latéralement; la mollesse extrême de la tumeur indique que la synoviale est distendue et non épaissie, ni fongueuse.

Au côté externe de la jointure, au niveau du condyle du fémur, ulcération irrégulière de l'étendue d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic, un peu déchiquetés et décollés, comprenant toute l'épaisseur de la peau; ses bords sont violacés, livides; le fond est inégal, recouvert d'une pulpe grisâtre, de débris sphacélés et adhérents et d'un pus mal lié et sanguinolent; la peau, vers la partie supérieure de l'ulcère, est décollée dans l'étendue de 4 à 5 centimètres; la pression fait sortir de cette arrière-cavité un pus mélangé de détritus mortifiés. La coloration livide du tégument ne se montre qu'au niveau du clapier et dans une zone de 15 à 20 millimètres autour de l'ulcère; partout ailleurs, sur le reste de la tumeur, le tégument a sa coloration normale, sauf en dedans, où un large vésicatoire a été précédemment appliqué.

Au reste, indolence complète, nulle douleur au toucher ni quand on presse les surfaces articulaires les unes contre les autres. Le genou est dans l'extension complète, mais on peut le fléchir à angle droit; au delà, on provoque une tension incommode à la partie antérieure du genou.

Il était facile de reconnaître dans l'ulcération tous les caractères d'une gomme sous-cutanée, ramollie et ulcérée; elle s'était développée dans le tissu conjonctif sous-cutané, mais heureusement restait séparée de la synoviale par l'aponévrose *fascia lata*, très-épaisse, comme on le sait, dans cet endroit.

Les ganglions inguinaux n'étaient pas gonflés, mais en revanche, en remontant vers le pli de l'aine, on trouve sous la peau, saine du reste, et à des distances variables, trois masses aplaties, indurées, allongées, irrégulières, d'une longueur variant entre 2 et 3 centimètres et qui paraissent adhérer aux muscles sous-jacents, car mobiles dans le repos du membre, elles deviennent fixes au contraire quand on fait contracter le triceps ou qu'on distend ce muscle par la flexion de la jambe.

Ce sont probablement des gommes à l'état de crudité. Peut-être s'agit-il de ces lymphomes syphilitiques que j'ai décrits dans un autre travail, sous le nom de *lymphangiome tertiaire* (*Tumeurs gommeuses de la région inguinale*, in *Arch. génér. de médecine*, oct. 1871). La plus volumineuse de ces tumeurs est assez rapprochée de l'ulcération; elle occupe la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse.

L'état général du malade est excellent : toutes les fonctions s'accomplissent à merveille, en aucun point du corps ne se trouve une manifestation quelconque de la syphilis. Cependant, le diagnostic me paraît évident et j'institue sur-le-champ le traitement suivant :

Injections détersives quotidiennes dans le foyer de décollement et pansement de l'ulcération avec l'emplâtre de Vigo ; immobilisation complète du membre dans une gouttière pour conjurer autant que possible le danger de l'ouverture secondaire de la synoviale ; badigeonnages du reste du genou avec la teinture d'iode.

A l'intérieur, pilule de protoiodure de 5 centigrammes tous les matins, et le soir 1 gramme d'iodure de potassium, alimentation substantielle.

Au bout d'une semaine, l'amélioration est très-marquée. Le décollement diminue, le pus devient homogène et de bonne nature, la plaie est recouverte de bourgeons charnus roses et vivaces, l'épanchement articulaire diminue sensiblement.

Le 1er octobre, la plaie, presque tout à fait comblée, présente à peine les dimensions d'une pièce de 1 franc. La teinte livide des bords est effacée, les tumeurs sous-cutanées de la cuisse tendent à disparaître ; la circonférence du genou, au niveau du bord supérieur de la rotule, n'est plus que de 38 centimètres. Malgré mes représentations, le malade, ennuyé du repos au lit et s'imaginant que tout danger est fini, quitte l'hôpital.

Ce fait présente de curieux la coexistence en une même région de deux lésions bien distinctes, l'hydarthrose et la tumeur gommeuse. Il est difficile de déterminer quelle influence elles ont eu l'une sur l'autre. On pourrait croire que l'hydropisie a eu pour cause l'irritation de voisinage provoquée par la gomme, mais celle-ci ne s'est montrée que très-tardivement, quinze mois après le début du gonflement articulaire, lequel d'ailleurs a envahi tout d'abord le côté opposé de la jointure. Comme dans l'observation précédente, l'hydarthrose est donc née directement sous l'influence de la syphilis, et peut-être faut-il lui rapporter la détermination locale de l'éruption gommeuse. Quoi qu'il en soit, les deux lésions étaient de même nature, car elles ont cédé simultanément et rapidement au traitement spécifique.

Je termine en relatant un fait très-évident d'hygroma survenu à la période secondaire.

Obs. IV. — *Hygroma syphilitique.* — X..., quarante-huit ans, compositeur d'imprimerie, vient me consulter en juillet 1872 pour une tumeur située à la face postérieure du coude gauche. C'est un hygroma des mieux caractérisés, du volume d'un demi-œuf de poule, indolent, insensible à la pression, qui s'est montré depuis une semaine environ et sans aucune cause appréciable.

Le malade n'accuse qu'un léger mal de gorge et une sensation de fatigue générale. Je découvre sans peine les signes d'une angine syphilitique secondaire, et sur le tégument général les traces d'une roséole en voie de disparition. La verge présente encore l'induration d'un chancre infectant cicatrisé depuis un mois.

Je diagnostique un hygroma spécifique. Je prescris le traitement mercuriel sans m'occuper de la collection séreuse. Le malade vient me revoir le 26 août, après un mois de traitement. L'hygroma a disparu, il ne reste plus en ce point qu'un peu d'épaississement de la peau.

Chimie médicale.

Application de la spectroscopie a l'analyse des eaux minérales. Recherches spéciales sur les eaux minérales de Vals (source Madeleine), démontrant la présence du lithium et du potassium. Note présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 23 décembre 1872, par M. le docteur M. Gariel, agrégé à la Faculté de médecine.

Les procédés que la physique met à notre disposition pour étudier la nature des métaux qui entrent dans une combinaison ou dans un mélange sont au moins aussi sensibles que ceux que les chimistes mettent en œuvre dans leurs laboratoires. De nombreux faits ont été fréquemment relatés depuis une dizaine d'années qui montrent l'extrême sensibilité de la méthode de recherche désignée sous le nom de *spectroscopie*. Il nous semble inutile d'insister sur ce point; cependant il n'est pas hors de propos de rappeler que c'est à l'emploi de cette méthode que l'on doit d'avoir pu signaler la présence du sodium dans presque tous les corps, dans la poussière, dans l'air, ainsi que celle du lithium, qui se rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pensait. Disons aussi que, empiétant sur le domaine de la chimie, cette méthode a démontré l'existence de métaux jusqu'alors inconnus, le thallium, le rubidium, le cæsium,... que l'on a pu isoler ensuite en quantités assez considérables pour étudier leurs propriétés. Il n'est pas inutile d'indiquer que c'est l'étude des eaux minérales de Durkheim qui conduisit MM. Bunsen et Kirchhoff à la découverte du cæsium.

L'analyse spectroscopique a donné des résultats intéressants et fort inattendus. Elle a montré l'existence du sodium dans toutes les expériences faites. Les composés de ce métal semblent être les plus répandus de tous les corps; la poussière qui flotte invisible dans l'air qui nous entoure en contient toujours; il est presque impossible d'obtenir le spectre d'une flamme quelconque qui ne contienne pas la raie jaune caractéristique du sodium. Un autre corps que l'on croyait rare, le lithium, se présente également très-fréquemment dans les recherches de ce genre, et il semble presque qu'il suffise de le chercher pour le rencontrer.

Les applications de la spectroscopie sont assez nombreuses maintenant. Les expériences sont faciles à faire; les appareils, peu coûteux, sont d'un maniement facile ; aussi les physiologistes ont employé cette méthode à diverses reprises. Il serait, sans aucun doute, possible d'en étendre encore les applications, et par exemple l'étude des eaux minérales, leur analyse qualitative, ou plutôt la recherche des métaux qu'on y rencontre, nous paraît devoir entrer dans la pratique. Les résultats obtenus par MM. Bunsen et Kirchoff assurent de l'excellence du procédé. Il était intéressant de savoir si avec un appareil de petite dimension, et par des expériences très-simples, on pouvait arriver à des données nettes et précises. C'est M. le professeur Gavarret qui nous suggéra cette idée. Les expériences ont été faites à la Faculté de médecine ; nous avions choisi comme exemple les eaux de Vals (source Madeleine), dont une quantité assez notable de résidus provenant de l'évaporation était en notre possession.

Le spectroscope que nous avions à notre disposition au cabinet de physique de la Faculté de médecine ne comprend qu'un seul prisme; aussi la dispersion n'est-elle pas très-considérable, mais les colorations sont vives, les raies sont lumineuses. Nous avons employé successivement deux méthodes pour nous assurer de l'identité des raies obtenues dans l'étude des résidus avec celles produites par des corps de composition connue. La première consiste à noter les divisions auxquelles elles correspondent sur un micromètre fixé à l'appareil. Disons en passant que la raie du sodium (qui occupe la place de la raie D de Fraunhofer), raie que nous n'avons jamais pu faire disparaître complétement, nous servait à nous assurer de la fixité de ce micromètre. La seconde méthode consiste à obtenir, l'un au-dessus de l'autre, deux spectres : l'un donne les raies du spectre que l'on analyse, l'autre fournit celles de l'échantillon-type connu : les raies données par le même métal doivent se trouver sur le prolongement l'une de l'autre. Nous avons employé le plus souvent le micromètre comme terme de comparaison.

Un fil de platine, enroulé en spirale serrée, recevait les corps que l'on étudiait en les plaçant dans la flamme chaude et obscure d'un brûleur de Bunsen.

Le résidu des eaux de Vals, introduit directement dans la flamme, produit les modifications suivantes dans le champ de la lunette du spectroscope qui auparavant donne une raie jaune fine sur un spectre continu très-peu lumineux.

Exagération notable de l'éclat de la raie jaune ;

Production de deux raies rouges;

Apparition quelquefois, mais d'une manière passagère, d'une bande orangée et d'une bande verte, placée de part et d'autre de la raie du sodium.

La position de ces raies évaluée approximativement, leur coloration, leur apparence, permettaient d'annoncer l'existence dans la matière essayée des corps suivants :

Sodium, potassium, lithium, calcium.

Il s'agissait de vérifier *l'identité* des raies observées avec celles des métaux alcalins et de donner au phénomène une durée assez longue pour permettre de l'étudier complétement. La première opération a consisté dans l'étude des réactifs que nous devions employer. Nous nous sommes assuré, en les introduisant directement dans la flamme, que les métaux que nous recherchions, sauf le sodium, ne se trouvaient pas dans les corps suivants : eau distillée, alcool, acide azotique, acide sulfurique. Nous avons fait passer sur un filtre une certaine quantité d'alcool qui, après l'opération, ne contenait aucun métal alcalin ou alcalino-terreux. Mais par contre, divers échantillons d'acide chlorhydrique durent être rejetés comme contenant du calcium, et il fallut nous passer de ce réactif.

Sodium. — La raie que présentait d'une manière constante le champ du spectroscope occupait la division 98,5 du micromètre. C'était absolument la même raie qui augmentait d'éclat lors de l'introduction dans la flamme de la matière en analyse; c'était également la même dont l'intensité s'accroissait lorsque nous placions directement dans la flamme un fragment de chlorure de sodium. L'effet était du reste très-persistant, et il ne pouvait y avoir de doute : *le sodium existe en quantité notable* dans le résidu que nous avons étudié.

Potassium. — L'étude immédiate des résidus fait voir une raie rouge, assez fine, un peu pâle, persistant longtemps et occupant la division 62. Du chlorate de potasse introduit dans la flamme donne une raie analogue occupant la même position (il y a en outre renforcement de la raie du sodium). Ces caractères permettent d'affirmer la présence du potassium.

Lithium. — L'apparition de la raie du lithium lors de l'introduction directe des résidus dans la flamme est variable, fugace quelquefois. Nous avons traité ces résidus par l'acide sulfurique, puis évaporé à siccité; nous avons alors employé l'alcool comme dissolvant et filtré; enfin la liqueur qui avait traversé le filtre a été évaporée : nous avons obtenu une matière noirâtre qui, introduite dans la flamme, a augmenté l'éclat de la raie jaune du sodium et a fait apparaître une raie rouge, magnifique, persistante et occupant la division 78,5 du micromètre. D'autre part, du chlorure de lithium, essayé comme terme de comparaison, a donné exactement la même raie, au même endroit. Il ne peut donc y avoir de doute, *les eaux de la source Madeleine contiennent de la lithine.*

Calcium. — La présence du calcium peut se manifester facilement en traitant d'abord les corps par l'acide chlorhydrique. Nous avons dit qu'il ne nous a pas été possible d'employer ce réactif. Quelques centigrammes de résidus étant placés sur la spirale de platine, nous avons fait tomber dessus une goutte d'acide azotique; lorsque l'effervescence fut calmée, la spirale fut introduite dans la flamme et nous pûmes observer alors une bande orangée s'étendant entre les divisions 87 et 91 du micromètre, et une bande verte occupant l'intervalle des divisions 109-111 environ; le chlorure de calcium avait probablement donné les mêmes bandes aux mêmes divisions; *les eaux dont nous étudions le résidu contenaient donc du calcium.* Les bandes du calcium avaient, il est vrai, peu de durée, mais la quantité de matières en expérience était très-faible; aussi avons-nous considéré cette constatation comme probante.

On voit que les expériences ne présentent pas de difficultés sérieuses; les caractères obtenus sont très-nets; avec un peu d'habitude on reconnaît immédiatement le métal auquel correspondent les raies observées, et le plus souvent la comparaison avec un composé connu de ce métal est inutile; c'est cependant une vérification qui peut devenir nécessaire dans certains cas douteux. Enfin, l'opération peut s'exécuter rapidement.

Les points sur lesquels il paraît utile d'appeler l'attention sont la flamme du brûleur et la dimension à donner à la fente, que l'on peut à volonté élargir ou rétrécir. Quelques minutes employées à manier l'appareil en apprendront plus à cet égard que toutes les descriptions que nous pourrions faire.

Il nous reste un point important à signaler. Nous avons indiqué, dans les expériences que nous avons rapportées, les raies qui nous paraissaient les plus visibles pour chaque métal; mais elles sont loin d'être les seules; c'est ainsi que pour le potassium, outre la raie rouge, nous observions une raie violette très-pâle. Le lithium présente une raie verte, outre la raie rouge; nous n'avons jamais pu la distinguer. Mais ces différences de visibilité sont personnelles, et par d'autres vues les intensités lumineuses peuvent sembler entièrement différentes. C'est ainsi qu'une personne qui, en même temps que nous, observait les mêmes corps dans le même appareil, voyait nettement la raie violette du potassium et distinguait à peine la raie rouge. Il faut donc, dans des expériences de ce genre, avoir un tableau comprenant toutes les raies correspondantes à chaque métal, et ne pas connaître seulement une raie qui pourrait rester invisible à certains yeux.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

L'essence de térébenthine antidote du phosphore.

Messieurs,

Dans le dernier numéro de l'année 1872 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, je lis à l'article : *L'essence de térébenthine antidote du phosphore :*

« Il est donc important pour la pratique de déterminer la meilleure essence à employer. C'est ce problème que Köhler a cherché à résoudre. Or, il résulte de ses expériences que l'essence la plus active est l'essence rectifiée, préparée depuis longtemps et qui est en partie oxygénée, telle que serait l'essence ordinaire, quelque peu ancienne, conservée dans les pharmacies. »

J'ai eu occasion de constater un fait à l'appui de cette assertion. Appelé, il y a environ trois mois, auprès de madame X... qui, pour se donner la mort, avait mâché, tant avant mon arrivée qu'en ma présence, deux boîtes d'allumettes chimiques; je lui fis boire aussitôt 30 grammes d'essence ordinaire conservée depuis deux ans dans mon cabinet, et les phénomènes d'empoisonnement ne se sont point produits.

Veuillez juger vous-même si ce fait mérite d'être livré à la publicité.

Agréez, etc.

Dr GÉRY.

4 janvier 1873.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

FERMENTATION. — M. *Sacc* adresse un second mémoire sur la fermentation et les ferments. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Sur les migrations du pigment sanguin à travers les parois vasculaires dans la mélanémie palustre.* Note de M. *L. Colin*, présentée par M. Larrey. (Cette note nous a été adressée par l'auteur, et paraîtra dans un des prochains numéros.)

DISTRIBUTION DE LA CORDE DU TYMPAN. Note de M. *J. L. Prevost* (de Genève). — « Chez un chien et un chat, nous avons sectionné les deux cordes du tympan dans l'oreille moyenne, d'après le procédé de M. Cl. Bernard; chez trois autres chats, une seule corde a été sectionnée par le même procédé. Chez

cinq rats albinos et un cochon d'Inde, nous avons, en arrachant un facial à son émergence du trou stylo-mastoïdien, interrompu la continuité de la corde du tympan, vu l'ablation de la partie pétreuse du facial. En examinant alors, d'après la méthode de Waller, six à dix jours plus tard, les branches terminales du nerf lingual, nous avons toujours trouvé, du côté de l'arrachement ou de la section, des nerfs dégénérés appartenant à la corde du tympan, abondants surtout dans la branche terminale interne du lingual, mais existant aussi dans les autres.

» Nous avons pu trouver aussi des fibres nerveuses altérées dans la muqueuse linguale de l'extrémité de la langue. Il ne nous a pas été possible de distinguer de fibres altérées dans les papilles de la langue; mais en prenant de petits segments de tissu sous-muqueux ou des parcelles de la couche muqueuse profonde, les dissociant avec soin et les traitant par une solution de soude caustique, nous avons pu y découvrir des fibres nerveuses dégénérées.

» Chez les animaux qui n'avaient été opérés que d'un côté, en examinant, soit les branches terminales du lingual, soit des parcelles de muqueuse de l'extrémité de la langue, du côté non opéré, nous avons pu constater qu'elles ne contenaient pas de fibres malades, cet examen étant pour nous un précieux terme de comparaison.

» La corde du tympan, prise au niveau de son entrée, dans le nerf lingual, soit dans le cas de section dans l'oreille, soit dans celui de section au niveau de son émergence faciale, a été trouvée dégénérée dans les deux cas; cependant elle contenait quelques fibres saines. Dans les cas de section faite dans l'oreille, le bout resté en communication avec le facial était entièrement sain. Il en était de même du nerf vidien.

» Après l'arrachement du ganglion sphéno-palatin, ou la section du nerf vidien, la corde du tympan reste entièrement saine.

» Après la section du nerf glosso-pharyngien, faite chez un chat dont les autres nerfs avaient été laissés intacts, nous n'avons point trouvé de nerfs dégénérés dans les branches terminales du lingual, ni dans la muqueuse linguale de l'extrémité de la langue, ce qui montre que, s'il existe des anastomoses entre le glosso-pharyngien et le lingual, elles sont du moins peu considérables.

» Nos résultats ont été identiques chez les carnassiers et les rongeurs. »

FERMENTATION ALCOOLIQUE ET ACÉTIQUE SPONTANÉE DU FOIE ET SUR L'ALCOOL PHYSIOLOGIQUE DE L'URINE HUMAINE. Note de M. *A. Béchamp.* — « Comme l'œuf, le foie contient de la glycose et des matières glycogènes. M. Estor et moi nous avons étudié les microzymas de ce viscère; ces microzymas, je les ai montrés capables de faire subir la fermentation caproïque à l'alcool lui-même, comme le font ceux de la craie. Le moment est venu de publier les expériences que j'avais instituées pour démontrer qu'une fermentation peut s'accomplir dans le foie comme dans l'œuf.

» Le foie entier, pris à l'animal au moment où il vient d'être sacrifié, est lavé extérieurement à l'eau distillée et plongé dans l'eau créosotée ou phéniquée. L'appareil est muni d'un tube abducteur et purgé d'air par un courant d'acide carbonique. Bientôt, à une température convenable, un dégagement d'acide carbonique, d'hydrogène et d'un peu d'hydrogène sulfuré, s'établit. Au bout de trois ou quatre jours on constate que l'eau et la masse du foie ont acquis une réaction très-acide, *sans odeur de putréfaction.* Après un traitement convenable, on s'assure aisément que des quantités notables d'alcool et d'acide acétique se sont formées. Il y a d'autres produits, notamment un acide soluble dans l'éther, et donnant un sel de chaux cristallisant comme le lactate de cette base. Je n'insiste pas pour le moment sur les autres produits, ni sur les changements qui surviennent quand le foie est préalablement hydrotomisé, mais je note que, comme dans le cas de l'œuf, les matières albuminoïdes prennent peu de part au phénomène et que la glycose et les matières glycogènes du foie disparaissent. J'ajoute qu'il n'y a pas d'autres ferments que les microzymas du foie et les formes organisées qui résultent de leur évolution.

» Si dans cette expérience le foie produit de l'alcool, pourquoi n'en produirait-il pas physiologiquement? Sans doute, dans la circonstance que je viens de rapporter, les microzymas du foie ont en grande partie évolué en bactéries; mais ces microzymas sont aussi actifs par eux-mêmes; rien ne s'oppose donc à ce qu'on leur attribue l'activité chimique du foie. Quoi qu'il en soit, après avoir démontré que l'urine qui se putréfie produit de l'alcool (*Comptes rendus*, t. LXI, p. 374), j'ai essayé de découvrir l'alcool dans l'urine de personnes soumises préalablement à l'abstinence du vin et de boissons alcooliques. Dans l'urine recueillie dans ces conditions, et dont j'avais empêché la fermentation par une addition de créosote, j'ai découvert assez d'alcool pour le caractériser par l'inflammation. Dans une expérience, 2 litres d'urine d'un homme ayant dépassé la cinquantaine ont donné assez d'alcool pour le déterminer à l'alcoomètre (30 centimètres cubes à 1 degré). Toutefois l'alcool est moins aisé à découvrir dans l'urine des jeunes sujets. »

DÉGÉNÉRESCENCE DES NERFS APRÈS LEUR SECTION. Note de M. *L. Ranvier.* — « Je rappellerai d'abord que le segment interannulaire des tubes nerveux représente une individualité histologique, et qu'il est constitué par une membrane enveloppante, transparente et homogène (membrane de Schwann), doublée d'une couche de prostoplasma contenant un noyau lenticulaire, situé à peu près à la partie moyenne du segment. Au-dessous du protoplasma, se trouve la gaîne de myéline, au centre de laquelle passe le cylindre-axe. Ce dernier est probablement revêtu d'une couche de protoplasma, réfléchi au niveau de chacun des deux étranglements annulaires qui limitent le segment.

» Dans les jours qui suivent la section d'un nerf, il se produit des modifications dans les tubes nerveux du bout périphérique et du bout central; il se fait aussi des altérations du tissu conjonctif et des vaisseaux.

» *Modifications de la portion périphérique.* — Vingt-quatre heures après la section du nerf sciatique ou du pneumogastrique du lapin, les noyaux des segments interannulaires sont légèrement gonflés, l'échancrure de la myéline qui les contient est agrandie, et l'on peut voir entre la myéline et le noyau, entre ce dernier et la membrane de Schwann une couche de protoplasma granuleux, qui se poursuit dans toute l'étendue du segment, comme dans les nerfs normaux des animaux nouveau-nés. Quarante-huit heures après la section, le gonflement du noyau est plus accusé, et le protoplasma forme, au-dessous de la membrane de Schwann restée cylindrique, des amas qui dépriment la gaîne de myéline et lui font prendre une forme irrégulière. Après la soixante-douzième heure, le noyau est gonflé à un tel point qu'il remplit à peu près le calibre du tube. A son niveau, la myéline, complétement interrompue, laisse un espace occupé par une masse de protoplasma parsemée de granulations graisseuses et renfermant le noyau à son centre. Le protoplasma s'est gonflé aussi sur divers points du segment interannulaire et, refoulant la gaîne de myéline, l'a réduite à un filament d'un grande minceur, ou l'a complétement divisée. En employant une méthode dont j'ai pu déterminer exactement la valeur, je me suis assuré que le cylindre-axe est coupé au niveau de chaque noyau vers la fin du troisième jour. Ce fait est important, parce qu'il nous donne une explication anatomique de la perte de l'excito-motricité d'un nerf sectionné, perte qui, d'après l'observation de Longet, survient à la même époque. Le même fait établit encore d'une manière positive que le cylindre-axe est l'agent conducteur des excitations nerveuses, ainsi qu'on l'admettait sans preuve suffisante.

» A partir du quatrième jour, la dégénérescence se poursuit en s'accusant de plus en plus, et le sixième, la myéline

est réduite en petits fragments bien limités; le protoplasma, devenu très-abondant, contient des granulations graisseuses en nombre considérable et les noyaux sont multipliés. Les grandes cellules plates qui, associées à des fibres minces, constituent le tissu conjonctif intra-fasciculaire, sont chargées de granulations graisseuses. Quelques cellules lymphatiques, situées à côté d'elles, renferment de semblables granulations. Les cellules endothéliales des vaisseaux capillaires, artériels et veineux et de la gaîne lamelleuse des faisceaux nerveux, ont subi également l'infiltration granulo-graisseuse. Enfin, les tubes nerveux sans myéline (fibres de Remak) présentent aussi un état granulo-graisseux. Cet état est précédé, dans ces fibres, de la formation de petites vésicules semblables à des vacuoles; on y observe aussi, comme dans les fibres à myéline, une multiplication de leurs noyaux. Cette multiplication, dans les fibres à myéline, n'est pas simplement une apparence, comme le voulait M. Schiff.

» Du septième au vingtième jour après la section, la prolifération des noyaux ne se poursuit plus d'une manière active : le protoplasma est moins abondant, les fragments de la myéline constituent, sur quelques points des tubes nerveux, des amas fusiformes, séparés les uns des autres par des filaments parfois très-grêles, dans l'intérieur desquels apparaissent des noyaux ovalaires; ces filaments sont formés par la gaîne de Schwann revenue sur elle-même.

» Si l'on étudie les nerfs dégénérés sur des coupes transversales faites suivant la méthode classique, vers le quatrième jour qui suit la section, on voit que les tubes nerveux sont un peu plus larges qu'à l'état normal. Les cylindres-axes sont légèrement gonflés, et ils manquent dans quelques-uns des tubes. Les jours suivants, le nombre des tubes sans cylindre-axe devient plus considérable, et le vingtième jour les tubes présentant des cylindres-axes sont fort peu nombreux. Il n'est pas nécessaire de donner l'explication de ces faits, car ils se comprennent facilement, en partant de ce que j'ai dit plus haut sur les fibres nerveuses observées suivant leur longueur.

» *Modifications de la portion centrale.* — M. Neumann, qui s'est occupé de la dégénérescence du bout central, n'indique pas de différence notable entre ce qui se passe à son extrémité et dans la portion périphérique. La différence est cependant considérable et importante. La myéline, au lieu d'être séparée en segments par un accroissement du noyau et du protoplasma, subit une décomposition en granulations fines qui forment des masses ovalaires.

» Le cylindre-axe est bien conservé jusqu'au niveau de la section du tube nerveux : il est régulier et paraît strié en long d'une manière très-nette. Les noyaux subissent une multiplication, le protoplasma devenu très-évident forme une couche continue dans laquelle les noyaux, placés entre le cylindre-axe et la membrane de Schwann, présentent un aplatissement. Je passe sous silence de nombreux détails sur lesquels je reviendrai dans un autre Mémoire, et j'insiste ici seulement sur ce fait, que les cylindres-axes, ayant conservé leur relation avec les centres nerveux, résistent énergiquement à l'action destructive exercée par les noyaux et le protoplasma. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire de M. *Boudard*, de Gannat (Allier), sur la de la chèvre-nourrice, au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés.— Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Brissez* (de Lille). (*Accepté.*)

M. *Ricord* offre en hommage un exemplaire de ses lettres à M. le docteur Amédée sur son voyage de Paris à Meaux.

M. *Larrey* présente un mémoire sur les hôpitaux, tentes et baraques, par M. le *Gori* (d'Amsterdam).

M. *Barth*, en quittant le fauteuil de la présidence, adresse vifs remercîments à l'Académie pour les témoignages de constante bienveillance qu'il en a reçus, et annonce qu'il se propose de retracer, dans la séance annuelle, le tableau sommaire des travaux et des actes accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. *Depaul* monte au fauteuil, et dans une allocution justement applaudie, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président. Il renouvelle devant l'Académie l'assurance d'un dévouement qui ne s'est jamais démenti depuis vingt ans qu'il en fait partie. L'éloge très-mérité de M. Barth, président sortant, est accueilli par d'unanimes marques d'approbation.

Puis M. Depaul rend compte de la visite faite par le Bureau à M. le ministre de l'instruction publique, à l'occasion du jour de l'an. Dans un accueil plein de bienveillance et de courtoisie, M. le ministre a protesté de sa constante sollicitude pour les intérêts de l'Académie et du corps médical; il s'est engagé à employer tous ses efforts pour donner satisfaction aux justes réclamations de le savante Compagnie, en vue d'obtenir une installation plus digne d'elle, et de lui faciliter l'acquisition de la riche bibliothèque médicale de feu Daremberg.

ÉTIOLOGIE DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute l'importante dissertation que M. Chauffard a lue dernièrement sur ce sujet à l'Académie, et dont nous avons donné, à cette place, une analyse très-complète. M. Chauffard, on s'en souvient, accordait une influence considérable et même prépondérante sur la genèse du typhus à deux éléments étiologiques assez négligés jusqu'alors, la race et la localité. Cette doctrine infirmait, dans une certaine mesure, l'opinion généralement admise et soutenue avec une grande autorité par M. Bouchardat, et qui attribue l'infection typhique au concours, à la synthèse de ces deux causes : la ruine de l'économie et l'encombrement.

M. *Bouchardat*, qui avait dès l'abord demandé la parole, est monté aujourd'hui même à la tribune pour défendre des convictions bien arrêtées, qu'il professe depuis vingt ans dans son cours d'hygiène de la Faculté.

M. Bouchardat admet volontiers l'influence de la race sur la production de la fièvre jaune, et l'influence de la localité sur le développement de la peste et du choléra; mais il croit que cette double influence est plus difficile à démontrer pour le typhus, et qu'elle n'a pas été suffisamment établie par les arguments de M. Chauffard.

La principale preuve invoquée par M. Chauffard, contre la théorie étiologique de la famine et de l'encombrement, c'est l'absence de typhus à Paris et à Metz durant les cruelles épreuves des deux siéges. M. Bouchardat cherche à démontrer que les conditions de cette genèse n'étaient point encore accomplies à l'époque des capitulations.

A Paris comme à Metz, il n'y eut rien de pareil à la famine. On n'a vu figurer que très-exceptionnellement, dans la statistique des décès, cette terrible cause de *mort de faim*. Mais si le siége s'était prolongé, avec les privations alimentaires et le mauvais état sanitaire des derniers jours, Paris et Metz eussent présenté la réunion des conditions qui ont déterminé l'effroyable épidémie typhique de Crimée. Une condition a manqué à ces deux villes, celle de la *continuité*. A Sébastopol, le typhus ne s'est développé qu'à la fin du siége, quand la dysentérie, le scorbut, avaient depuis longtemps ruiné les santés les plus valides. Les habitants de Paris et de Metz touchaient à cette phase mais elle n'était point encore venue.

Quant à l'influence ethnique, M. Bouchardat fait remarquer qu'aucune observation bien solide n'est venue établir que la race française jouissait d'une immunité relative pour le typhus. A Sébastopol, l'épidémie a frappé plus cruellement les Français que les Anglais, les Italiens et les Irlandais, qui servaient dans l'armée anglaise.

Reconnaissons-le, ajoute M. Bouchardat : quand les conditions de sa genèse se sont trouvées réalisées, le typhus s'est

développé dans les contrées les plus diverses, et il a sévi indistinctement sur toutes les races.

Si la France jouit d'une incontestable immunité au point de vue de la genèse du typhus, elle le doit, non pas à la race, mais aux merveilleuses ressources qu'elle possède pour préserver ses habitants de la famine : à la fécondité de son sol, aux variétés de ses cultures, et surtout à ses vins si généreux, si complets, et qui sont de merveilleux soutiens pour l'économie délabrée.

Vous êtes Bourguignon, M. Bouchardat !

Prix Capuron. — C'est M. *Tarnier* qui est chargé du rapport sur le concours pour ce prix. La question était relative aux phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. Cette question générale comportait la recherche et la solution des points suivants : La fièvre de lait existe-t-elle réellement? Quelle est sa fréquence? Quels sont ses symptômes? N'est-elle pas confondue quelquefois, et même trop souvent, avec d'autres états pathologiques? Cette fièvre ne serait-elle qu'une forme particulière de la fièvre traumatique?

Parmi les six mémoires adressés à la commission, deux, les numéros 3 et 5, ont le mieux satisfait, mais avec des mérites différents, aux conditions du programme.

L'auteur du mémoire n° 3 a traité avec soin l'anatomie et la physiologie de la lactation ; il a exposé avec talent les phénomènes de la puerpéralité; il a surtout étudié l'état de la température et du pouls pendant la période puerpérale. Il admet la fièvre de lait, et il est tenté de conclure à l'analogie de cette fièvre avec la fièvre traumatique ; mais il ne se croit pas encore en état de trancher cette question.

L'auteur du mémoire n° 5 aborde plus nettement encore son sujet ; il va droit au but principal, qui est l'étude clinique de la fièvre de lait. Il expose les phénomènes locaux et généraux de la sécrétion lactée, en insistant plus particulièrement sur ces derniers : le frisson, l'état du pouls et celui de la température, ainsi que sur les influences capables de modifier ces phénomènes.

Il n'admet pas l'existence de la fièvre de lait. Cette expression, suivant lui, représenterait non pas un symptôme de la sécrétion lactée, mais la synthèse d'une série d'accidents morbides, accidentels, et ordinairement peu graves, tels que : crevasses, angioleucites du sein, embarras gastrique, tranchées utérines, métrites légères, fièvre traumatique primitive ou secondaire, liée au processus des plaies utérine, vaginale ou vulvaire. Ainsi comprise, la fièvre de lait aurait une grande ressemblance avec la fièvre traumatique proprement dite.

La commission propose d'accorder le prix Capuron (3000 francs) à cet excellent travail, qui porte la marque d'une observation clinique rigoureuse, répond nettement à la question, la résout par des procédés scientifiques précis, renferme des tracés graphiques très-exacts et cinquante observations très-complètes, très-détaillées, toutes tirées de la pratique personnelle de l'auteur.

Après M. Tarnier, M. *Devilliers* donne lecture d'un intéressant rapport concernant les travaux adressés à l'Académie sur l'hygiène de l'enfance. Ce rapport avait tout l'attrait de la nouveauté ; car c'est la première fois que l'Académie propose des récompenses pour les médecins qui s'intéressent activement à la protection et à la conservation des enfants du premier âge. Ces récompenses, qui consistent pour cette année en une médaille d'or et en deux médailles d'argent, seront décernées dans la prochaine séance annuelle.

A. L.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET

PLEURÉSIES A ÉPANCHEMENTS ARÉOLAIRES. — PHARYNGITE ET LARYNGITE TUBERCULEUSES MILIAIRES. — ÉLECTION DU BUREAU POUR 1873 ; ÉTAT FINANCIER DE LA SOCIÉTÉ ; COMPTE RENDU DE L'ANNÉE PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

— *La correspondance* contient les numéros de décembre de la Revue médicale de Toulouse, des Archives de médecine navale, et les Bulletins de la société d'anthropologie de Paris.

— M. *Moutard-Martin*, appelle l'attention de ses collègues sur les pleurésies à épanchements aréolaires. On a prétendu que des épanchements aréolaires trouvés à l'autopsie étaient dus à la coagulation de la fibrine après la mort, coagulation qui emprisonnait le liquide dans un grand nombre de cellules plus ou moins complètes. L'explication est mauvaise car les épanchements aréolaires existent cliniquement ainsi que le prouvent deux faits récemment observés par M. Moutard-Martin (et ajouterons-nous, ainsi que Trousseau l'avait établi autrefois).

Le premier cas s'est présenté chez une femme d'une quarantaine d'années qui vint à l'hôpital Beaujon, avec une épanchement pleurétique abondant. Une première ponction donna issue à plus d'un litre de liquide. En peu de temps le liquide s'était reproduit. Seconde ponction, écoulement encore considérable. Reproduction nouvelle de l'épanchement. Troisième ponction, mais cette fois le liquide ne s'écoule plus que goutte à goutte et l'on ne peut en tirer que 100 à 150 grammes. Cependant tous les signes d'un vaste épanchement existait. La malade succomba dans le marasme. L'autopsie montra que la plèvre était remplie d'une gelée formée par des aréoles cellulaires nombreuses retenant la sérosité.

Le second fait, s'il n'a pas le contrôle de l'autopsie, est suffisamment éclairé par l'observation clinique pour être démonstratif. Le voici : un malade de la ville, soigné par le docteur Veyne, était atteint d'une pleurésie pour laquelle la thoracocentèse devint indispensable ; M. Moutard-Martin est appelé en consultation et fait l'opération avec l'appareil aspirateur de M. Potain. 2 litres de sérosité sont extraits et quelques jours après l'opération le malade allait bien, l'épanchement ne s'étant pas reproduit. Quinze jours après, réapparition des symptômes morbides et signes évidents d'un vaste épanchement. La ponction est faite avec le trocart moyen de l'appareil Potain, mais le liquide ne passe que goutte à goutte, malgré l'aspiration. Cependant le trocart était bien dans une cavité pleine de liquide. En imprimant quelques mouvements de latéralité à la pointe du trocart, M. Moutard-Martin sentit une crépitation fine et quelques gouttes de liquides passèrent vivement à travers le tube. Il pensa tout de suite à l'existence d'un épanchement aérolaire, et faisant tourner le trocart dans tous les sens pour déchirer les loges cellulaires, il obtint une assez grande quantité de liquide. Le malade est encore en traitement et en voie de guérison.

— M. *Isambert* présente une pièce anatomique provenant d'un malade qu'il avait eu l'occasion d'amener deux fois devant la Société (séances du 9 août et du 25 octobre 1872). C'est cet homme qui était atteint de cette forme d'angine chronique que M. Isambert avait désignée sous le nom de *granulations grises disséminées* de la gorge. Il faisait remarquer à cette époque qu'une malade présentant la même forme morbide (et dont l'observation est relatée sous le n° 4 dans le *Mémoire* de M. Isambert sur l'angine scrofuleuse) était morte de phthisie galopante. Il faisait ressortir les analogies qui existaient entre ce type particulier et la phthisie granuleuse, et il exprimait l'opinion que ce second malade mourrait probablement de la même manière. L'événement a malheureusement confirmé cette prévision, et le malade est mort des progrès de la cachexie avec des poumons farcis de granulations grises.

Les granulations de la gorge ont été examinées avec soin au microscope par M. Troisier, interne des hôpitaux, dans le laboratoire de M. Vulpian, et ce professeur lui-même a pu confirmer le résultat auquel le jeune micrographe était arrivé : ce résultat est que les granulations recueillies sur le voile du palais, sur la luette et sur toute la surface pharyngo-laryngée en général, sont identiques avec la granulation grise du poumon. Cette identité nous permet de rattacher nettement aujourd'hui à la tuberculose cette forme morbide que M. Isambert avait d'abord rattaché à la scrofule. Il y aurait alors deux formes de phthisie laryngée, l'une, la phthisie laryngée vulgaire, répond à la phthisie pulmonaire chronique, celle qui se termine par des cavernes : cette phthisie laryngée est une maladie intralaryngienne dès le début, elle procède par ulcérations profondes, par périchondrites, par nécroses des cartilages laryngiens, et cette marche morbide est fort analogue à celle des lésions pulmonaires.

La seconde forme, répondant au contraire à la granulation grise aiguë du poumon, aurait aussi une marche clinique différente, comme siége, c'est au début une pharyngite et non une laryngite. La granulation grise développée sur la muqueuse se ramollit, se détruit, en formant une petite ulcération périphérique, mais elle n'amène pas les grands ravages que la laryngophymie vulgaire produit dans le larynx : enfin le larynx n'est atteint que secondairement par les granulations, le malade ne périt pas par un œdème ou un rétrécissement de la glotte, il périt avant le temps où ces lésions pourraient se produire, par les progrès de la diathèse pulmonaire et par le marasme général, et en partie aussi par l'inanition à laquelle le condamne la dysphagie extrême qui finit par résulter des ulcérations pharyngiennes. Le parallèle des deux formes cliniques confirme donc la différence que l'anatomie pathologique établit entre les deux formes histologiques de la tuberculose de la gorge.

— Dans cette dernière séance de l'année, la Société des hôpitaux procède à l'élection du bureau de l'année 1873 et entend les rapports sur l'état des finances par M. le trésorier et sur la situation générale de la Société par M. le secrétaire général.

Du rapport financier très-lucidement fait par M. Dujardin-Beaumetz, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'il prouve que la Société est riche et que ses recettes excèdent de beaucoup ses dépenses. Et cependant la Société des hôpitaux ne cherche que les occasions d'utiliser généreusement ses revenus : on se rappelle ses larges souscriptions pendant le siége de Paris, soit pour la Société de secours aux blessés, soit pour la fonte des canons, sa souscription pour le buste de Trousseau, pour la statue de Laennec, etc. Tout dernièrement encore elle donnait cinq mille francs aux deux principaux comités de secours pour nos malheureux compatriotes les Alsaciens-Lorrains.

Le rapport de M. Lailler avait une importance particulière parce qu'il embrassait l'ensemble des travaux de la Société de 1863 à 1872. M. Lailler, secrétaire général sortant après dix ans d'exercice, a voulu mettre sous les yeux de ses collègues les améliorations introduites pendant ce laps de temps, soit dans les actes scientifiques de la Société, soit dans les services des hôpitaux et cela grâce à son influence : il signale aussi plusieurs questions d'assistance médicale qu'il serait bon de mettre à l'étude.

Parmi les travaux marquant de cette époque, rappelons les discussions sur l'isolement des varioleux, sur la revaccination, sur les grandes maternités définitivement condamnées, sur le rhumatisme blennorrhagique, sur le service de la pharmacie dans les hôpitaux, les rapports si soignés de M. E. Besnier sur les maladies régnantes, etc., etc.

Pendant ce temps aussi, la Société a pu obtenir quelques laboratoires dans les hôpitaux et elle a coopéré activement à la fondation du très-intéressant musée de l'hôpital Saint-Louis. Enfin, par de longues démarches, la Société a récupéré l'investiture ministérielle pour les médecins des hôpitaux.

Quant aux questions à mettre à l'étude, M. Lailler, habile à lancer d'heureuses idées, mais souvent mal secondé par l'apathie de ses collègues, en signale quelques-unes très-importantes, telles que le traitement d'un certain nombre de malades à domicile, l'envoi dans des stations méridionales des malades chroniques dont la misère est aggravée pendant la mauvaise saison et leur translation dans certaines stations d'eaux minérales pendant l'été. En supposant que l'administration de l'assistance publique puisse par ces deux moyens disséminer 400 malades (et ces malades sont de ceux qui occupent les lits dans les divers hôpitaux pendant des mois entiers et des années), on arriverait facilement à se passer du nouvel Hôtel-Dieu qui demande encore deux ans et cinq millions pour être terminé.

— Les élections pour le renouvellement du bureau pour 1873 se terminent par la nomination de : M. Bernutz, président ; M. Lailler, vice-président ; M. E. Besnier, secrétaire général ; MM. Brouardel et Fernet, secrétaires des séances, et M. Dujardin-Beaumetz, trésorier.

Le conseil de famille se compose de MM. Bourdon, Millard, Moissenet, Proust ; le conseil d'administration de MM. Bucquoy, Cornil, Desnos, Vidal, Woillez ; le conseil de publication de MM. Besnier, Brouardel, Féréol, Fernet, C. Paul.

A. Legroux.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les altérations des muscles striés dans les inflammations traumatiques, par le docteur Gussenbauer.

L'auteur a pratiqué de nombreuses expériences dans le but d'élucider la question de la régénération des muscles. Il a surtout étudié le processus de la cicatrisation des muscles sectionnés sous la peau. Peu de temps après la section, il se produit dans les muscles la dégénérescence cireuse ou vitreuse ; en même temps un très-grand nombre de faisceaux sont le siége de transformation granuleuse. Au bout de vingt-quatre heures, il y a prolifération des noyaux musculaires et infiltration abondante de globules blancs du sang. La régénération se fait par des cellules embryonnaires se transformant en fibres fusiformes dans lesquelles la striation apparaît dès l'origine. Quant aux cellules du périmysium et aux globules blancs, ces éléments ne concourent pas à la régénération musculaire, mais ils forment un tissu cicatriciel fibrillaire qui réunit les bords de la plaie musculaire, et qui devient extensible et flexible, mais ne disparaît jamais complétement. (*Archiv f. klin. Chirurg.*, 1872, XIII. Bd.)

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin. — T. Ier. Paris, 1873.

Rendre compte d'un pareil ouvrage est chose malaisée, parce que les déductions nouvelles et les aperçus originaux se rencontrent à chaque page. Il faudrait trop citer. Pour venir à bout de ma tâche, je me suis attaché à reproduire seulement les principaux résultats de l'observation et de l'expérience de l'éminent chirurgien de la Charité. J'avertis aussi le lecteur qu'en cherchant à rendre les idées, je me suis efforcé d'employer, autant que possible, les termes du texte.

I. *Généralités.* — Lorsqu'on se dispose à endormir un malade par le chloroforme ou par l'éther (leçon II), le point important est de bien étudier les dispositions individuelles qui peuvent rendre l'application de ces anesthésiques dangereuse. Tout le monde sait que l'affaiblissement produit par des maladies antérieures, des pertes de sang considérables, de vives

douleurs, que les maladies du cœur, des gros vaisseaux et du poumon, sont des contre-indications à l'anesthésie. Mais il y a d'autres contre-indications mises en lumière par M. Gosselin, contre-indications d'autant plus utiles à connaître qu'elles ne se révèlent par aucun signe matériel; c'est *l'habitude invétérée des alcooliques* et *l'ébranlement nerveux considérable* causé par le blessure. Chez les sujets, dit-il, qui ont passé cinquante ans et chez lesquels il est établi que l'habitude des alcooliques remonte à quinze ou vingt années, l'emploi des anesthésiques doit être rejeté, ou du moins on ne doit s'en servir qu'en très-petite quantité et avec les plus grandes précautions. Il doit aussi être rejeté, lorsque le système nerveux a éprouvé une évidente perturbation à la suite d'une grande lésion traumatique. Quand bien même l'état de stupeur ou de commotion du blessé serait passé depuis plusieurs heures, le sommeil anesthésique est dangereux, comme le prouvent les cas de mort assez fréquents, lorsqu'on endort intempestivement les blessés pour réduire des luxations traumatiques récentes.

L'administration du chloroforme doit se faire par petite quantité, lentement, progressivement, en même temps que l'on surveille le pouls et la respiration. S'il survient un ralentissement de la respiration et de la circulation, il faut interrompre aussitôt l'anesthésie. Mais malgré ces précautions, il se produit quelquefois une *syncope chloroformique*, qui est due à la fois à l'arrêt momentané des battements du cœur et des mouvements respiratoires. Cet *accident prévu* ne devient grave que s'il se prolonge, et que si l'on ne s'empresse pas d'agir pour faire revenir le patient. Mais, indépendamment de la mort possible par une syncope, le chloroforme peut encore tuer rapidement en engendrant une *congestion cérébrale*. Cette variété de mort n'aurait été rencontrée, d'après les observations de M. Gosselin, que chez les alcooliques.

Pour administrer l'éther, il faut suivre les mêmes règles que pour le chloroforme; seulement il faut en employer une plus grande quantité, et, à cause de sa volatilité, employer un appareil spécial, par exemple le sac de M. Jules Roux. L'éther expose moins que le chloroforme à l'accident prévu de la syncope, mais il expose tout autant que lui à des accidents imprévus résultant d'une influence fâcheuse exceptionnelle sur l'innervation nutritive.

Le travail de la *consolidation des fractures* (leçon III) est sous la dépendance d'une modification de la vitalité des fragments que nous ne pouvons pas rapporter à autre chose qu'à l'ostéite et à la variété d'ostéite que Gerdy a nommée *condensante*. L'intervention de cette forme condensante d'ostéite paraît même nécessaire à la consolidation des fractures diaphysaires des os longs, car si à sa place c'est l'ostéite *raréfiante* qui est intervenue, la consolidation est fragile ou nulle.

Des expériences nombreuses sur les animaux ont démontré à M. Gosselin que les matériaux du cal sont fournis non-seulement par le périoste, mais encore par tous les tissus environnants et par l'os lui-même. Il se forme autour des fragments un épaississement plastique du périoste et des muscles qu'il désigne sous le nom de *capsule musculo-périostique*, et qui constitue ce qu'on appelait autrefois la virole externe. Si les os brisés sont placés bout à bout, la moelle se condense, devient fibro-celluleuse, puis cartilagineuse. Elle forme la virole interne et contribue à la consolidation. Mais si les os chevauchent, ce qui arrive dans un grand nombre de cas, le travail qui se passe dans la substance médullaire ne sert pas pour la consolidation, et le cal interfragmentaire est fourni en totalité par les muscles nucléants et par la surface externe du périoste.

Dans les *fractures compliquées de plaie* (leçon IV), M. Gosselin montre qu'il peut arriver deux choses : ou bien *l'ostéite est plastique* entre les fragments, et si la suppuration de la plaie atteint le tissu osseux, elle reste superficielle et ne gagne pas l'espace interfragmentaire ; ou bien la suppuration envahit en même temps la surface et la profondeur de l'os; *l'ostéite est suppurante*. Dans le premier cas, la fracture se guérira comme une fracture simple. Dans le second cas, le malade sera exposé à des accidents plus ou moins graves, selon l'intensité de l'ostéo-myélite. Si celle-ci est subaiguë, il se formera des hyperostoses, des nécroses, et au bout d'un long temps le cal se formera, après l'élimination des séquestres, aux dépens des bourgeons charnus développés sur l'os lui-même et sur les parties voisines. Si l'ostéomyélite est suraiguë, elle donnera lieu aux accidents qui seront étudiés à propos des septicémies chirurgicales, à savoir la fièvre traumatique grave et l'infection purulente.

II. *Maladies chirurgicales de l'adolescence.* — Sous ce nom, l'auteur comprend les maladies qui se développent entre quinze et vingt-cinq ans, *période de la vie à laquelle correspondent et le développement de la puberté et l'achèvement, parfois avec soubresauts rapides de la croissance du squelette.* Ces maladies, telles que *l'ongle incarné*, *l'exostose sous-unguéale du gros orteil*, *l'exostose de développement*, les *polypes fibreux naso-pharyngiens*, *l'ostéite épiphysaire*, la *tarsalgie*, appartiennent presque exclusivement à l'adolescence ou sont beaucoup plus fréquentes à cet âge qu'à tous les autres. Le clinicien doit tirer de cette notion des conséquences pronostiques et thérapeutiques fort importantes qui, avant M. Gosselin, avaient été fort peu indiquées.

L'ongle incarné du gros orteil (leçon V) reconnaît probablement pour cause une croissance rapide par suite de laquelle l'ongle devient trop large par rapport à la peau qui le circonscrit, ou par suite de laquelle les chaussures deviennent trop étroites. Les femmes en sont beaucoup moins souvent atteintes que les hommes, puisque M. Gosselin en a soigné 54 cas chez les garçons et 10 seulement chez les filles. Sur les 54 cas des garçons, 41 cas se sont développés de quatorze ans et demi à vingt ans ; 9 cas, de vingt et un ans à vingt-cinq ans ; 4 cas de vingt-six ans à trente ans ; passé trente ans, l'auteur n'en a pas observé. Chez les femmes, l'adolescence joue le même rôle que chez les hommes, puisque sur 10 femmes, 9 appartenaient à la période de quinze à vingt-deux ans. L'indigence est une des causes les plus efficaces; sur 54 cas précédents, 2 seulement appartiennent à des malades aisé .

L'ongle incarné est bien plus fréquent au côté externe du gros orteil qu'au côté interne, et quand ce dernier est pris, l'externe l'est presque toujours en même temps. Voici les chiffres qui démontrent ces faits : 47 fois la maladie existait sur le côté externe seul ; 4 fois des deux côtés ; 3 fois sur le côté interne seul.

Tous les procédés qui ont été imaginés pour guérir l'ongle incarné, pansements, arrachement de l'ongle, opérations complexes, exposent plus ou moins à des récidives. Mais ces récidives n'ont lieu que pendant la période de la vie qui prédispose à cette maladie. *Passé l'adolescence, le mal ne revient plus quand il a été traité.* C'est là une vérité que M. Gosselin a parfaitement mise en relief. Le procédé qu'il suit consiste à arracher l'ongle et à enlever une portion de sa matrice du côté incarné, afin que l'ongle repousse plus étroit. Ce procédé ne l'a pas toujours mis à l'abri des récidives, lorsque les sujets étaient encore dans la période de l'adolescence, mais l'opération étant faite après cet âge il a constaté que la récidive n'avait jamais lieu.

POLAILLON.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

Postes médicaux pour le service de nuit.

Dans un de nos derniers numéros, nous avions parlé de la nécessité d'établir à Paris, à l'instar de ce qui se fait ailleurs, des postes médicaux où le public trouverait à toute heure de la nuit les secours nécessaires.

L'idée n'était pas nouvelle, mais nous ignorions qu'on se fût déjà occupé de la réaliser. — C'était une erreur, et nous avons en ce moment

sous les yeux un numéro du *Courrier de France* du 12 août 1872, qui contient un article du docteur Thévenot, relatif à la même question.

Il paraît qu'on avait à cette époque prêté au préfet de la Seine le projet de désigner par des lanternes diversement colorées les maisons des médecins, pharmaciens et sages-femmes. Le domicile des notaires eût été, sans doute, indiqué d'une façon analogue.

Quel que soit l'auteur de cette proposition, elle n'a pas paru heureuse au docteur Thévenot, qui en a montré, en quelques lignes, les inconvénients.

Mais d'un autre côté, les exigences du public n'en sont pas moins justes et respectables. Dès 1869, sur l'instigation de M. Husson, directeur de l'assistance publique, le docteur Passant avait proposé de placer dans chaque mairie et poste de police, une liste de médecins acceptant librement de se mettre la nuit à la disposition des malades qui voudraient les requérir. Toute personne ayant besoin, pendant la nuit, d'un médecin, s'adressait au poste de police voisin. Un agent le conduisait chez le médecin désigné, et accompagnait ce dernier à l'aller et au retour. Les honoraires étaient soldés par ce malade ou, à son défaut, par la municipalité.

On voit que ce projet se rapproche beaucoup de celui que nous avions proposé.

Il en diffère cependant par quelques dispositions. — Nous pensions qu'il valait mieux installer dans les mairies un véritable poste médical, avec un roulement de personnel suffisant. Le médecin qu'on va trouver chez lui peut être absent ou empêché. Le personnel d'un poste est fixe. Si l'un des médecins est retenu, il a soin de se faire remplacer. Il y a donc plus de sécurité pour le malade.

D'un autre côté, nous croyons qu'il faut que la question d'honoraires soit traitée en dehors du médecin, et qu'on évite tout conflit entre ce dernier et le malade.

La rétribution doit être rémunératrice et assurée. C'est une question pratique qui nous paraît devoir être résolue tout d'abord. Si le malade est indigent, la municipalité ou l'assistance publique se chargent des honoraires.

Nous espérons que la question attirera l'attention des législateurs. Quelques sacrifices seront peut-être nécessaires; mais les médecins ne feront pas défaut. Une fois installée, l'institution se recommandera elle-même par les services qu'elle rendra et que le public appréciera promptement.

FACULTÉ DE MÉDECINE. PRIX. — Dans son assemblée du 26 décembre dernier, la Faculté de médecine vient de décerner le prix de 10,000 fr., fondé par M. Lacaze pour le meilleur ouvrage sur la phthisie, à M. le docteur Pidoux, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité et inspecteur des Eaux-Bonnes.

Les ÉTUDES GÉNÉRALES ET PRATIQUES SUR LA PHTHISIE paraîtront dans quelques jours chez l'éditeur Asselin.

LA MALADIE DE NAPOLÉON III (1). — M. le docteur Germain Sée a bien voulu nous rappeler, que le RECUEIL DES PAPIERS TROUVÉS AUX TUILERIES après le 4 septembre contient une consultation rédigée par lui et signée de lui seul, mais délibérée avec MM. Nélaton, Ricord, Fauvel et Corvisart, et attestant que la maladie calculeuse dont l'ex-empereur est atteint avait été reconnue par les médecins français. Voici le texte de cette consultation, portant la date du 3 juillet 1870.

1° Hyperesthésies cutanées et musculaires d'origine anémique. Ces hyperesthésies se caractérisent par des douleurs superficielles de la peau des cuisses, douleurs qui s'exaspèrent au moindre toucher, diminuent au contraire par la pression, et reviennent sous les influences les plus variées, particulièrement du froid. Dans les muscles, près des articulations des pieds, on retrouve une grande sensibilité, soit spontanée, soit provoquée, des attaches musculaires, et cette sensibilité, sous forme d'élancements, reparaît aussi parfois sous l'influence du froid. Ceci ne prouve pas leur nature rhumatismale; tout ce qui est provoqué par le froid n'est pas rhumatique. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, bien que ses douleurs datent déjà de vingt ans, c'est-à-dire d'une époque où il y a eu deux graves causes d'anémie. Ces hyperesthésies nervo-musculaires sont, en effet, presque toujours dues à l'anémie.

2° L'anémie, dont il reste à peine des traces autres que ces douleurs, a été bien plus caractérisée autrefois; elle était due à une captivité de six ans, c'est-à-dire à une aération insuffisante et aux influences morales.

Une cause physique est venue s'ajouter à ces diverses causes d'anémie; c'est un flux hémorrhoïdal assez considérable, et surtout presque permanent pendant six ans.

Aujourd'hui l'anémie a presque disparu; il n'y a pas de souffle dans les vaisseaux ni dans le cœur; les battements du cœur et les bruits de l'organe sont faibles, mais parfaitement réguliers; il n'y a pas de traces de palpitations, et s'il y a eu des syncopes autrefois, cela prouve qu'il existait encore de l'anémie, mais pas de maladie de cœur, comme cela aurait eu lieu dans le rhumatisme.

3° Quelques phénomènes goutteux se sont montrés, çà et là, dans les jointures des pieds, et récemment encore, mais sans rhumatisme, sans autre complication intérieure qu'une lésion de la vessie. Il y a bien de temps à autre du ballonnement du ventre, quelquefois de la susceptibilité de l'estomac et des intestins, mais c'est là le fait habituel aux hémorrhoïdaires.

Nous concluons donc en disant que les troubles digestifs, de même que les douleurs périphériques, sont dues aux hémorrhoïdes et à l'anémie consécutive; mais il reste à interpréter la lésion de la vessie.

4° Altération des voies urinaires. Depuis cinq ans, il y a eu hématuries; à la suite de celle de 1867, les urines sont restées pendant un an muco-purulentes, puis elles se sont éclaircies; et, depuis le mois d'août 1869, où il y a eu des accidents aigus et graves dans les organes urinaires, les urines ont constamment contenu une certaine quantité de pus, évaluée au minimum 1/40, et pendant la période aiguë à 1/4 ou à 1/3 de la totalité des urines.

Très-souvent aussi il y a eu de la dysurie, de la lenteur très-marquée pour uriner le matin; d'autres fois des interruptions du jet de liquide, et par moments il y a eu des difficultés telles, qu'il a fallu recourir à la sonde; c'est ce qui est arrivé à Vichy, il y a trois ans, et au mois d'août 1869. Il est à noter aussi que, depuis ce temps, l'équitation et les secousses de la voiture réveillent souvent des douleurs dans les reins ou dans le bas-ventre, ou au fondement. Or, une maladie caractérisée par ces trois phénomènes : 1° hématuries répétées; 2° urines purulentes depuis près de trois ans, avec des alternatives plus ou moins marquées; 3° dysurie fréquente, caractérisée par le spasme ou par l'inertie de la vessie, ne peut être rapportée qu'à une PYÉLOCYSTITE CALCULEUSE.

S'il n'y avait eu que les urines purulentes, on aurait pu songer à un simple catarrhe. Si l'on n'avait pas à tenir compte de ce qui s'est passé avant le mois d'août 1869, on pourrait penser à un abcès périvésical ouvert dans l'urèthre.

Mais les hématuries antérieures, mais la persistance de la purulence des urines depuis un an, le retour fréquent de la dysurie et l'augmentation des douleurs par les secousses, doivent faire songer à une cystite d'origine calculeuse, que ce calcul soit placé et enchatonné dans la vessie, ou qu'il ait eu son siége primitif dans les reins.

Il y a eu, d'ailleurs, de temps à autre, un excès d'acide urique et d'urates dans les urines.

C'est pourquoi nous considérons comme NÉCESSAIRE le cathétérisme de la vessie à titre d'exploration, et nous pensons QUE LE MOMENT EST OPPORTUN, par cela même qu'il n'y a actuellement aucun phénomène aigu.

Si, en effet, la dysurie ou la purulence, ou les douleurs augmentaient ou reparaissaient, on aurait à craindre de provoquer par l'exploration une inflammation aiguë.

Du reste, dans un voyage qu'il fit, il y a plusieurs mois, à Chilslehurst, M. Nélaton avait, sans exploration, affirmé à M. Conneau que l'ex-empereur portait un calcul dans la vessie.

(1) On apprend ce soir que l'ex-empereur vient de succomber.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Axenfeld, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1872-1873, par M. Lecorché, agrégé près ladite Faculté.

M. Panas, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie près ladite Faculté.

M. de Soyre est nommé chef de clinique d'accouchements près la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Chantreuil, dont le temps d'exercice est expiré.

— A la suite du concours de l'agrégation pour l'anatomie, le jury a nommé MM. Duval et Legrus agrégés.

Le candidat nommé en chimie est M. Bouchardat fils.

— Par décret en date du 31 décembre 1871, ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Marchessaux, médecin principal de 2e classe; Meurs, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Cuignet, médecin-

major de 1re classe; Reeb, médecin-major de 1re classe; Suret, médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Ferine, médecin-major de 2e classe; Termonia, médecin-major de 2e classe; Hayer, médecin-major de 2e classe; Gouroau, médecin-major de 2e classe; Blin, médecin-major de 2e classe.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Ont été nommés externes :

1. Regnard, Meurice, Richereau, Bogeau, Schwartz, Jean, Jarjavay, Rondot, Derville, Weiss, Quion, Lemaire, Robert, Barrault, Quenni, Dave, Kirmisson, Magne, Hugonneau, Brissaud.

21. Garsaux, Bouveret, Guillermet, Vibeillo, Herdenet, Goetz, Dejérine, Weissgerber, Looten, De Beurmann, Magnan, Reibel, Noel, Vallerian, Barbanneau, Benast, Havage, Ruault de Plessis, Thirault, Marot, Garcia.

41. Faucher, Ortega, Machon, Traisnel, de Vczick, Reynber, Amodru, Hache, Legendre, Levy, Rafinesque, Binse, Berdinol, Chembard, Merlin-Lemas, Bédard, Gafe, Sales, Clozel de Boyer.

61. Martellière, Viallaron, Ballet, Darcy, Cruet, Berlillon, Doumenge, Labourik, Drouin, Devilliers, Mora, Tresfort, Raoult, Trembez, Constant, Rigabert, Ambert, Demont-Porcelles, Meunier.

81. Vidard, Bieneourt, Remy, Genet, Gidon, Calmettes, Herbelin, Maygrier, Radaze, Leclerc, Bampard, Vicente, Baraduc, Demance, Gipoulon, Boisson, Lesonneur, Deschamps, Cangt, Gille, Vérane.

101. Michel, Werthamer, Ramonède, Picaud, Hiard, Drouez, Guiniard, Bories, Laloy, Manire, Doublet, Loviol, Zapala, Fiselbrand, Lecygne, Geraud, Bergui y Vina, Kamorowski, Guilhem, Roignier.

121. Rivet, Boyer, Dubreuilh, Chevallereau, Japiol, Desmazes, Bonlay, Arthus, Geoffroy, Renaut, Masseron, Gayot, Martin, Riklin, Richardin, Delagorco, Galland, Moscowitz, Blanluet, Rey.

141. Mary, Chabret, Lallement, Bouchard, Martin, Bichaud, Bichard, Heron, Cliequet, Pasquier, Gaveau, Belhomme, Courreges, Vignes, Joal, Gontard, Masson, Gastoir, Moreau, Bruel.

161. Bruchy, Le Garrec, Geny, Romain, Godfrain, Dacoste, Proudhon, Constant, Guillaumel, Chopy, Beugnon, Puishiannes, Moy, Lespine, Dangerville, Manchent, Brueteau, Pétel, Gibard, Loir.

181. Masson, Balme, Perret, Blanc, Duparc, Larcher, Vaussy, Barthélemy, Bénard, Le Menant, Morisset, Falloppe, Letondal, Vaquier, Lelongt, Samondes, Boli, Lesellier, Mearicla, Colin, Turgis.

201. Huelling, Chaignol, Blanche, Boissceuil, B.llet, Guérin.

— Le Corps médical de l'arrondissement de Castres vient de perdre un de ses membres les plus jeunes et les plus distingués, M. le docteur Doat, médecin à Lacaune, qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique.

— Par décret du Président de la République, en date du 31 décembre 1872, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Fleschut (François-Rodolphe), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

Au grade d'officier : M. Lasserre (Jean-Pierre-Rémy), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne.

Au grade de chevalier : MM. Servent (Étienne-Amédée), médecin-major de 2e classe au 9e bataillon de chasseurs à pied; Rebstock (Michel-Émile), médecin-major au 16e régiment de dragons; Baudon (Hippolyte-Julien), médecin-major au 1er régiment d'artillerie; Milon (Urbain-Eugène), médecin-major au 3e régiment de tirailleurs algériens; Ferron (Thomas-Pierre), médecin-major au 94e régiment d'infanterie; Delmas (Raymond), médecin-major de 2e classe au 5e régiment de dragons; Morisson (Louis-Auguste), médecin-major au 1er régiment de dragons; Percheron (Albert), médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes; Fressanges-Lafon (Jacques-Lucien), pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

GÉOPHAGIE. — Dans un des derniers numéros du JOURNAL AMÉRICAIN DES SCIENCES MÉDICALES, le docteur Galt donne de curieux détails sur une maladie singulière qui sévit dans l'Amérique du Sud, et qui est connue sous le nom de *géophagie :* l'habitude de manger de la terre. Cette maladie est endémique dans toute l'Amérique tropicale; dans la vallée de l'Amazone, elle sévit surtout parmi les femmes et les enfants. La population métis est celle qui se livre le plus à cette funeste manie; on compte moins de victimes parmi les tribus complétement sauvages et parmi les classes élevées.

Les récits de cette maladie paraîtraient fabuleux s'ils n'étaient attestés par des témoins irrécusables. Les enfants commencent à manger de la terre dès l'âge de quatre ans, et même plutôt : ils en meurent fréquemment en deux ou trois ans. Dans d'autres cas, ils parviennent à l'état de puberté. Le docteur Galt a vu un soldat mourant de la dysentérie, qui en est la conséquence; il avait encore, une demi-heure avant sa mort, un morceau d'argile dans la bouche.

Les officiers qui emploient des Indiens ou des sang-mêlé comme domestiques leur mettent des masques pour les empêcher de se livrer à leur passion. Les femmes qui ont des enfants apaisent leurs cris en leur mettant dans la bouche un morceau de terre. Si l'habitude persiste, la mort en est le résultat inévitable à une époque plus ou moins longue; chez les enfants, l'hydropisie paraît être le symptôme prédominant de la maladie et la cause directe de la mort.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 28 décembre 1872 au 3 janvier 1873, donne les chiffres suivants

Variole, 0. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 27. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 48. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 243. — Affections chroniques, 309 (1). — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 21. — Total, 790.

Londres : Décès du 10 au 16 novembre 1872, 1183. — Variole, 13, rougeole, 7; fièvre scarlatine, 14; diphthérie, 6; croup, 13; coqueluche, 32; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 11; diarrhée, 15; bronchite, 149; pneumonie, 81.

Bruxelles : Décès du 3 au 9 novembre 1872, 64. — Scarlatine, 1; bronchite et pneumonie, 7; entérite et diarrhée, 4.

Rome : Décès du 2 au 8 décembre 1872, 162. — Fièvre typhoïde, 6; ariole, 8; diphthérie et croup, 9; pneumonie, 13; bronchite, 9.

(1) Sur ce chiffre de 309 décès, 188 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — SOMMAIRE. Société médicale de la Suisse Romande : Tumeurs congénitales de la région ano-coxygienne. — De la pathogénie de la maladie de Bright avec atrophie rénale, et en particulier de la sclérose artério-capillaire : George Johnson. — Dénombrement de la population de France en 1872. — **Cours publics.** Clinique médicale de la Charité : Leçons sur les urines. — **Travaux originaux.** Lésions syphilitiques tertiaires des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses. — Chimie médicale : Application de la spectroscopie à l'analyse des eaux minérales. — **Correspondance.** L'essence de térébenthine antidote du phosphore. — **Sociétés savantes** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — **Revue des journaux.** Sur les altérations des muscles striés dans les inflammations traumatiques. — **Bibliographie.** Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité. — **Variétés.** Postes médicaux pour le service de nuit.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

De la curation des maladies de la peau, spécialement des maladies comprises sous le nom de dartres, à l'aide de la nouvelle médication phéniquée, par le docteur Déclat. 1 vol. in-12. Adrien Delahaye. 2 fr.

Hygiène des Européens dans les climats tropicaux, des créoles et des races colorées dans les pays tempérés, par le docteur O. Saint-Vel. 1 vol. in-12. A. Delahaye. 3 fr.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXII de la collection, année 1870). 1 vol. in-8, avec planches lithographiées. A. Delahaye. 7 fr.

Alimentation du cerveau et des nerfs, par le docteur Tamin Dospalles. 1 vol. in-8 avec planches. A. Delahaye. 7 fr.

De la curation du charbon, de la cocotte et des principales maladies qui sévissent sur les bœufs, les moutons, les chevaux et les cochons à l'aide de la nouvelle médication à l'acide phénique, par le docteur Déclat. 2e édition. 1 vol. in-12. Adrien Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 16 janvier 1873.

TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR LA PROPYLAMINE. — *Société de Biologie :* LA CORDE DU TYMPAN NERF MOTEUR : M. VULPIAN. — LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

Traitement du rhumatisme par la propylamine.

Ce traitement est à peu près inconnu en France. Il y est, en tous cas, complétement inusité. Il avait été particulièrement préconisé par le professeur Awenarius, de Saint-Pétersbourg, qui l'avait employé avec succès dans plus de deux cent cinquante cas de rhumatisme aigu plus ou moins compliqué. (*Remarques sur la propylamine; Journal de physique et de chimie*, 3e série, t. XXV, 1859). C'est sur son avis que le docteur J. Gaston l'avait essayé à son tour, et les résultats qu'il en a obtenus ont été consignés il y a quelques mois dans l'INDIANA JOURNAL OF MEDICINE, et reproduits dans le MEDICAL PRESS AND CIRCULAR, où plusieurs journaux français les ont recueillis. L'article du docteur Gaston respire un véritable enthousiasme. Il se fait fort de guérir ou tout au moins d'améliorer constamment un rhumatisme en trente-six ou quarante-huit heures.

Ces résultats ont encouragé un de nos collègues, M. Dujardin-Beaumetz, à essayer à son tour l'emploi de la propylamine. Les essais ont été faits à la Maison de santé. Ils sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse asseoir un jugement définitif; mais tels qu'ils sont, ils méritent assurément d'attirer l'attention.

La propylamine est un alcaloïde artificiel, une sorte d'ammoniaque composée. Elle a été découverte en 1850 par Wertheim en distillant la narcotine avec la potasse. C'est aussi un produit de la distillation de la saumure de hareng. Sa formule C^6H^9Az est également celle de la triméthylamine. Ce sont, d'après les recherches de M. Dessaigne, deux corps isomériques. Ces deux alcaloïdes se retrouvent dans certaines plantes et en particulier dans le *Chenopodium vulvaria*, qui leur doit son odeur infecte. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur la partie chimique de l'histoire du médicament. Ceux qui seront désireux de renseignements complets à cet égard les trouveront dans le travail de M. Dujardin-Beaumetz qui se publie en ce moment.

La propylamine, ou plutôt la triméthylamine qu'il a employée, est tirée de la saumure de hareng. C'est un liquide limpide, incolore, très-volatil, exhalant une odeur pénétrante et très-forte de poisson gâté. En ce moment le prix de ce produit est fort élevé. Il coûte 250 fr. le kilogramme. Nul doute d'ailleurs que ce prix ne s'abaisse rapidement si le médicament était universellement adopté. M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer à cet égard que le prix du chloral, qui était au début de 300 fr. le kilogramme, est aujourd'hui tombé à 20 fr.

La propylamine se dissout parfaitement dans l'eau.

La potion employée par M. Dujardin-Beaumetz est ainsi formulée :

℞ Propylamine...........	0gr,50 à 1gr,50
Eau de tilleul..........	120 »
Sirop de morphine......	30 »
Essence d'anis.........	q. s.

On peut, si l'on veut, supprimer le sirop de morphine. Les malades acceptent volontiers cette potion, malgré son odeur. La dose initiale de 50 centigr. a pu être portée à 1gr,50, et, dans certains cas, 1gr,75. Cette dernière dose ne paraît pas devoir être dépassée.

Jusqu'ici on n'a pas pu administrer le médicament en capsules; la propylamine dissolvant l'enveloppe gélatineuse. Il est probable qu'on trouvera ultérieurement un autre moyen de masquer son odeur.

Aux doses ordinaires, ce médicament ne paraît pas avoir une influence fâcheuse sur l'estomac. En portant la dose à 1gr,50 ou 2 grammes, on provoquerait, d'après M. le docteur Bermutz, qui l'a expérimenté sur lui-même, des symptômes de gastralgie très-prononcés. En même temps les sueurs paraissaient augmentées.

Nous n'avons pas de détails suffisants sur la manière dont procédait Awenarius dans l'administration du médicament. Les doses étaient celles que M. Beaumetz a indiquées. Le médicament était donné dans une solution aromatisée. La médication du docteur Gaston, où figurent concurremment le sulfate de quinine et la propylamine, manque un peu de netteté.

M. Dujardin-Beaumetz a employé la propylamine seule dans six cas de rhumatisme aigu et dans un cas de rhumatisme chronique. La guérison de la maladie avait lieu du troisième au dixième jour de l'administration du médicament dans six cas. Dans les cas très-aigus où la médication put être instituée dès le début de la maladie, les résultats ont été remarquablement rapides.

Le premier effet observé est la disparition de la douleur, qui a lieu du jour au lendemain; en vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus. Puis la rougeur, le gonflement des jointures, diminuent et en même temps la fièvre décroît.

Lorsque l'accès aigu a été ainsi enrayé, il peut survenir quelques poussées secondaires. Mais elles sont généralement légères et de peu de durée. — Les complications cardiaques ou pulmonaires ne sont la source d'aucune contre-indication. Elles suivent leur marche habituelle. C'est là du reste un point qui devra être ultérieurement examiné.

Nous avons dit que ces expériences avaient été faites par M. Dujardin-Beaumetz, à la Maison de santé. M. le docteur Besnier, titulaire du service, les reprit avec un certain sentiment de défiance, bien naturel d'ailleurs. Six rhumatisants nouveaux furent traités de cette manière, et les résultats ont été sensiblement conformes à ceux qu'avait obtenus M. Beaumetz.

M. le docteur Brouardel apporte de son côté un cas en faveur de cette médication nouvelle.

Évidemment, ces expériences sont encore trop peu nombreuses pour entraîner la conviction. Mais, telles qu'elles sont, on comprend qu'elles ont semblé mériter toute l'attention des médecins et de la Société des hôpitaux, et que ceux-ci se soient promis d'essayer de leur côté l'efficacité de la propylamine. Nul doute qu'une expérimentation faite dans de pareilles proportions et par des médecins aussi autorisés ne conduise rapidement à un contrôle sérieux et à une appréciation solide de a valeur du médicament.

La substance employée est, aux doses indiquées, inoffensive. Elle paraît réussir plus rapidement et d'une façon plus constante que tout autre agent thérapeutique employé jusqu'ici; la maladie dont on s'occupe est une de celles qu'on rencontre le plus habituellement dans les hôpitaux, et dont les suites sont tout particulièrement redoutables. Il serait difficile de trouver pour une grande expérience de thérapeutique des conditions plus favorables et plus pressantes à la fois.

La Gazette tiendra ses lecteurs au courant de ces intéressantes recherches.

Blachez.

La corde du tympan nerf moteur.

On pourrait écrire un volume avec la narration des expériences qui ont été faites dans le but d'apprécier les usages de la corde du tympan, en y joignant l'exposé des recherches anatomiques faites sur ce petit nerf et la discussion des diverses interprétations de ces faits. Cependant M. Vulpian vient de découvrir un fait qui ne paraît pas devoir être expliqué facilement.

Pendant longtemps, M. Vulpian a cru que la corde du tympan, accolée seulement au nerf lingual, s'en détachait entièrement pour transmettre ses rameaux à la glande sous-maxillaire; mais il a pu se convaincre que la corde du tympan envoie par l'intermédiaire du nerf lingual des rameaux nerveux à la langue; et depuis, les recherches de M. Prévost (de Genève), communiquées récemment à l'Académie des sciences, ont confirmé cette disposition anatomique.

Jusqu'à présent, à l'exception de Guarini (1842) qui admettait la nature motrice de la corde du tympan, on n'a pas démontré directement que la corde du tympan excitée produise des mouvements dans la langue; l'action de la corde du tympan sur l'érection des papilles du goût, admise par Claude Bernard pour expliquer l'influence de ce nerf sur le goût, constitue un phénomène relativement très-secondaire au point de vue de l'action motrice de la corde du tympan sur la langue elle-même; cependant, si peu importante qu'elle soit en apparence, et bien qu'elle ait été niée par Schiff et par Lussana, cette propriété devra de nouveau attirer l'attention des physiologistes lorsque les expériences de Vulpian seront connues.

Pour revenir à notre sujet, nous rappellerons donc que la corde du tympan, excitée directement par le pincement, le galvanisme, ne produit pas de mouvements dans la masse de la langue.

Or, les expériences de Vulpian semblent démontrer que dans certaines circonstances la corde du tympan communique au lingual, nerf sensitif, la propriété d'exciter les contractions dans les muscles de la langue. Exposons brièvement les faits :

On coupe chez un chien, d'un côté, le nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue; au bout de quatre jours environ, le bout périphérique a perdu sa motricité; excité, il ne fait plus contracter les muscles, mais alors le lingual, nerf sensitif, acquiert la propriété motrice dévolue à l'hypoglosse ; si après l'avoir coupé on excite le bout périphérique, on obtient dans la langue non pas de faibles contractions, mais des mouvements de projection de l'organe.

De ce fait on peut momentanément conclure que le lingual, après la section de l'hypoglosse, acquiert la propriété motrice ; le nerf sensitif remplace le nerf moteur !

Quelle est la cause de cette transformation ?

M. Vulpian pense que la motricité acquise par le nerf lingual est fournie par la corde du tympan, ce que l'expérience suivante tend à démontrer.

On sectionne les deux nerfs hypoglosses, et, en outre, d'un côté la corde du tympan. Or, du côté où le nerf hypoglosse est seul coupé, le lingual acquiert la propriété motrice ; du côté où l'hypoglosse et la corde du tympan ont été coupés, le lingual n'acquiert pas du tout de propriété motrice ; sectionné à son tour, excité dans son bout périphérique, il ne produit aucun mouvement dans la langue.

De cette expérience, il apparaît comme seconde conclusion que la propriété motrice acquise par le lingual est liée à l'intégrité de la corde du tympan.

Une troisième expérience permet de reconnaître directement que c'est la corde du tympan qui produit cette action motrice du nerf lingual ; en effet, si l'on coupe l'hypoglosse seul, la corde du tympan étant excitée produit des mouvements dans la langue ; elle devient motrice, tandis qu'à l'état normal elle est sensitive ou tout au plus vaso-motrice.

Il semble donc logique d'admettre que la corde du tympan acquiert des propriétés motrices après la section du nerf hypoglosse et qu'elle transmet ces propriétés au nerf lingual, probablement par l'intermédiaire des filets qu'elle envoie à ce nerf.

Le fait par lui-même est fort curieux ; mais M. Vulpian, guidé, comme l'a dit M. Claude Bernard, par l'amour le plus sincère de la vérité, nous en montre l'importance par rapport à l'étude des propriétés des nerfs.

On sait que M. Vulpian, dans les célèbres Leçons sur la physiologie du système nerveux, a développé sur les propriétés des nerfs une théorie appuyée sur des faits jusqu'à présent concluants. Pour lui, la motricité et la sensitivité ne sont pas des propriétés physiologiques spéciales des fibres nerveuses, dans le sens rigoureux du mot.

« L'action physiologique d'une fibre nerveuse, c'est-à-dire le résultat de sa mise en activité, est une excitation des centres nerveux ou une excitation des éléments musculaires. » Les fibres nerveuses ont une propriété intrinsèque, la *neurilité*, mal connue dans ses phénomènes immédiats et intimes par rapport à la fibre nerveuse, mais qui est identique dans les nerfs sensitifs et moteurs ; suivant les rapports anatomiques de la fibre nerveuse dans les centres nerveux, ou à la périphérie par les appareils qui la terminent, cette même propriété d'excitabilité spéciale transmet l'excitation motrice du centre à la périphérie ou la sensation de la périphérie au centre.

L'argument péremptoire qui, d'ailleurs, s'ajoute à plusieurs preuves tirées de l'anatomie et de la toxicologie, est l'expérience de Vulpian et Philipeaux, qui démontre qu'un nerf sensitif soudé à un nerf moteur conduit l'excitation motrice, c'est-à-dire que des fibres sensitives peuvent servir à transmettre aux muscles l'excitation motrice.

Il n'est pas besoin de rappeler que Vulpian et Philipeaux ont réussi à souder ensemble un nerf moteur et un nerf sensitif. L'hypoglosse est coupé chez un chien, le bout central est arraché, il ne reste que le bout périphérique du côté de la langue; le nerf lingual du même côté est coupé, on enlève la plus grande partie du bout périphérique qui se distribue à la langue, puis on unit le bout central du lingual au bout périphérique de l'hypoglosse; la soudure s'accomplit et alors c'est le lingual, nerf sensitif, qui transmet aux extrémités de l'hypglosse, nerf moteur, l'excitation motrice.

Ainsi avait été cent fois répétée cette preuve que les mêmes fibres d'un nerf pourraient être l'agent conducteur ou propagateur des excitations motrice et sensitive.

A priori, le fait découvert par M. Vulpian est de nature à permettre une objection à l'égard de la preuve expérimentale précédente. En effet, on pourra dire que, dans cette soudure du lingual et de l'hypoglosse, c'est la corde du tympan qui transmet les excitations motrices, et non les fibres sensitives du lingual.

M. Vulpian promet de faire l'expérience de contrôle devenue nécessaire, à savoir : la soudure du lingual et de l'hypoglosse avec la section de la corde du tympan. Si le lingual ainsi soudé ne produit plus par les excitations des mouvements dans la langue, c'est que la corde du tympan est le seul conducteur nouveau des excitations motrices. Alors, la preuve expérimentale de Vulpian et Philipeaux n'est plus convaincante, et c'est M. Vulpian qui, lui-même, en aura détruit la valeur. Mais il restera à rechercher pourquoi la corde du tympan acquiert la motricité par suite de la section du nerf hypoglosse, et nous espérons bien que M. Vulpian, trouvant l'explication du phénomène, y rencontrera une démonstration nouvelle de la théorie de la *neurilité*.

A. Hénocque.

Nous avons déjà fourni un sérieux contingent à la question du typhus exanthématique, en ce moment débattue à l'Académie de médecine; nous appelons l'attention sur deux articles qu'on trouvera plus loin : l'un de M. le docteur Michaux, permettant d'admettre que le vrai typhus s'est réellement montré à Metz pendant l'investissement (dans une proportion d'ailleurs qui ne porterait pas un rude coup à la thèse de M. Chauffard); l'autre de M. le docteur Bernheim, relative à un cas de typhus observé à Nancy en novembre 1872.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Sur la migration du pigment sanguin a travers les parois vasculaires dans la mélanémie palustre; note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 30 décembre 1872, par le docteur Léon Colin, médecin principal de l'armée, professeur à l'école du Val-de-Grâce.

L'attention des médecins et des physiologistes a été, dans ces dernières années, appelée sur deux propriétés principales des leucocytes.

Grâce à leur contractilité, ces globules saisissent et enveloppent les corpuscules étrangers qui se trouvent à leur contact; grâce à leurs changements de forme et à leurs mouvements amiboïdes, ils peuvent pénétrer à travers la paroi des petits vaisseaux et s'épancher dans les tissus.

Je n'ai pas à rappeler ici les travaux relatifs à l'un ou à l'autre de ces faits, travaux dont la principale part, en France, revient à MM. Davaine, Vulpian, Hayem, Ranvier, Lortet.

On a utilisé cette double propriété des leucocytes pour injecter, dans le sang des animaux, des substances colorantes, afin de mieux constater la migration de ces globules à travers la paroi vasculaire dans les inflammations locales.

Il existe, chez l'homme, une affection dans laquelle semblent réalisées en partie les conditions de cette expérience; c'est la mélanémie palustre.

Dans cet état morbide, le sang renferme du pigment en quantité assez considérable pour occasionner parfois, par ses agglomérations, une distension anévrysmale et même la rupture des petits vaisseaux. Ce pigment existe à l'état de liberté ou renfermé dans les leucocytes.

D'autre part, la paroi de certains vaisseaux, dans la mélanémie, est tellement tachetée de pigment, que des viscères, de coloration blanche, comme le cerveau, présentent souvent une teinte ardoisée; ces granulations pigmentaires incrustent les tuniques vasculaires à leur surface interne, dans leur épaisseur, et forment parfois une couche opaque à leur périphérie. Enfin la matière colorante peut pénétrer dans l'intimité de tous les tissus; c'est un fait que j'ai vu et décrit ainsi que bien d'autres observateurs (Frerichs, Charcot, Heschl, B. Ball, etc.).

N'y a-t-il point, en ces circonstances qui sont parfaitement connues, une relation directe entre le pigment sanguin et la pigmentation des tissus vasculaires et péri-vasculaires?

Les leucocytes ne sont-ils point les intermédiaires actifs de la migration du pigment sanguin, migration que faciliterait l'énergie du mouvement circulatoire pendant l'accès fébrile?

Nous nous bornons, pour le moment, à poser ces questions dont la solution, dans un sens affirmatif, aurait une importance si considérable au point de vue de la circulation et de la nutrition. La migration des leucocytes s'opérerait, sans doute, au même titre, sur tout le parcours des vaisseaux, dans bien d'autres états morbides et peut-être physiologiques; leur coloration pigmentaire rendrait seulement cette migration plus appréciable dans la mélanémie.

Ce mode d'infiltration du pigment sanguin dans les organes différerait entièrement, par son mécanisme, du mode admis par les divers auteurs pour qui toute pigmentation des tissus proviendrait d'une extravasation préalable des hématies donnant, par leur transformation sur place, naissance à cette matière colorante; M. le professeur Ch. Robin a opposé à cette manière de voir les données de l'analyse chimique et de la physiologie.

REVUE CLINIQUE.

Clinique médicale.

NOTE SUR UN CAS DE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE OBSERVÉ A LA CLINIQUE MÉDICALE DE NANCY (service de M. le professeur Hirtz), par M. BERNHEIM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

OBSERVATION. *Délire furieux le troisième jour. Éruption étendue de taches rosées. Absence de symptômes intestinaux. Ataxo-adynamie. Température modérée par la digitale. Persistance des symptômes typhiques. Hypostase pulmonaire. Mort le douzième jour. Absence de dothiénentérie.* — Bertrand, terrassier, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Charles le 20 novembre 1872.

Originaire des pays annexés, du val de Villé, ce malade habite Nancy depuis quatre semaines, dans une auberge misérable et de mauvais aloi, rue des Artisans. Il travaillait quelquefois dans un chantier, mais buvait plus qu'il ne travaillait et menait une vie désordonnée. Sa constitution est très-vigoureuse, jamais il n'a été malade. Ni dans la maison qu'il habite ni dans le quartier, il ne règne actuellement d'affection typhique.

Le 18 novembre, le malade dit avoir eu du malaise, de la céphalalgie intense et un frisson suivi de chaleur, de sueur et de courbature. Il s'est alité le jour même. Dans son domicile, où j'allai m'informer, on me confirme que la maladie, sans prodromes, a éclaté rapidement ce jour. Le lendemain, épistaxis, bourdonnement d'oreille.

État actuel (20 novembre au soir, 3ᵉ jour de la maladie). — Pouls 100, ample, régulier; température 40. Décubitus dorsal; face injectée, œil brillant, peau rouge et chaude, transpiration abondante. Épistaxis dans la journée. Céphalalgie intense, vertiges. Langue sèche, blanchâtre au milieu. Ventre gargouillant un peu dans toute son étendue, non douloureux. N'a pas eu de diarrhée. Rate non augmentée. Respiration bonne. Pas de râles dans la poitrine.

Quatrième jour, 21 novembre. — Température 39°,8; pouls 110. Céphalée moindre. Délire tranquille dans la nuit et le matin. N'a pas eu d'hallucinations; ne voit pas d'animaux courir sur son lit. Épistaxis ce matin. Langue sèche, fendillée, recouverte d'un léger enduit brunâtre. Deux selles diarrhéiques dans la nuit. Urines rares, rouges, avec dépôt briqueté. (Bouillon, lait, limonade; lotions tièdes.)

Soir. — Température 40°,6; pouls 118. Vers huit heures le malade, en proie à une agitation furibonde, sort du lit, se dérobe aux bras des personnes qui cherchent à le retenir, entre dans un cabinet attenant à la salle, brise les carreaux de la porte et menace du poing l'infirmier qui veut l'arrêter, puis, après quelques minutes, sort par une lucarne et se jette dans la rue du haut du second étage. Relevé, porté dans son lit, il ne présente que des contusions légères; il est probable qu'il se sera cramponné le long de la gouttière qui descend sous la lucarne jusqu'à terre. (Potion avec 0,10 extrait thébaïque.) Nuit agitée; veut se lever à plusieurs reprises.

Cinquième jour, 22 novembre. — Température 40°,2; pouls 110, dicrote, tremblotant. Face rouge, sueurs abondantes. Subdélire. Pas de diarrhée ni de gargouillement. Taches rosées disséminées sur l'abdomen et le thorax. Urines fortement colorées, albumineuses, contenant de l'indican. (Infusion d'herbe de digitale 0gr,01, cuillerée toutes les deux heures.)

Soir. — Pouls 110, tremblotant, irrégulier; température 40°,5.

Sixième jour, 23 novembre. — Température 39°,1; pouls 100, petit, irrégulier, inégal. Face hébétée; prostration profonde; subdélire. Langue sèche, brune, fendillée. Selles diarrhéiques jaunes volontaires. Urines involontaires. Taches rosées plus nombreuses. (Digitale 1 gramme.)

Soir. — Température 40; pouls 112.

Septième jour, 24 novembre. — Pouls 118, irrégulier; température 39°,2. Toujours sueurs abondantes. Nuit assez calme; carphologie, subdélire. Pupilles dilatées. Langue et bouche fuligineuses. Ventre souple, indolore. Émission involontaire d'urines et de selles liquides jaunâtres. Respiration bonne. Toux légère sans expectoration. (Digitale 1 gramme.)

Soir. — Température 39°,8; pouls 112. Agitation assez grande la nuit; le malade se lève à plusieurs reprises. Suppression de la digitale (le malade a pris 2gr,75).

Huitième jour, 25 novembre. — Température 38°; pouls 110; respiration 32. Prostration continuelle avec subdélire. Pas de diarrhée. Journée assez calme. (Lotions avec oxycrat tiède.)

Soir. — Température 38°,8; pouls 116. Nuit assez calme.

Neuvième jour, 26 novembre. — Température 38°; pouls 88. Respiration 36, forte, régulière. (Rémission par digitale). Toux rare, expectoration muco-purulente épaisse; carphologie. Les taches rosées sont plus abondantes sur l'abdomen, le thorax et les bras, la peau est hypérémiée dans leur intervalle; de plus, sur le ventre, les épaules et les bras, taches petites, rouge obscur, ne disparaissant pas sous le doigt, semblables à des piqûres de puce.

Soir. — Température 38°,6; pouls 80. Nuit un peu agitée, se lève deux fois.

Dixième jour, 27 novembre. — Température 38°; pouls 56 (par intervalles), irrégulier; respiration 30, bonne; quelques râles sous-crépitants aux bases, avec sibilances. La journée est calme; le malade est prostré, mais délire peu et semble retrouver un peu son intelligence engourdie. Les fuliginosités, enlevées avec un linge, ne se reproduisent plus aussi vite. Il prend des bouillons et avale plus facilement. Urines toujours involontaires; ne sont plus albumineuses.

Soir. — Température 38°,2; pouls 72; respirations 32.

Onzième jour, 28 novembre. — Température 39°; pouls 50 (par intervalles); respiration 32. Nuit assez calme; prostration sans délire agité; mouvements fibrillaires des muscles; ventre souple; selles et urines involontaires; avale facilement du café au lait.

Soir. — Température 39°,5; pouls 70; respiration 40. Éruption persistante, un peu plus foncée.

Douzième jour, 29 novembre. — Température 39°; pouls 67 (inégal); respiration 34. Prostration considérable; langue sèche, ligneuse; respiration saccadée, courte, suspirieuse, 34. Râles sous-crépitants et submatité en arrière, des deux côtés dans la moitié de la hauteur. Teinte cyanosée. Délire, plaintes. Sueurs. Avale difficilement. (Tisane de café au rhum. Sinapismes promenés sur le corps, affusions froides.) La température, mesurée après l'affusion, est restée à 39°.

Soir, cinq heures. — Température 40°,6; pouls 90; respiration 50, trachéalo. Mort à huit heures.

Autopsie, trente-six heures après la mort, par M. Spillmann, chef des autopsies. — Décomposition cadavérique assez avancée; rigidité peu prononcée. Les taches rosées ont disparu; à l'épaule droite on voit encore les points ecchymotiques.

Adhérence complète du poumon droit à la plèvre pariétale.

Les deux poumons sont congestionnés, infiltrés de sang et de sérosité spumeuse, splénisés; le poumon gauche plus dense que le droit, moins crépitant. A la base du lobe inférieur droit est une partie, comprenant le tiers de ce lobe, qui n'est pas engorgée, mais emphysémateuse.

Le cœur a son volume normal; il est flasque, le muscle décoloré. Caillots récents dans le cœur. Au microscope les fibres musculaires ont l'aspect normal.

Sang noir liquide, poisseux, se prenant en une masse sirupeuse. Au microscope, globules rouges d'apparence normale; augmentation de 1/3 du nombre des globules blancs. Cristaux sanguins.

Foie volumineux; tissu pâle jaune, un peu flasque; arborisations veineuses à sa face convexe. Les cellules hépatiques sont remplies de granulations fines protéiques et graisseuses, mais ne contiennent pas de grosses gouttes de graisse (tuméfaction trouble).

Rate assez volumineuse, 17 centimètres de long, 13 de large, assez consistante, rouge foncé lie-de-vie.

Pas de liquide péritonéal. Ganglions mésentériques non engorgés. Intestins distendus. A leur face externe on voit par places quelques petites arborisations vasculaires qui ne correspondent pas aux plaques. Muqueuse d'apparence normale. Follicules clos bien visibles. On reconnaît trois plaques de Peyer qui font un petit relief blanchâtre sur la muqueuse; l'une, à 50 centimètres de la valvule, a 5 centimètres de long sur 2 de large; deux autres petites sont visibles vers le milieu de l'intestin grêle. Il n'y a aucune trace d'hypérémie ni au niveau des plaques, ni en aucun autre point de tout le tractus intestinal.

Reins d'aspect normal; épithélium des tubes urinifères infiltré aussi de granulations fines (tuméfaction trouble).

Crâne. — Ecchymose sous le cuir chevelu vers la région pariétale gauche (traumatique); crâne intact; veines et sinus gorgés de sang sirupeux. Méninges normales; substance grise un peu congestionnée, rosée; pas de sablé.

Pas de liquide dans les ventricules.

Considérations. — En résumé, un jeune homme se présente avec une fièvre intense et des symptômes typhiques datant de trois jours. Il a un accès de délire furieux le quatrième jour, des taches rosées se dessinent et se généralisent; l'adynamie est profonde. La digitale donnée le cinquième, sixième et le septième jour modère la température et l'agitation nerveuse; l'adynamie continue, l'hypostase pulmonaire vient le dixième jour et la mort le douzième.

Est-il besoin de justifier le diagnostic de typhus exanthématique? Il s'appuie sur les faits suivants :

1° L'invasion rapide et sans préambules. Elle est dans les mœurs du typhus exanthématique, exceptionnelle dans l'iléo-

typhus. Griesinger estime à 10 pour 100 la proportion des cas de fièvre typhoïde non précédés de prodromes.

2° La température arrivant dès le troisième soir à 40 degrés C., restant près de 40 le matin, montant à 40°,6 le soir et se maintenant à peu près à ce niveau jusqu'à la digitalisation. Il est vrai que dans la fièvre typhoïde la chaleur peut arriver à son acmé le quatrième jour du début de la fièvre; mais il n'est pas commun d'y voir le troisième soir le thermomètre à 40 degrés C.

3° Les symptômes nerveux arrivant d'emblée au summum de leur expression, la face injectée, le regard brillant, l'excitation poussée jusqu'au délire furieux. Dans la fièvre typhoïde la physionomie devient rêveuse, apathique ; le délire ordinairement calme, vague, moins fixe, ne vient pas d'ordinaire avant la fin du premier septénaire; le délire furieux y est rare ; dans le typhus, le délire agité s'observe dès le début. Chez notre sujet, lorsqu'on assista à ces phénomènes d'excitation cérébrale, on pensa d'abord à une fièvre typhoïde exagérée dans ses manifestations nerveuses par l'addition de l'excitant alcoolique. L'alcoolisme aigu peut développer une manie furieuse ; mais dans l'immense majorité des cas, cette forme se termine par la guérison après un sommeil prolongé qui lui sert de crise. L'alcoolisme peut développer aussi un délire aigu bien décrit par M. Delasiauve, qui, sans aller jusqu'à la fureur, est caractérisé par une loquacité extrême, une agitation incessante, suivie d'adynamie et de mort. Mais l'alcool seul ne crée pas une pyrexie avec fièvre continue précédant le délire et lui survivant, avec taches rosées généralisées avec un sang diffluent et poisseux, avec une rate gonflée.

4° La prostration immense, l'adynamie, les fuliginosités, la langue sèche, brune, ligneuse, le relâchement précoce des sphincters, dès le sixième jour : voilà ce qu'on observe dans le typhus. Jamais la typhoïde n'offre ce tableau dans le premier septénaire ; ces symptômes appartiennent dans cette maladie à la seconde période qui ne commence que le troisième septénaire, période amphibole comme l'appelle Wunderlich, période d'infection secondaire, comme l'appelle M. Hirtz. Si le catarrhe bronchique avec ses sibilances s'y développe dès la fin de la première semaine, si une vraie pneumonie peut, bien que rare, compliquer la maladie dès le début, il n'en est pas de même de l'engouement ou splénisation dite hypostatique, qui accompagne l'adynamie, qui est comme elle une lésion de la deuxième période.

2° L'absence de phénomènes intestinaux : notre malade a présenté quelques selles diarrhéiques; mais pas de météorisme, pas de sensibilité abdominale, pas de gargouillement iléo-cæcal.

6° L'éruption généralisée de taches rosées et de taches semblables aux piqûres de puces. Cet exanthème peut aussi, exceptionnellement, se rencontrer aussi prononcé dans l'iléotyphus ; d'ordinaire, cependant, la roséole typhoïde ne débute que vers le neuvième ou le dixième jour et reste disséminée sur l'abdomen et le bas du thorax. L'exanthème, dans notre cas, ne fut pas pétéchial ni absolument caractéristique : il est bon de se rappeler, à ce propos, que l'exanthème n'est pas un phénomène constant du typhus; à l'hôpital des fiévreux de Londres, Murchison le vit manquer dans une proportion de 105 pour 100 sur 3506 malades; c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas.

7° La mort le douzième jour. Dans le typhus, la mort arrive le plus souvent dans les derniers jours du second septénaire, ou dans les premiers du troisième. Dans la typhoïde, la mort est rare avant la période d'ulcération, c'est-à-dire avant le troisième septénaire.

8° L'absence de la dothiénentérie, signature anatomique de la fièvre typhoïde. Objectera-t-on que notre malade est mort trop tôt pour que la lésion fût manifeste? Mais on a vu les plaques tuméfiées et congestionnées du quatrième au cinquième jour (Trousseau), le sixième jour (Murchison), le cinquième jour (Bretonneau, Forget, Brintow). Si l'on ne peut dire au juste quel jour commence la lésion, si elle précède la maladie générale ou si celle-ci la précède, tous les auteurs sont d'accord pour dire que le dixième jour les plaques sont gonflées, recouvertes d'une muqueuse gris rouge, molles ou dures, réticulées ou gaufrées; il y a des furoncles intestinaux.

L'ulcération débute d'ordinaire le neuvième ou dixième jour; on l'a vue le huitième jour (Louis), le neuvième (Forget); on a vu une perforation le cinquième (Murchison). D'autre part, on a vu les plaques non encore ulcérées le douzième jour (un cas de Louis); Chomel a vu les plaques non ulcérées deux fois le huitième, une fois le onzième, une fois le douzième jour.

Ainsi le douzième jour, jour où notre malade est mort, nous sommes au début de la période d'ulcération ou d'escharification. Les plaques peuvent ne pas être ulcérées; mais elles sont au moins au summum de leur tuméfaction hyperplasique.

9° L'observation de cas de typhus bien caractérisés à Nancy depuis l'occupation allemande. Avec notre maître M. Hirtz, nous prononcions à l'aspect de notre malade le nom de typhus, sans savoir que d'assez nombreux cas de typhus sporadique, de vrais typhus, avaient été observés à Nancy. M. le professeur Victor Parisot a observé une quinzaine de cas à l'hôpital Saint-Charles, dont quatre avec autopsie, sans lésion intestinale. Au mois de mars dernier, deux femmes typhiques étaient couchées à la salle Sainte-Françoise de l'hôpital Saint-Charles; la supérieure de l'hôpital voulut elle-même faire leurs lits; elle contracta un typhus bien caractérisé qui, le troisième jour, s'accompagna d'un exanthème généralisé, lequel devint pétéchial. Il y eut un délire agité portant sur des idées fixes, puis de l'adynamie; elle mourut le neuvième jour.

Au mois de juin, un garçon du lycée entra à l'hôpital vers le huitième jour avec des symptômes ataxo-adynamiques, du délire furieux ; il n'y eut pas de pétéchies ; il mourut, et à l'autopsie on ne rencontra que de l'hypostase pulmonaire et des congestions viscérales ; rien dans l'intestin.

Presque tous les typhiques qui passèrent à l'hôpital, nous dit M. Victor Parisot, sortaient de la rue des Artisans ou de la rue voisine de l'Équitation : notre malade venait du même quartier.

M. le docteur Demange et M. le docteur Didion, ont observé, l'un à l'ambulance de la manufacture des tabacs de Nancy, l'autre à l'hôpital civil de Metz, des cas de typhus bien caractérisés (communication à la Société de médecine de Nancy); MM. les docteurs Émile Parisot et Spillmann ont observé chacun un cas très-nettement caractérisé par l'éruption et l'évolution clinique.

Les médecins de Nancy et de Metz ont donc observé des cas de typhus; M. Demange a fait plusieurs fois des autopsies où la lésion intestinale manquait ; Niemeyer, qui inspecta les ambulances pour s'assurer s'il y avait du typhus, rencontra surtout de la fièvre typhoïde, ce fut l'affection dominante, mais il rencontra aussi, dit-il à M. Demange, des cas de typhus, bien que rares. Il n'y a pas eu d'épidémie de typhus pendant la guerre, mais il y a eu des cas assez nombreux, disséminés, de cette maladie. Il est vraisemblable que celui que nous avons eu sous les yeux est un des derniers dont l'étiologie mal éclaircie, est due à l'importation.

Le typhus ne s'acclimate pas dans notre pays, il ne prend pas racine sur notre sol, mais il y peut être importé; il peut s'y développer, il peut, sans doute, y être développé artificiellement; il s'éteint toujours spontanément au bout d'un certain temps, quand les causes accidentelles de son développement, mais non inhérentes à notre sol ou à notre constitution, ont disparu.

J'aborde maintenant quelques considérations spéciales relatives au cas particulier. Quelle a été l'influence de la digitale sur l'évolution de la maladie?

$2^{gr},75$ ont été pris. La température est descendue progres-

sivement dès le second jour de l'administration du médicament; elle est arrivée le quatrième jour à 38 degrés le matin, 38°,8 le soir; pendant trois jours, cette rémission s'est maintenue, de sorte qu'au total la température a été diminuée de 1 degré pendant deux jours, de 2 degrés pendant trois jours. Ce n'est qu'à l'agonie que le thermomètre est revenu au degré primitif, au-dessus de 40. Le pouls aussi a baissé, moins rapidement, jusqu'à 50 par moments, restant tremblotant, irrégulier. La fièvre a donc été atténuée et en même temps certains symptômes commandés par la chaleur se sont atténués, l'agitation a diminué, le délire est devenu plus calme, le malade a retrouvé un peu son intelligence engourdie; les fuliginosités enlevées se sont reproduites moins vite.

Malgré cette rémission fébrile et cette modération des symptômes dus à la fièvre, l'évolution typhique a suivi son cours et le malade a succombé à l'adynamie et à l'hypostase pulmonaire.

C'est que si la digitale modère quelques-uns des symptômes dus à l'excès de chaleur, elle ne peut rien contre ceux dus à l'agent typhique lui-même, miasme fermentescible qui se multiplie dans le sang et l'intoxique, et agit sur les centres nerveux. A cette intoxication est dû l'état dit typhoïde; la prostration, l'adynamie, la paralysie nerveuse, et à sa suite l'engorgement sanguin des poumons. Contre cette intoxication la digitale ne peut rien; elle agit contre la chaleur, non contre la maladie elle-même, contre la fermentation morbide du sang. Elle est le spécifique de la fièvre; elle n'est pas l'antidote du miasme typhique.

Un mot encore relatif à la splénisation pulmonaire double que l'autopsie a révélée, faite les trois derniers jours du malade. Preuve que ce n'est pas une simple lésion due à l'hypostase, c'est-à-dire au décubitus, c'est que cette lésion est bien plus accentuée après peu de jours de typhus que souvent après plusieurs semaines de fièvre typhoïde. La déclivité ne joue certainement qu'un rôle très-accessoire dans sa genèse. Chez notre sujet, la partie la plus déclive, une portion du lobe inférieur droit, est la seule qui ait respiré jusqu'à la fin et soit devenue emphysémateuse. La pneumonie hypostatique se développe dans toutes les maladies qui engendrent l'adynamie. La faiblesse du cœur, la diminution de la tension artérielle, ne suffisent pas à l'expliquer, car l'asystolie la plus grande des affections cardiaques développpe un œdème pulmonaire progressif, mais ne fait pas si vite une congestion presque foudroyante du poumon. C'est une altération de cause nerveuse. Est-elle due à l'hypérémie névro-paralytique par diminution d'action du sympathique? Est-elle due à la parésie du nerf vague, d'où, comme dans les expériences de Traube, inertie des cordes vocales et pénétration dans les poumons de parcelles de mucus, d'épithélium et d'aliments? Est-elle due enfin, c'est une idée théorique que je me permets d'exprimer, à une certaine paralysie des filets sensitifs centripètes du nerf vague pulmonaire, à une certaine diminution de la sensibilité inconsciente de la muqueuse broncho-pulmonaire, d'où absence de mouvements réflexes, soit des cils vibratiles, soit des muscles bronchiques qui chassent les sécrétions accumulées. Le déchet épithélial pulmonaire s'accumulerait comme s'accumule sur les muqueuses buccale et nasale l'enduit fuligineux que les muqueuses à sensibilité émoussée ne chassent plus par des réactions réflexes? Peut-être plusieurs de ces causes réunies interviennent-elles dans le mécanisme de la splénisation typhoïde. Les théories sont fragiles : la seule chose certaine est que cette lésion est commandée par un certain état paralytique du système nerveux.

Pour terminer cette note, voici les conclusions qui découlent de cette observation :

1° Nous avons observé à Nancy, en novembre 1872, un cas de typhus exanthématique; un certain nombre de cas disséminés ont été observés antérieurement depuis l'occupation allemande.

2° La digitale a modéré la température pendant cinq jour et quelques symptômes (délire, agitation, fuliginosités) en rapport avec la chaleur.

3° Les symptômes dus à l'intoxication typhique (adynamie, hypostases) ont continué leur évolution.

4° L'hypostase pulmonaire ne s'explique pas par le seul fait du décubitus et de la faiblesse du cœur : elle est due à une paralysie nerveuse.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Du typhus exanthématique à Metz, dans la population civile, à la suite du blocus.

J'assistais, il y a quelques semaines, à la séance de l'Académie de médecine, dans laquelle M. le docteur Chauffard a lu son remarquable travail sur le typhus exanthématique. A l'intérêt qu'offrait à tout auditeur un sujet traité d'une façon aussi magistrale, venait se joindre chez moi une émotion profonde, qui se comprend sans peine, en entendant retracer, dans un si magnifique langage, toutes les épreuves de cette pauvre ville de Metz, restée si chère à tous ses enfants. Mais tout en écoutant cette lecture, à moitié entraîné par cette parole convaincue, je ne pouvais m'empêcher de me dire à moi-même : Est-ce bien là le tableau exact de ce qui s'est passé? N'avons-nous vu à Metz, du moins dans la clientèle civile, que de la fièvre typhoïde? En y réfléchissant dans le silence du cabinet, en faisant appel aux souvenirs d'un grand nombre de mes confrères, il m'a paru que j'obéissais à un devoir de conscience en faisant connaître certains faits qui doivent, ce me semble, nous engager, pour le moins, à suspendre un jugement définitif, et nous faire hésiter à admettre dans leur intégrité les conclusions du savant professeur.

Certes, je ne me dissimule point tout ce qu'offrent d'incomplet les quelques lignes qui vont suivre, et j'ai longtemps hésité avant de les faire paraître. J'aurais voulu pouvoir présenter les faits avec une rigueur scientifique qui ne pût laisser aucun doute dans les esprits : quelque défectueux qu'en soit le récit, j'ai cru cependant qu'il y avait intérêt à les faire connaître, malgré leur insuffisance. S'ils n'ont pas été publiés, c'est qu'à cette triste et lugubre époque, chacun de nous était tellement absorbé, ou plutôt tellement écrasé par les fatigues d'un exercice professionnel auquel on pouvait à peine suffire, qu'aucune observation écrite n'a pu être prise, qu'aucune autopsie (1) n'a pu être faite. Notre société de médecine avait dû même suspendre ses séances. Comment, dans ces circonstances, l'un de nous eût-il pu entreprendre d'écrire la relation de ce qui s'est passé à Metz dans ces jours de deuil? Où trouver la liberté d'esprit nécessaire pour un pareil travail, quand il faut être tout le jour sur la brèche, luttant pied à pied contre le fléau qui nous envahit, et qu'à toutes les fatigues corporelles viennent se joindre les plus cruelles souffrances morales? Toutefois, si les matériaux nous manquent complétement pour tracer d'une manière rigoureuse l'histoire du typhus à Metz, le souvenir en est gravé dans notre mémoire à tous en traits assez profonds pour nous permettre, au moins, d'affirmer son existence de la manière la plus nette et la plus positive.

Je laisserai d'abord la parole à mes honorables confrères qui ont bien voulu me fournir quelques renseignements. Mon excellent ami et collègue des hôpitaux, M. le docteur Didion (2), chargé, à cette époque, du service médical à l'hôpital Bonsecours et de deux salles de fiévreux à la grande ambulance du polygone, m'écrit de Nancy les lignes suivantes : « Pour mon compte, j'ai vu un grand nombre de malades atteints de typhus, non-seulement dans la pratique civile, mais dans mes salles du polygone et à Bonsecours. Les médecins allemands qui sont venus dans mes salles de Bonsecours pour savoir à quoi s'en tenir, ont examiné, questionné les malades, les sœurs, regardé le ventre, les membres inférieurs, les pétéchies, les taches de purpura. « C'est bien vraiment le typhus », ajoutaient-ils.

» Quant aux malades du polygone que j'ai fait voir à M. Isnard et à d'autres confrères, nul doute ne pouvait exister à leur sujet : fièvre, vomissements, hoquet incoercible, délire avec ou sans hallucinations, quelquefois diarrhée, selles involontaires, eschares, visage profondément altéré (à se demander si ce n'était déjà pas des cadavres), peau froide, visqueuse, sueurs froides, pouls faible, déprimé ou même absent, pétéchies, gangrène, etc., mort dans la moitié des cas, qu'est-ce donc que cette maladie, sinon le typhus des armées?... Et en ville, ce pauvre

(1) Si difficile du reste, comme chacun sait, à pratiquer en ville.

(2) M. le docteur Didion a fait sur le même sujet une communication à la Société de médecine de Nancy.

jeune M. K..., entre cinquante autres : — premier jour, céphalalgie atroce, vomissements incoercibles, oppression extrême; douleurs lombaires, pouls à 75 pulsations; — deuxième jour au matin, taches pétéchiales sur le haut de la cuisse droite, continuation des mêmes symptômes; — deuxième jour au soir, le corps entier est à peu près couvert de ces taches bleues ou noirâtres. Mort le troisième jour à sept heures du matin. Qu'est-ce que cela, sinon le typhus? »

M. le docteur Méry, médecin principal, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, qui a observé le typhus en Crimée, ne met pas non plus la chose en doute. Pour lui, nulle différence entre les cas observés pendant la campagne d'Orient et ceux observés à Metz. « Vous me demandez, m'écrit-il, mon opinion nettement formulée sur le typhus que je crois vous avoir signalé l'un des premiers, après le blocus de Metz. Je vais le faire en peu de mots. Je ne sais si le typhus a épargné les hôpitaux. J'ai eu, pour ma part, à soigner, rue des Trinitaires, un jeune mobile qui, après un traitement de dix jours à l'hôpital des Tabacs, fut recueilli chez un de ses parents, où il est mort du typhus le mieux caractérisé que j'aie jamais rencontré en Crimée... Mais pour ce qui concerne les malades de notre pauvre ville, je puis vous assurer que j'ai rencontré un grand nombre de cas de typhus, de gravité variable, mortels chez les uns, plus légers et comme à l'état naissant chez les autres. Là, j'ai retrouvé, et d'une manière frappante, la marche et le développement du typhus, à son apparition en Crimée à la fin de l'hiver 1854-55, et si le blocus eût duré quelque temps de plus, nous aurions eu ici une seconde édition des désastres de Crimée. Il faut bien se persuader, en effet, que la marche du typhus ne ressemble en rien à la marche d'aucune autre épidémie. Pour le choléra par exemple, les premiers coups sont les plus terribles, les premiers accidents presque toujours mortels. Pour le typhus, son évolution est lente et insidieuse; *crescit eundo;* ce n'est qu'après un temps prolongé que le mal atteint sa plus irrésistible violence... »

« Certainement, m'écrit M. le docteur Herpin, actuellement à Dijon, le typhus et le typhus *petechialis* a régné à Metz dès le courant d'octobre; je l'ai observé tout à la fois et à l'ambulance des Tabacs, — où j'avais, comme vous le savez, un service de 300 malades; 120 typhoïdes ou typhiques et 180 varioleux, — et dans le quartier populeux que j'habitais. Le premier cas que j'eus occasion d'observer fut chez une femme qui demeurait au n° 5 de la rue Chambière. Elle était souffrante depuis quelques jours quand je la vis pour la première fois. Début par frissons, fièvre, céphalalgie frontale, violents tintements d'oreille, le même soir, surdité, taches pétéchiales nettement caractérisées, sur le cou et à la partie antérieure du thorax. Le lendemain, cette femme mourut. Je vis, dans le même quartier de la ville, d'autres typhiques pendant les mois d'octobre et de novembre, présentant tous les mêmes symptômes, et presque toujours l'éruption caractéristique, mais à des degrés variables. Le dernier cas que j'observai fut chez ma sœur. Le 10 décembre, elle se plaignait d'abattement, de céphalalgie frontale, de douleurs aiguës dans les membres. Le lendemain 11, les yeux étaient injectés, la surdité commença. Le quatrième jour, des pétéchies apparaissaient sur la poitrine et le cou, la stupeur augmentait, par intervalles vomissements verdâtres. La langue était sèche et dure, les dents fuligineuses, pouls fréquent de 120 à 130. Notre confrère, le docteur Méry, vint plusieurs fois voir ma sœur, et son avis, conforme au mien, était que nous nous trouvions aux prises avec le véritable typhus. Or, ma sœur n'avait pas mis les pieds dans les ambulances pendant le blocus; c'était donc moi qui avais servi de véhicule au miasme. Un de mes oncles qui habitait la campagne vint plusieurs fois voir sa nièce, il contracta lui-même le typhus, mais l'affection fut moins grave chez lui. L'épidémie était alors à son extrême déclin. »

« J'ai observé, m'écrit de Nancy, M. le docteur Eug. Marchal, comme vous avez pu le faire vous-même, des cas évidents de typhus exanthématique, et j'ai eu la bonne fortune de pouvoir les constater en compagnie de confrères qui en avaient déjà vu un grand nombre. Au n° 57 de la rue des Allemands, madame Vincler, âgée de vingt-huit ans, fut atteinte, le 19 octobre, d'une varioloïde très-légère, qui se borna à la face et à quelques boutons disséminés sur les membres. Cette varioloïde était entièrement guérie, et la malade sortait depuis le 28 octobre de sa chambre, lorsqu'elle fut prise, dans la nuit du 17 au 18 novembre, de délire tranquille; appelé dans la soirée du 18, je trouvai, à côté du délire, le pouls à 70, faible, de la diarrhée et un peu de prostration. Cet état, qui ne m'avait pas beaucoup préoccupé au premier moment, persista les jours suivants, en s'aggravant de jour en jour, c'est-à-dire que le délire augmentait ainsi que la prostration; le pouls restait petit et peu fréquent. Le 23, vivement tourmenté, j'appelai notre confrère, M. le docteur Toussaint, en consultation; il ne partagea pas cette fois mes appréhensions. Mais le 26, sur ma demande, une nouvelle consultation eut lieu, et MM. Méry et Isnard nous furent adjoints. A ce moment le délire était constant et tranquille, la prostration complète, la diarrhée persistante. Le tronc était couvert, principalement à la base de la poitrine et sur la région abdominale, de taches pétéchiales très-abondantes. Il n'était pas possible de confondre ces taches avec des traces de l'éruption variolique qui avait été très-légère et n'avait pas paru du tout sur la région occupée par l'éruption pétéchiale. MM. Isnard et Méry n'hésitèrent, ni l'un ni l'autre, à reconnaître un typhus exanthématique bien caractérisé, et ce cas me frappa d'autant plus que c'était le premier de ce genre qu'il m'était donné d'observer. Cette pauvre femme succomba le 27, après dix jours de maladie.

» Le jour même de sa mort, une malade qui avait été vue par M. Toussaint fut prise par des douleurs de l'enfantement vers la fin du huitième mois de la grossesse. Appelé sur l'invitation de notre confrère, je trouvai une femme arrivée à la dernière période du travail; elle était, me dit la famille, malade depuis quelques jours seulement, le pouls était petit et fréquent, le délire n'avait pas cessé depuis quarante-huit heures; l'abdomen était couvert de petites taches pétéchiales très-abondantes. L'accouchement fut rapide, l'enfant était mort depuis plusieurs jours. La femme succomba pendant l'après-midi sans être sortie de son état de prostration. Dans la même maison, deux ou trois autres personnes succombèrent à la même époque et avec des symptômes analogues..... Le temps n'était pas aux observations dans ce douloureux moment; cependant ces deux faits, nouveaux pour moi, m'avaient si vivement frappé que je les avais relatés en quelques mots sur mes notes, et que le souvenir m'en poursuivait, lorsque retenu moi-même sur mon lit par la maladie, je recevais cinq ou six jours plus tard vos excellents soins. »

Qu'il me soit permis, pour abréger et éviter des redites inutiles, de faire connaître sommairement l'opinion de plusieurs autres de mes confrères. Pour M. le docteur Toussaint (aujourd'hui à Charleville) l'épidémie observée à Metz d'octobre à décembre a eu des caractères communs au typhus et à la fièvre typhoïde, mais, à coup sûr, se rapprochant plus de la première de ces affections que de la seconde. Quoi qu'on en puisse dire, m'écrit de Saint-Mihiel M. le docteur Ouzaneau, il y a eu à Metz des cas nets de typhus. J'en ai vu un à l'ambulance du Polygone dans le service de M. le docteur Rosman, qui m'invita à venir le voir ; ma mémoire à cet endroit est d'une netteté parfaite. J'en ai moi-même observé quelques cas dans la pratique civile. M. le docteur Quarante, actuellement à Paris, confirme également notre manière de voir. « Ce que je peux vous garantir, c'est que j'ai été témoin de 15 à 20 cas de typhus exanthématique. L'un de mes malades, M. R..., lieutenant d'infanterie, a été vu en consultation par M. Didion, et a succombé le quatorzième jour avec l'éruption pétéchiale la mieux caractérisée. J'ai perdu environ la moitié de mes malades, les autres se sont rétablis. » J'ai interrogé, m'écrit de Metz M. le docteur Winsback, plusieurs de nos confrères, MM. Mahalin, Rosman, Perrin, qui sont convaincus d'avoir eu des malades atteints de typhus. Pour M. Legrand, médecin honoraire des hôpitaux civils, la question ne saurait être douteuse. Pour moi j'en suis également sûr. » Mon collègue des hôpitaux, M. le docteur Defer, m'a dit également en avoir observé.

Je pourrais rapporter aussi un certain nombre de cas analogues à ceux cités par mes confrères. Je me bornerai à la description sommaire de ce qui s'est passé dans deux orphelinats dont j'étais le médecin. A la maison des orphelines de Saint-Joseph, rue Marchant, une partie de la maison étant occupée par une ambulance contenant environ 50 blessés, toutes les jeunes filles avaient été resserrées dans une autre aile du bâtiment. Du commencement d'octobre à la fin de novembre, plus de 40 enfants, de dix à vingt ans, tombèrent malades, et sur ce nombre 20 succombèrent, 6 avant le huitième jour. Début par céphalalgie, courbature, fièvre modérée, vomissements fréquents, parfois incoercibles, soif ardente, dans quelques cas inextinguible, puis délire avec hallucinations fréquentes, taches pétéchiales le plus souvent localisées sur la poitrine et l'abdomen, généralisées dans 3 ou 4 cas, n'ayant manqué que 2 fois chez toutes celles qui ont succombé; conjonctives injectées d'un sang noirâtre, oreillons, puis le pouls devenait petit, misérable, fréquent; la respiration haletante, la prostration augmentait de jour en jour, dans quelques cas s'accompagnant de perte complète de connaissance, le plus souvent la connaissance persistait à travers quelques idées délirantes. Au milieu de ces symptômes, pas ou peu de symptômes abdominaux. J'en fus extrêmement frappé. Je ne crois pas avoir observé un seul cas de météorisme : les malades exhalaient une odeur *sui generis*, telle que la sœur qui soignait ces pauvres enfants avec autant d'intelligence que de dévouement me demanda si cette affection n'était pas la peste. La langue sèche, rouge à la pointe, ne présentait pas d'ordinaire ces enduits fuligineux si fréquents dans la fièvre typhoïde grave. Le facies profondément altéré différait aussi de cet état d'hébétude propre à la dothiénentérie. Dans 4 ou 5 cas, des enfants arrivées vers le septième jour, que j'avais laissées la veille dans un état assez satisfaisant, étaient mortes ou mourantes le lendemain matin, sans avoir présenté, du côté des principaux viscères, aucun symptôme particulier qui pût expliquer la rapidité de la mort. Est-ce là l'allure ordinaire, la physionomie habituelle d'une épidémie

de fièvre typhoïde, quelque maligne qu'on la suppose ? Evidemment non : ajoutons que l'infirmière qui donnait des soins à ces enfants tomba elle-même gravement malade de la même affection, ainsi que trois autres personnes employées comme sous-maîtresses dans la maison. Peu de jours après le début de l'épidémie, j'avais immédiatement écrit à l'autorité militaire pour provoquer l'évacuation de l'ambulance qui eut lieu quelques jours après. Les enfants malades purent être disséminées dans leurs anciennes infirmeries, préalablement désinfectées et largement aérées. Depuis le commencement de novembre on pouvait se procurer une nourriture convenable et l'épidémie céda.

Pareil fait se produisit à l'orphelinat Sainte-Constance, huit ou dix jours après. Cet établissement ne renferme ordinairement que 60 enfants, mais le nombre en avait été doublé par suite de l'évacuation du bureau de bienfaisance, dit des Récollets, converti lui-même en ambulance. De plus, il faut remarquer que l'on y apportait, pour y être lavé, tout le linge provenant de la grande ambulance de la manufacture des tabacs, renfermant de 600 à 800 malades. Quinze enfants tombèrent malades en l'espace de quinze jours, et huit succombèrent en présentant les symptômes précédemment décrits, une d'elles dès le troisième jour. Sur huit sœurs de Saint-Vincent-de-Paul attachées à l'établissement, cinq tombèrent malades, et une mourut le dixième jour. Là encore je me hâtai de renvoyer aux Récollets les enfants exposées à la contagion, et quelques jours après tout était rentré dans l'ordre. Et qu'on ne croie pas que les deux établissements dont je viens de parler soient exposés par leur situation topographique ou leurs mauvaises conditions hygiéniques aux épidémies de fièvre typhoïde, ou que la maladie y revête en temps ordinaire des formes plus graves. Sainte-Constance est dans d'excellentes conditions sous ce rapport ; Médecin depuis quatorze ans de cet orphelinat, je n'y ai pas constaté une seule épidémie de fièvre typhoïde, même à forme muqueuse. A l'orphelinat Saint-Joseph, qui occupe l'ancien pensionnat des Dames du Sacré-Cœur, les conditions d'aération y sont très-bonnes : j'ai vu là une seule épidémie, et sur une trentaine d'enfants malades dont quatre ou cinq très-gravement atteintes, pas une n'avait succombé.

L'affection avait débuté par la partie de la population étrangère à la ville, par cette masse de convoyeurs et d'habitants des villages environnants dont un grand nombre venu à Metz sans ressources, sans logement, sans nouvelles des leurs, se trouvaient dans un état de dépression physique et morale sur lequel on conçoit sans peine que tout élément morbide devait trouver une prise facile. La misère et les privations y étaient bien plus grandes que dans les hôpitaux, ce qui exprime suffisamment l'immunité relative de ces derniers, pour lesquels l'encombrement céda presque immédiatement après la capitulation. De là le fléau ne tarda pas à se répandre dans toute la ville, et la mort frappa dans tous les rangs de la société. Dans les trois mois d'octobre, novembre et décembre, la mortalité s'éleva au chiffre de 1800 décès (suite de typhus, fièvre typhoïde, variole et dysenterie). La moyenne annuelle étant ordinairement de 1200 décès.

Si l'apparition incontestable du typhus à Metz n'a été que de courte durée, cela tient à ce que les conditions qui lui avaient donné naissance se sont promptement modifiées. Dès le 1er novembre tous les habitants des campagnes se sont empressés de regagner leurs demeures : peu après, l'armée subissait son triste sort et partait pour l'Allemagne. Quelques jours avaient suffi pour ravitailler la ville. Le typhus ne trouvant plus de terrain propice à son développement ne tarda pas à diminuer et à s'éteindre, soit par le fait de la cessation des causes qui l'avaient engendré, soit, comme le pense M. Chauffard, qu'il ne s'acclimate pas dans notre pays. Mais il me semble hors de doute, après le récit, tout incomplet qu'il soit, que je viens de faire, qu'il ne faut pas rejeter trop loin « *la vieille étiologie enseignée par tous les bons observateurs* ». Pour moi, j'y demeure fidèle, regrettant de me trouver en contradiction sur ce point avec un maître aussi distingué. Mais plus la parole était tombée de haut, plus j'ai regardé comme un impérieux devoir de rétablir pour ma faible part les faits dans leur exacte vérité (1).

V. MICHAUX,

Ancien président de la Société de médecine de Metz.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

COMPARAISON DES DÉNOMBREMENTS DE LA POPULATION FRANÇAISE POUR 1866 ET 1873, par M. le baron *Charles Dupin*. — Cette note a pour objet d'établir que de janvier 1866 à janvier 1873 (date du dernier recensement) la France a perdu, dans ces sept années, hommes, femmes et enfants : 2 874 689. M. le ministre de l'intérieur portant la population des départements, cantons et communes concédés, à 1 595 238, il en résulte que, en dehors de tout mouvement habituel de la population, la France a perdu par une double guerre, avec les ennemis du dehors et du dedans, tués ou morts de misère, de souffrances, d'épidémie, etc., 1 279 451.

HYGIÈNE. — M. *Becquerel* présente à l'Académie la cinquième édition du TRAITÉ D'HYGIÈNE PRIVÉE ET PUBLIQUE, d'Alfred Becquerel, revue et refondue par M. Beaugrand.

PRIX GODARD. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours du prix Godard pour l'année 1872. MM. Cloquet, Nélaton, Sédillot, Robin, Bouillaud, réunissent la majorité des suffrages.

PHYLLOXERA. — M. *Lacroix* transmet à l'Académie des feuilles de vigne et de rosier qu'il regarde comme atteintes du *Phylloxera*, et un flacon contenant quelques-uns de ces insectes dans l'alcool. (Renvoi à la commission du *Phylloxera*.)

COMBUSTIONS RESPIRATOIRES ; OXYDATION DU SUCRE DANS LE SYSTÈME ARTÉRIEL. Mémoire de MM. *A. Estor* et *C. Saint-Pierre*. — En présence de la discussion récente qui s'est engagée devant l'Académie, au sujet du siége des combustions respiratoires, nous croyons devoir faire connaître dès aujourd'hui la première partie d'une nouvelle série d'expériences, faisant suite à celles que nous avons entreprises sur cette question (*Comptes rendus*, 1864-1865, et janvier 1872). Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie un Mémoire sur l'oxydation du sucre dans le système artériel, ainsi que la description et les dessins des appareils que nous devons à ses libéralités.

I. Notre expérience fondamentale est la suivante : Nous introduisons dans la veine fémorale d'un chien une solution de glycose, et nous prenons aussitôt du sang à l'artère fémorale du côté opposé. Nous recherchons dans ce sang et le glycose et l'oxygène. (Une série d'essais préalables nous permet d'établir que l'eau de la solution glycosique n'intervient pas dans le phénomène.) Cette expérience est variée de plusieurs manières.

Nous avons vu ainsi, sous l'influence de la glycose injectée, l'animal atteint d'une angoisse extrême et se livrant à de fortes inspirations. Nous avons vu la glycose disparaître très-rapidement, et la quantité d'oxygène diminuer même jusqu'à zéro, par la présence de la glycose, pour se relever après la combustion totale de ce produit.

Ces expériences sont démonstratives des combustions intra-artérielles. En effet, le sang s'est chargé d'air dans les poumons ; si l'oxygène de cet air a disparu du poumon à l'artère fémorale, corrélativement au passage du sucre dans les artères, c'est que le sucre a été l'agent de cette disparition.

II. On aurait pu faire une objection. L'injection du sucre n'a-t-elle pas pour effet de diminuer les phénomènes d'inspiration ? La diminution d'oxygène ne tient-elle pas à ce que, dans ces conditions, l'animal en inspire moins ?

Nous répondons à cette objection, que nous nous sommes posée, par des recherches directes, à l'aide d'un appareil assez compliqué, dont nous joignons au Mémoire une description et des figures. Ces expériences démontrent : 1° que l'injection du sucre dans les vaisseaux ne modifie pas les phénomènes respiratoires, quant à la quantité d'air inspiré et expiré ; 2° que la quantité d'oxygène consommé est au moins aussi grande ; 3° que la quantité d'acide carbonique produit est loin d'être en rapport avec la proportion d'oxygène disparu.

III. Nos recherches permettent donc de rendre évidentes les combustions respiratoires intra-artérielles. Elles conduisent enfin à admettre dans le sang deux sortes d'états de l'oxygène, confondus à tort dans la plupart des analyses.

SUTURE DES PLAIES. — M. *Laujorrois* adresse la description

(1) Ces lignes étaient écrites avant la dernière communication de M. le professeur Bouchardat. Je suis heureux qu'elles soient en quelque sorte couvertes par la parole si autorisée du savant professeur d'hygiène.

d'un nouveau procédé de suture des plaies. Cette note est renvoyée à l'examen de M. Larrey.

FERMENTS. — M. *Macé* communique une « Expérience démontrant l'existence des germes-ferments dans l'organisme ». La note sera soumise à l'examen de M. Fremy.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie un exemplaire de la 33e livraison de la Carte de France.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Le rapport de M. le docteur *Dubois* sur le service médical de l'établissement thermal de Vichy pendant l'année 1872. — *b*. Une lettre du préfet des Basses-Pyrénées sollicitant une récompense honorifique pour M. Etchandy. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Malichecq*, sur une épidémie d'angine qui a régné, pendant l'année 1872, dans la commune d'Arengosse. (*Commission des épidémies*.) — *d*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente-Inférieure pendant l'année 1872.

L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Kunkler* (Californie, États-Unis), sur le cancer de l'utérus et ses rapports avec la digestion et le sang. — *b*. Une lettre de M. *Netter*, réclamant la priorité au sujet du rapport signalé entre le typhus d'une part, et d'autre part, l'*endémie scarlatique* ou la famine.

M. *Gueneau de Mussy* présente, de la part de M. *Decamps* (de Brest) un appareil suspenseur médical et chirurgical dit *nosophore* (*Comm.* : MM. Larrey et Gueneau de Mussy.)

M. *Bussy* présente à l'Académie des *cachets médicamenteux* destinés à favoriser l'administration des poudres médicamenteuses. (*Com.* : MM. Mialhe, Pidoux et Gubler.)

M. *Bouillaud* dépose sur le bureau l'ouvrage de M. *Krishaber* sur la névropathie cérébro-cardiaque.

Les morts vont vite à l'Académie, et l'année commence mal pour elle ; quinze jours sont à peine écoulés, et déjà elle a perdu deux de ses membres les plus distingués : M. Huguier et M. Dubois (d'Amiens), son secrétaire perpétuel.

M. Béclard, délégué par le bureau auprès de la famille pour représenter l'Académie, donne lecture du discours où il a retracé, en termes pathétiques, la vie, les travaux et les hautes qualités de son maître vénéré. Ce discours a été accueilli par des applaudissements unanimes.

M. *Depaul* annonce pour demain le convoi de M. Huguier. Ces tristes devoirs accomplis, M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre où M. Piorry constate que la diagnose est bien négligée de nos jours. Après avoir dit un mot du calcul trouvé chez Napoléon III, M. Piorry ajoute que si, avant l'opération de la lithotritie, on avait dessiné exactement par le plessimétrisme le volume et la forme du rein ; si l'on avait démontré par la percussion que l'un ou l'autre de ces organes était malade, « hyper- ou hypotrophié », on n'aurait pas plus songé à tenter le sort des batailles qu'à pratiquer une opération quelconque sur la vessie. Un peu plus de plessimétrie, semble dire M. Piorry, et la France était sauvée ! A quoi tiennent pourtant les destinées des empires ! M. Piorry se propose du reste de revenir sur la nécessité de la diagnose dans la prochaine séance.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE. — Cette discussion, remise de séance en séance depuis si longtemps, revient enfin à l'ordre du jour. Espérons que cette fois nous en verrons la fin.

M. *Chassaignac* a pris la parole.

M. *Davaine*, dans une de ses premières communications, avait insinué que les chirurgiens ne paraissaient pas trop s'entendre sur le sens du mot septicémie. M. Chassaignac avait déjà protesté une première fois en quelques mots ; il revient aujourd'hui à la charge armé d'un long et fort long discours.

Le virus dont parle M. Davaine existe-t-il réellement? Acquiert-il en passant par l'organisme les propriétés redoutables qu'on lui attribue? Peut-il y avoir plusieurs degrés pour un même virus? Qu'est-ce enfin que la sepsine, cet agent actif du virus septicémique? Telles sont les questions que se pose M. Chassaignac et auxquelles il répond le plus souvent par de simples négations.

Admettre ainsi un virus spécial, dit-il, c'est entrer dans la voie fâcheuse de l'ontologie médicale ; c'est retourner en arrière, à cette époque où l'on croyait à l'existence d'un poison particulier pour chaque maladie.

Aujourd'hui les vrais cliniciens y regardent à deux fois avant d'admettre un virus de nouvelle invention, et l'orateur engage les novateurs à imiter cette sage réserve.

Autrefois, dit-il plus loin, nous avions en chirurgie, pour expliquer la mortalité, deux grandes causes bien définies, bien connues dans leurs manifestations, l'infection putride et l'infection purulente. Depuis l'introduction du mot septicémie on a tout confondu, et c'est à n'y plus rien comprendre.

Quant à la culture du virus, ce qu'il appelle la *septiciculture*, naturellement M. Chassaignac n'y croit pas. Un virus existe; on ne le fait pas, on constate son existen[illegible] mais il n'est pas en notre puissance de l'atténuer ou de l'augmenter, encore moins de le perfectionner.

Les cent millionièmes, billionièmes et quatrillionièmes, ces unités suivies de quatorze zéros, ont eu le don d'exciter encore la verve de l'orateur. « Les mânes de Hahnemann, s'écrie-t-il, ont dû tressaillir d'aise en entendant parler de doses infinitésimales ! »

En terminant, M. Chassaignac fait appel au bon sens pour faire justice de ces exagérations et mettre fin à ce qu'il appelle la discussion du quatrillionième.

Telle est en substance le fond du discours de M. Chassaignac, discours qu'on trouvera *in extenso* dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE, et auquel nous renvoyons nos lecteurs.

L'impression qui nous est restée de cette lecture, c'est que l'argumentation de M. Chassaignac a été plus spécieuse et plus ironique que scientifique, et qu'il n'a en somme produit aucun nouveau fait qui contredise ou infirme les expériences si précises de M. Davaine.

Société de chirurgie.

SÉANCE ANNUELLE DU 8 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

Allocution du président.

Compte rendu des travaux de l'année 1872, par M. *Desprès*, secrétaire annuel.

Éloge de Michon et de Guersant, par M. *Guyon*, secrétaire général.

Le prix Duval, pour l'année 1872, est décerné à M. *Malherbe*, interne des hôpitaux.

Le prix Laborie n'est point décerné. La Société accorde à titre d'encouragements :

1° Une somme de 800 francs à M. *Gayat* (de Lyon), auteur du mémoire n° 5; 2° une somme de 500 francs à M. *Desprès*, de Saint-Quentin, auteur du mémoire n° 3; 3° une somme de 500 francs à M. *Petit*, interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 1.

REVUE DES JOURNAUX.

Des troubles de la circulation à la suite de l'infection des grenouilles par des liquides contenant des monades, par les docteurs GREVELER et HUETER.

Nos lecteurs connaissent les discussions récentes qui appellent l'attention sur le mode de production des abcès métastatiques. Le travail que nous analysons a été institué dans le but de rechercher les effets produits sur la circulation par les monades, ou mieux les bactéries ou les microspores des liquides putrides. En d'autres termes, il s'agit de résoudre cette question : les microspores, les bactéries, peuvent-ils produire, par leur action sur les parois des vaisseaux, une inflammation qui serait l'origine des abcès métastatiques, sans

que, pour expliquer ces lésions, on soit obligé d'admettre l'embolie capillaire? Le mode d'expérimentation adopté par Greveler et Hueter est l'examen direct de la circulation chez des grenouilles. On injecte préalablement sous la peau ou dans les sacs lymphatiques de la grenouille de 1 à 2 centimètres cubes d'un liquide putride, sang ou pus, dans lequel des monades ou des bactéries sont développées en nombre considérable. Quelques heures plus tard, ou même un jour après l'injection, les grenouilles sont rendues immobiles par le curare, et l'on examine la circulation dans le mésentère. Déjà à l'œil nu on reconnaît une rougeur très-vive et la dilation des vaisseaux mésentériques. A un faible grossissement on observe immédiatement des altérations qui, d'ordinaire dans les examens, suivant le procédé de Cohnheim, ne se montrent qu'après plusieurs heures d'exposition à l'air. Les globules blancs du sang adhèrent en grande quantité à la paroi interne des vaisseaux, non-seulement dans les petites veines, dans les capillaires, mais aussi dans les petites artères. Lorsque l'infection n'est produite que depuis quelques heures, il y a peu de globules blancs sortis des vaisseaux. Mais si l'infection date de un à deux jours, on voit dans certains points les vaisseaux entourés d'une couche de globules blancs sortis des vaisseaux.

Il y a encore d'autres caractères qui diffèrent des faits observés par Cohnheim dans les conditions ordinaires. En effet, on trouve déjà, quelques heures après l'infection, de nombreux capillaires dans lesquels la circulation n'existe plus, et vingt-quatre heures après l'infection la moitié des capillaires sont dans cet état particulier. Ainsi, les capillaires apparaissent comme des canaux oblitérés par des corpuscules rouges ou du plasma jaunâtre. On pourrait presque ne pas reconnaître, dans ces canaux, des capillaires, mais il y a ordinairement à leur intérieur quelques globules rouges qui permettent la distinction.

En somme, les capillaires, les veinules et les artérioles sont en partie le siége de thromboses, où l'on trouve le plus souvent des globules blancs accumulés, mais aussi des globules rouges du plasma, des monades ou granulations mobiles, des bactéries.

D'ailleurs, ces troubles de la circulation n'existent pas seulement dans le mésentère, mais aussi dans la langue, dans la membrane natatoire. En résumé, dans tous les points accessibles à l'observation, il y a adhérence et accumulation des globules blancs vers les parois des vaisseaux, et arrêt de la circulation dans un grand nombre de capillaires, tandis que dans d'autres il y a seulement ralentissement de la circulation. Les auteurs, prévoyant des objections, ont examiné parallèlement les troubles circulatoires qui surviennent dans les examens de la circulation par le procédé de Cohnheim, et c'est ainsi qu'ils ont pu observer ces différences dans les caractères de la circulation. Pour conclure, les bactéries ou les monades de la putréfaction agiraient directement sur la circulation, elles produiraient des lésions inflammatoires; on pourrait alors concevoir la formation des abcès métastatiques par inflammation et non par cause mécanique, par embolie. Il reste à démontrer si les monades ou bactéries, par leur accumulation, n'agiraient pas elles-mêmes mécaniquement, comme des embolies; enfin, on pourrait encore se demander si les globules rouges et blancs modifiés par le contact des bactéries ne représenteraient pas des éléments altérés, incapables de remplir leurs fonctions ordinaires, et constituant des embolies au même titre que les parcelles fibrineuses provenant des caillots et qui, dans l'endocardite ulcéreuse par exemple, ne peuvent, par leur faible volume, être toujours distinguées des infarctus directement dans les vaisseaux. (*Centralblatt*, 16 novembre 1872.)

Sur la tuberculose des organes génitaux de la femme, par le docteur H. LEBERT.

La localisation, dans les organes génitaux de la femme, de la tuberculose, a été longtemps considérée comme excessivement rare; mais les travaux de Reynaud, Grisolle, Bristowe et au premier rang la thèse de Brouardel (1865), dans laquelle sont analysés 56 cas, ont montré que cette localisation est moins rare qu'on ne le supposait. M. Lebert s'est principalement attaché à étudier les rapports de la tuberculisation des organes génitaux et des fonctions de ces organes. Sur 33 observations, il a pu suivre l'histoire de l'influence réciproque de la grossesse et de la tuberculose. Ses conclusions méritent d'être reproduites.

La tuberculisation des organes génitaux internes, chez la femme, peut être la localisation primitive principale, ou bien elle coïncide avec la tuberculisation pulmonaire, ou enfin elle est secondaire à celle-ci.

La maladie décrite comme tuberculose du col de l'utérus n'est pas démontrée; elle représente le plus souvent une dégénérescence caséeuse de l'épithélium des glandes du col.

L'influence de la grossesse et des couches sur la tuberculose se montre le plus souvent entre vingt et trente ans, plutôt entre vingt-cinq et trente et même entre trente et quarante ans.

Lorsque le processus tuberculeux existe chez les jeunes filles, il peut s'arrêter, mais le plus souvent il prend un nouveau développement sous l'influence de la grossesse, ordinairement de la première, mais quelquefois plus tard.

Il est exceptionnel que des femmes qui ont eu antérieurement des tubercules résistent à des grossesses répétées; les enfants nés d'elles sont ordinairement faibles et se tuberculisent.

La grossesse ralentit le plus souvent la phthisie avancée, mais les phases initiales de la tuberculose suivent leur cours sans être ralenties pendant la durée de la grossesse.

L'avortement, la grossesse, l'accouchement, accélèrent dans les trois quarts des cas la marche de la phthisie. La grossesse n'a pas d'influence notable sur la localisation et la forme de la tuberculose. L'influence fâcheuse de l'accouchement se montre surtout dans les cas où la grossesse avait favorisé l'envahissement de la tuberculose. Les femmes atteintes de tubercules ont peu de lait, elles ne peuvent ordinairement pas nourrir: les enfants sont faibles, scrofuleux et plus tard tuberculeux. (*Archiv für Gynäkologie*, IV Bd, 3 Heft, 1872.)

Opérations sur l'utérus gravide. Ablation d'un cancer du col chez une femme grosse, par le docteur WALTON TODD.

Il semble, dit l'auteur, qu'on ait exagéré les dangers des opérations sur l'utérus gravide. Les journaux ont récemment rapporté plusieurs cas d'ovariotomie pendant la grossesse suivis de succès. Il y a certaines conditions dans lesquelles le chirurgien doit accepter une intervention qui paraît désespérée, mais que peuvent encourager des faits analogues à celui qu'il cite.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans atteinte d'un squirrhe de la lèvre postérieure du col. Le docteur Todd proposa l'opération, malgré l'état de grossesse datant de deux mois. Le chirurgien enleva les deux lèvres du col; il y eut une hémorrhagie effroyable, qui fut cependant arrêtée au moyen d'un tampon de perchlorure de fer. Malgré la complication d'un érysipèle de la face, l'opérée guérit et elle accoucha à terme d'un enfant bien développé. Le travail s'était effectué sans aucune complication.

La raison dominante de l'opération était l'existence de douleurs très-intenses dans la hanche et l'abdomen, qui disparurent après l'ablation du col.

Tel est le fait. Il prouve la résistance individuelle remar-

quable de l'opérée, aussi bien que la hardiesse du chirurgien. C'est un fait remarquable bien plutôt qu'un exemple que nous proposerions de suivre. (*Pacific medical and surgical Journal*, décembre 1872.)

Sur les mouvements réflexes de l'utérus, par le docteur W. Schlesinger.

Il résulte des recherches pratiquées par l'auteur sur des animaux, les lapins, que lorsqu'on excite le bout central des nerfs rachidiens par l'électricité, il se produit des contractions utérines. Celles-ci se manifestent également par l'excitation électrique du bout central du nerf vague; mais si l'on coupe la moelle entre l'atlas et l'occipital, l'excitation du bout central n'amène plus de contractions. L'appareil central pour la fonction des mouvements réflexes de l'utérus siége donc dans le cerveau. En outre, l'observation clinique montre que l'excitation mécanique du mamelon favorise les contractions utérines, et que l'involution de l'utérus s'accomplit plus facilement chez les femmes qui allaitent. M. Schlesinger, excitant chez les animaux les mamelons, a également obtenu des contractions utérines, démontrant ainsi une corrélation entre le mamelon et l'utérus, qui avait été fort exagérée chez les anciens, et peut-être trop facilement dédaignée chez les modernes. (*Oesterreichische Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, n° 51, 1872.)

Travaux à consulter.

Adénite suppurée, ulcération de la carotide dans la convalescence d'une scarlatine, par le docteur Fraser. — Une petite fille, dans la convalescence de la scarlatine, fut atteinte d'un abcès ganglionnaire du cou. Il se fit par la bouche une hémorrhagie considérable. A l'autopsie, on trouva un abcès qui avait ulcéré la carotide interne droite et s'était ouvert dans le pharynx. (*British medical Journal*, 1872.)

Luxation de la hanche spontanée dans le cours d'une anasarque scarlatineuse, par le docteur Smith. — Un garçon de six ans, atteint d'anasarque dans le cours d'une scarlatine, éprouvait de vives douleurs dans la hanche gauche. Le membre subit brusquement un raccourcissement, et l'on crut à la production d'une coxalgie. Il ne s'agissait que d'une luxation spontanée du fémur, qui fut réduite très-facilement mais qui se reproduisit aussitôt. Un bandage permit d'amener la guérison, qui se fit complétement et sans raccourcissement. (*British medical Journ.*, 1872.)

Injection sous-muqueuse de chloroforme et de morphine dans les cas d'odontalgie aigue, par le docteur G. Dop. — L'auteur pratique les injections à l'aide de la seringue de Pravaz. L'aiguille doit être introduite près des racines de la dent malade, et parallèlement au maxillaire, à une profondeur de 1 centimètre 1/2. Il suffit de deux gouttes, ou deux tours de la tige du piston. Le chloroforme procure un soulagement immédiat durant quatre à cinq heures. Il n'y a eu que 18 insuccès sur 80 cas. La morphine n'agit qu'au bout d'un quart d'heure; son action se prolonge également quatre à cinq heures. (*Revue médicale de Toulouse*, août 1872.)

Recherches sur la conformation intérieure de la veine et des artères ombilicales, par P. Berger. — Le premier de ces travaux est une étude faite à l'aide des moyens indiqués par Ranvier pour le tissu conjonctif, en particulier l'injection de gélatine argentée produisant un œdème artificiel. L'auteur admet que le tissu muqueux du cordon est formé par un réseau de fibres conjonctives, tapissé de cellules plates et ne différant du tissu conjonctif lâche que par la présence de la mucine, qui distend ses mailles.

Dans le second travail l'auteur, après avoir rappelé les travaux de Hyrtl sur la structure des vaisseaux ombilicaux, conclut à l'existence dans les artères et la veine ombilicale de replis semi-lunaires qu'il distingue des valvules admises par Hyrtl, se basant sur ce fait anatomique que ces replis sont constitués par toute l'épaisseur des parois artérielles et veineuses. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, n°s 2 et 5.)

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin. — T. Ier. Paris, 1873.

(Fin. — Voyez le numéro 2.)

L'*exostose sous-unguéale du gros orteil* (leçon VI) est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Sur 8 malades, 7 étaient des adolescents; un seul avait quarante-sept ans, ce qui prouve que cette maladie peut se développer exceptionnellement chez des adultes. La cause occasionnelle paraît être la pression de la chaussure.

L'anatomie pathologique montre que l'exostose sous-unguéale est une tumeur ostéo-fibreuse, fibreuse à sa face libre, osseuse dans le point où elle s'implante sur la première phalange. «Sous ce rapport, elle diffère des autres exostoses de l'adolescence, lesquelles sont formées exclusivement de substance osseuse, et elle a quelque analogie avec les fibromes naso-pharyngiens, lesquels naissent aussi des os, mais sont formés exclusivement de tissu fibreux. C'est-à-dire que chez les adolescents, par l'effet de la croissance, la perversion nutritive amène tantôt un excès de substance osseuse au niveau et aux dépens des os eux-mêmes, tantôt un excès de substance fibreuse aux dépens du périoste, tantôt une coopération simultanée de la substance osseuse et de la substance fibreuse....... Peut-être se rencontre-t-il des cas dans lesquels l'exostose (sous-unguéale) est purement osseuse.»

Le traitement consiste dans l'arrachement de l'ongle et dans l'ablation de la tumeur avec un fort bistouri en creusant un peu la face supérieure et le bord antérieur de la phalangette. L'auteur préfère cette ablation à l'amputation dans l'articulation ou dans la continuité de la phalangette, parce qu'elle présente moins de dangers. Il n'a pas observé de récidive sur ses huit cas.

Une aberration ou un excès de développement du tissu osseux sur certains points du squelette à l'époque où la nature travaille à l'achèvement de ce dernier forment des tumeurs osseuses que l'on a appelées *exostoses de développement* ou *exostoses épiphysaires* (leçon VII) parce qu'elles naissent souvent du cartilage épiphysaire. Ces tumeurs existent plus souvent sur les membres inférieurs que sur les supérieurs; plus souvent au voisinage des extrémités que sur le corps des os. M. Gosselin conseille de s'abstenir de les enlever, parce qu'elles ne constituent qu'une difformité plus ou moins disgracieuse, et que leur ablation entraînerait une opération sanglante qui expose aux dangers de la suppuration osseuse. Passé l'adolescence, ces tumeurs restent stationnaires et ne causent aucun trouble fonctionnel.

Les recherches de M. Nélaton et de ses élèves ont bien fait connaître l'anatomie pathologique et le siége de ces *fibromes* ou *polypes fibreux naso-pharyngiens* (leçon VIII) qui, nés de l'apophyse basilaire, se développent dans le pharynx et envahissent la cavité des fosses nasales. Elles ont appris les redoutables accidents qu'ils produisent. Elles ont établi en outre qu'on les observe presque exclusivement sur les jeunes garçons et qu'on n'en connaît pas d'exemple sur les jeunes filles. A ces notions, M. Legouest ajouta l'opinion que ces sortes de tumeurs, pour l'ablation desquelles des opérations hardies ont été imaginées, pouvaient être traitées par des moyens simples et palliatifs jusqu'au moment où l'âge de leur formation habituelle fût passé. M. Gosselin rapporte dans sa VIIIe leçon un fait très-intéressant qui confirme cette opinion. Un garçon de vingt-deux ans portait un polype naso-pharyngien depuis quelques années; le développement de la tumeur fut combattu par des ablations partielles, par l'électrolyse et par des cautérisations avec des flèches de chlorure de zinc; mais la tumeur continua sa marche envahissante; une exophthalmie de l'œil gauche survint, et en même temps une hémiplégie à droite. Il était évident que la tumeur avait perforé la paroi

osseuse de la base du crâne et qu'elle comprimait le cerveau. On désespéra de sauver le malade, qui voulut sortir de l'hôpital. Onze mois après, M. Gosselin le vit revenir : l'hémiplégie avait disparu peu à peu ; la saillie de l'œil n'existait plus, l'air passait librement par les narines. Il n'y avait plus de tumeurs dans les fosses nasales ni dans le pharynx. Cependant aucun traitement nouveau n'avait été fait. Ainsi, à l'âge de vingt-quatre ans, cette tumeur si menaçante avait disparu spontanément : elle s'était résorbée.

Les observations ultérieures diront si ce fait doit être considéré comme la règle. Tout ce qu'on sait, c'est que les récidives qui ont été publiées portent toutes sur des jeunes gens. Passé un certain âge on n'en parle plus. M. Gosselin en conclut qu'il ne faut pas trop se préoccuper des récidives. « Il s'agit ici d'une maladie de l'adolescence. Faites, dit-il, que votre sujet devienne adulte, et si sa tumeur ne disparaît pas d'elle-même, vous aurez grande chance de le guérir alors sans récidive par une opération simple. »

Ce précepte général étant posé, M. Gosselin passe en revue les différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique, et en déduit la conduite à suivre dans chacun d'eux.

Premier cas. — Le sujet a treize à dix-huit ans ; le polype n'est pas très-gros et n'obstrue pas entièrement les fosses nasales et le pharynx. Il faut intervenir, mais il faut recourir à une opération simple, telle que l'arrachement ou la ligature. Ce ne sont là que des opérations palliatives, mais elles présentent l'avantage de ne pas exposer les jours du patient et de ne pas lui imposer une mutilation irrémédiable de la face. S'il y a récidive, on recommencera ces opérations plusieurs fois, s'il le faut, et quand le sujet aura atteint la fin de l'adolescence la répullulation cessera.

Deuxième cas. — Le sujet a treize à dix-huit ans ; le polype est très-volumineux ; il est suffocant ou bien il est hémorrhagique ; l'arrachement ne réussit pas, et l'on n'a plus le droit d'espérer que la vie pourra se conserver jusqu'à l'achèvement de l'adolescence. Il faut faire alors une opération complexe et donner la préférence à la résection de la mâchoire supérieure comme opération préliminaire. Ici il faut bien accepter une mutilation, puisqu'on ne peut mieux faire. Mais cette mutilation servira à enlever le mal, à combattre les récidives et à faire vivre le patient jusqu'à la fin de l'adolescence.

Troisième cas. — Le sujet a passé dix-huit ans et est plus près de la fin de l'adolescence ; sa constitution est plus vigoureuse et il est plus en mesure de résister aux hémorrhagies. Tous les efforts doivent tendre vers des opérations simples et palliatives. La résection maxillaire ne devrait être faite que si ces opérations palliatives étaient insuffisantes pour faire vivre le malade jusqu'à la fin de l'adolescence, ou bien si le sujet ayant passé ce terme de la vie, on ne voyait pas la tumeur diminuer et s'affaisser par un travail de résorption ou de gangrène spontanée. Il peut bien se faire qu'il y ait des malades chez lesquels la disparition d'un polype n'aura pas lieu sans intervention chirurgicale. L'important, si cette intervention est inévitable, *c'est de n'y recourir qu'à l'époque de la vie où l'on est à peu près sûr que la répullulation n'aura plus lieu.*

A l'âge où la nutrition des os est dans toute son activité pour satisfaire aux besoins de l'accroissement du squelette, on voit survenir, spontanément ou à la suite de causes très-légères, telles qu'un coup, une chute ou une marche prolongée, des inflammations qui débutent, soit par le cartilage épiphysaire, soit par la substance osseuse située au voisinage de celui-ci. Les *ostéites épiphysaires* revêtent deux formes principales parfaitement étudiées par Gosselin : les unes sont *subaiguës et n'ont pas de tendance vers la suppuration*, les autres sont *aiguës et suppurent.*

Parmi les premières, l'auteur cite deux cas d'ostéite lente et subaiguë de la tubérosité antérieure du tibia et du grand trochanter (leçon IX), et une variété rare d'ostéite de l'extrémité articulaire des os longs, qui laisse après elle un hyperostose et quelquefois une ankylose incomplète (leçon XI). Lorsque ces ostéites ne s'accompagnent pas de fièvre, lorsque les douleurs sont modérées, lorsque le sujet n'est pas strumeux, elles ne deviennent pas suppurantes. Le repos et les moyens les plus simples suffisent à les guérir. Mais l'os affecté reste plus ou moins hypertrophié.

A côté de ces ostéites lentes et subaiguës, il existe des *ostéites épiphysaires aiguës* qui revêtent chez les adolescents un caractère de gravité qu'on n'observe plus aux autres époques de la vie (leçons X et XI). La forme aiguë et marchant rapidement vers la suppuration est plus fréquente que la forme précédente. Les os qui en sont le plus souvent affectés sont l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité inférieure du tibia. Elle présente trois variétés qui dépendent du siége et de l'abondance de la suppuration :

Première variété. — L'inflammation n'occupe que la face externe du périoste ; l'ostéite ne devient suppurative ni dans le tissu compacte, ni dans la substance médullaire ; elle l'est seulement entre le périoste et les couches musculaires. L'abcès se termine sans laisser ni fistule, ni nécrose ; mais elle laisse une hyperostose.

Deuxième variété. — L'inflammation occupe toute l'épaisseur de l'os ; mais c'est seulement la surface de l'os qui suppure ; les autres points de l'os, substance compacte et moelle, ne suppurent pas ; l'ostéite y reste plastique et donne l'hyperostose. Si l'articulation voisine se prend, l'arthrite ne devient pas suppurative non plus.

Troisième variété. — Toutes les parties constituantes de l'os deviennent malades et suppurent, et l'inflammation suppurative se propage, soit le long du périoste, soit le long du parenchyme de l'épiphyse et à travers le cartilage diarthrodial érodé, jusqu'à la synoviale voisine. Elle se termine très-souvent par la mort, ou si le malade survit, par une nécrose.

Le diagnostic de ces différentes variétés n'est pas toujours facile à établir. Il a pourtant une grande importance, car tant que l'articulation n'est pas envahie par la suppuration, la conservation du membre est la règle. Dans le cas contraire, les chances de l'infection purulente et de l'hecticité sont tellement grandes, que l'amputation offre beaucoup plus de chances de guérison.

Mais si le patient échappe aux accidents qui le menacent, que va devenir sa maladie ? Il peut se présenter deux cas : ou bien l'ostéite n'a laissé qu'un gonflement de l'os ; ou bien elle a eu pour résultat non-seulement un hyperostose, mais encore la formation d'une nécrose. Dans le premier cas, l'os gonflé par l'ostéite antérieure conservera, tant que durera l'adolescence, une grande tendance à subir pour les moindres causes de nouvelles poussées d'inflammation subaiguë et chronique. Dans le second cas, des fistules persisteront ; de temps en temps de nouveaux abcès se formeront et des séquestres plus ou moins volumineux s'élimineront. Mais M. Gosselin a constaté depuis longtemps que ces nécroses et ces suppurations persistantes des gros os longs disparaissent avec l'adolescence. Le sujet devenu adulte ne conserve plus que des déformations articulaires, une hyperostose et un amoindrissement musculaire déterminé par la maladie primitive. Comme traitement, il faut se borner à retirer les séquestres mobiles, conseiller au malade d'éviter les fatigues et les contusions qui pourraient ramener de nouvelles poussées inflammatoires, et attendre ainsi l'âge adulte (leçon X).

La *tarsalgie des adolescents* (leçon XII) se caractérise par une douleur au pied pendant la station verticale et la marche prolongée, par une déviation du pied en dehors ou valgus et par une contracture des muscles antérieurs et externes de la jambe. Cette maladie n'était que très-imparfaitement connue avant le travail de M. Gosselin. Il démontre qu'elle ne dépend pas d'une contracture primitive des muscles antérieurs et externes de la jambe, comme le croyait MM. J. Guérin, Bonnet (de Lyon), Nélaton et Duchenne (de Boulogne), mais

d'une ostéo-arthrite médio-tarsienne appartenant à la variété des arthrites sèches. L'altération articulaire est primitive ; la contracture n'est que secondaire, et disparaît selon le degré de la maladie, soit pendant le repos simple, soit pendant le sommeil anesthésique. Lorsque la tarsalgie dure depuis longtemps, il peut se faire que les muscles passent à cet état de raccourcissement permanent qui constitue la rétraction ; il peut même se faire que les articulations médio-tarsiennes, et surtout l'articulation astragalo-scaphoïdienne s'ankylosent par fusion. Mais la suppuration des os n'arrive jamais, surtout si le sujet n'est pas scrofuleux.

La tarsalgie reconnaît pour cause la station debout et les marches prolongées, à une époque de la vie où le pied n'est pas solidement organisé pour supporter le poids du corps, souvent avec l'addition de fardeaux plus ou moins pesants. On rencontre quelquefois des exemples de valgus sur des adultes, mais on apprend bientôt qu'ils portent ce vice de conformation depuis l'âge de seize, dix-sept ou dix-huit ans. D'ailleurs, le valgus n'est plus une occasion de douleurs et de gêne passé l'adolescence.

Le repos et l'immobilisation du pied pendant deux ou trois mois, dans un bandage inamovible, suffisent souvent à amener une guérison solide et définitive. Mais lorsque les péroniers sont rétractés, il faut pratiquer la ténotomie de leurs tendons avant d'appliquer l'appareil et de mettre le pied dans une bonne position. On est exposé aux récidives jusqu'à l'âge adulte.

III. *Fractures des membres.* — (Leçons XIII à XXVIII). Je m'arrêterai peu sur les leçons qui ont trait à ces fractures, parce que ce sujet est moins nouveau que celui des autres leçons. Je me bornerai à dire que les *fractures de la jambe* sont traitées dans toutes leurs variétés cliniques, et que les sept leçons qui y sont consacrées forment un ensemble très-complet sur cette matière. — Dans les deux leçons sur les *fractures de la rotule*, l'auteur insiste surtout sur le traitement et sur l'étude des mouvements et des fonctions du membre après la guérison. — Les *fractures du corps*, du *col* et de *l'extrémité inférieure du fémur* font l'objet de trois leçons ; une quatrième traite des *fractures spontanées* de cet os, fractures que l'auteur attribue, soit à une raréfaction du tissu osseux en coïncidence avec une ostéite, soit à une raréfaction sans ostéite par un vice particulier de la nutrition analogue à celui qu'amène la vieillesse. Deux leçons sur les *fractures inférieures du radius.* — Enfin, une leçon sur la *fracture de la clavicule par cause musculaire,* variété étiologique qui est passée sous silence par plusieurs *auteurs* contemporains.

IV. Avant de passer à l'étude des plaies par armes à feu et de la septicémie chirurgicale, M. Gosselin s'explique dans les leçons XXIX et XXX, sur ce qu'il entend par l'*ostéite traumatique* et la *nécrose*. Et d'abord, au lieu du mot ostéite, il préfère employer celui d'*ostéo-myélite*, parce que l'os tout entier participe à l'inflammation, la moelle aussi bien que le tissu compacte. L'idée qui domine dans ces leçons, c'est que l'ostéo-myélite traumatique affecte toujours l'une des deux formes suivantes : la *forme plastique*, qui est subaiguë et bénigne ; la *forme suppurative*, qui est subaiguë et grave. Cette dernière forme fait le danger des plaies osseuses exposées au contact de l'air, parce qu'elle peut s'accompagner très-rapidement d'une putréfaction de la moelle osseuse, même avant l'apparition du pus. On a alors ce que l'auteur appelle l'*ostéo-myélite putride primitive*, espèce redoutable que MM. Reynaud, Chassaignac, Th. Vallette et J. Roux avaient omis de décrire. L'ostéo-myélite aiguë s'accompagne presque toujours d'une altération des veines émergentes qui se caractérise par la coagulation du sang qu'elles renferment.

La nécrose n'est pas une entité pathologique spéciale ; ce n'est qu'un incident de l'ostéo-myélite suppurante, quand celle-ci ne devient pas putride et mortelle. La suppuration du tissu compacte l'engendre. Entre l'ostéite condensante plastique des os longs et l'ostéite condensante suppurative, il y a cette différence que la première ne produit pas de nécrose, et que la seconde s'accompagne facilement de cet accident. Cependant la production de séquestres n'est pas inévitable dans l'ostéite suppurante. Ajoutons encore que la nécrose vient chez les adultes ordinairement à la suite d'une ostéite traumatique, tandis que chez les enfants et les adolescents, c'est à la suite d'un travail inflammatoire spontané développé dans le tissu osseux.

V. Les leçons sur les *plaies par armes à feu* contiennent un grand nombre d'aperçus nouveaux. L'auteur les divise en *plaies des parties molles* et *plaies avec fracture des os.*

Parmi les premières, je ne dirai rien des *plaies en sillon* ou *gouttière*, ni des *plaies en cul-de-sac* (leçon XXX); mais les *plaies en séton* (leçon XXXI) doivent nous arrêter.

C'est la règle que les plaies en séton suppurent. Toutefois, il faut considérer la suppuration des ouvertures et celle du trajet : « L'ouverture de sortie qui n'a point d'eschare à son niveau ou qui en a une plus mince et moins étendue, suppure un peu plus tôt et moins longtemps. Quelquefois cependant la dimension établit une compensation et l'ouverture d'entrée, lorsqu'elle est notablement plus petite, suppure moins longtemps et se cicatrise plus vite que l'autre, malgré l'eschare dont elle a eu à se débarrasser dans sa première période. » Quant au trajet, il arrive souvent qu'il ne suppure pas ou qu'il suppure partiellement.

Quand on le voit suppurer, c'est une forte présomption en faveur de l'existence de corps étrangers. Ce fait de la réunion immédiate de la totalité ou d'une partie du trajet n'avait pas encore été signalé par les auteurs classiques.

Dans les plaies en séton, les troncs nerveux et les grosses artères sont habituellement épargnées. Il en résulte que les troubles de l'innervation et les hémorrhagies primitives sont rares.

L'hémorrhagie secondaire est rare aussi, bien qu'il y ait une solution de continuité de la paroi artérielle. Voici pourquoi : la déchirure de l'artère, après avoir versé un peu de sang, ne tarde pas à se fermer par une coagulation spontanée. Or, ce qui favorise l'hémorrhagie secondaire, c'est la gangrène et la suppuration de la paroi artérielle. Mais si le trajet sur le parcours duquel se trouve l'artère lésée n'entre pas en suppuration, comme cela arrive souvent, sa paroi n'y entre pas non plus, ne se gangrène pas, ne s'élimine pas, et l'hémorrhagie manque. De plus, dans cette artère contuse ou déchirée, le caillot obturateur qui s'est formé dans les premiers temps de la blessure disparaît par un mécanisme encore inconnu, et l'artère redevient perméable. Même dans le cas de suppuration du trajet, l'hémorrhagie secondaire n'a souvent pas lieu, à moins que le sujet ne soit hémophilique. En effet, il suffit que le caillot et la lymphe aient oblitéré solidement l'artère au-dessus du point où se fait la suppuration et l'élimination de la paroi artérielle mortifiée. Les choses se passent alors comme à la chute d'une ligature.

Le but du traitement des plaies en séton doit être de favoriser la réunion immédiate du trajet. Pour cela, il faut éviter de le sonder avec des stylets, surtout lorsqu'il est étroit. Si le trajet suppure, il faut extraire les corps étrangers et favoriser l'issue du pus par des pansements compressifs, l'usage d'un tube à drainage et des lavages. S'il se forme des abcès du voisinage, il faut les ouvrir. De tous temps on a préconisé certains topiques dans les plaies par armes à feu ; mais la préférence à donner à tel ou tel d'entre eux est à peu près indifférente, parce que la plaie a une tendance naturelle vers la guérison. M. Gosselin emploie des cataplasmes avant l'élimination des eschares; du cérat, de l'eau froide ou de l'eau phéniquée pendant la période de suppuration. Les topiques spéciaux ne sont indiqués que lorsque la plaie marche irrégulièrement. Par là l'auteur entend l'anémie des bourgeons charnus, la diphthérite, les ulcérations superficielles qui surviennent à la période où la granulation s'est établie. Contre ces états, il

conseille les topiques stimulants, l'eau chlorurée, l'onguent styrax, l'onguent basilicum, l'iodoforme, le camphre, une solution étendue de perchlorure de fer, le jus de citron.

Quant à la *pourriture d'hôpital*, dont les descriptions classiques ont été données au commencement de ce siècle, M. Gosselin déclare n'en avoir pas observé d'exemple bien positif pendant le siége de Paris.

Dans les *plaies par armes à feu avec fracture des os* (leçon XXXIII), la guérison peut arriver sans que l'os suppure. Ce fait doit mûrement attirer l'attention. Sur 14 cas de fracture de cuisse par armes à feu, soignées par M. Gosselin, 13 ont été suivis d'ostéo-myélite suppurante aiguë (11 sont morts, 2 ont survécu avec une nécrose), 1 seul blessé n'a pas eu de suppuration osseuse; il n'a eu que l'ostéite inévitable après toute espèce de fracture; mais cette ostéite est restée *plastique*, c'est-à-dire non suppurante; et par cela même qu'il n'y a pas eu de suppuration osseuse, il n'y a eu ni fièvre traumatique, ni infection purulente, ni nécrose consécutive. Les causes qui expliquent cette absence de suppuration sont sans doute l'étroitesse du trajet parcouru par la balle, peut-être la simplicité de la cassure, mais probablement et par-dessus tout l'aptitude individuelle qui est peu disposée à suppurer.

Il faut donc tenir grand compte de la possibilité d'une guérison sans suppuration dans le choix des moyens de traitement à employer dans les premiers jours d'une fracture par coup de feu. Il faut immobiliser le membre et éviter toute exploration, tout débridement tendant à s'assurer de l'étendue de la fracture et de la présence des corps étrangers; s'abstenir en un mot de toutes ces manœuvres qui consistent à introduire dans les plaies des stylets ou les doigts. On n'aura que trop souvent l'occasion d'explorer la blessure au bout de quelques jours, si la suppuration profonde survient.

VI. La *fièvre traumatique* (Leçon XXXIV) est légère ou manque dans les plaies des parties molles et même dans les plaies avec fracture des os, lorsque ceux-ci ne doivent pas suppurer; mais elle se déclare dans toute son intensité toutes les fois que des fractures étant compliquées de plaie, la suppuration se prépare dans les os eux-mêmes.

Avant Otto Weber, Billroth et Panum, en 1858, M. Gosselin avait déjà démontré que « cette fièvre était due à une infection, c'est-à-dire au passage dans le sang de matériaux putrides provenant de la décomposition à l'air des liquides sanguins, séreux et séro-purulents versés pendant les premières heures, avant l'établissement parfait de la suppuration, et absorbés par les vaisseaux de cette plaie. » La fièvre traumatique ne serait donc autre chose qu'une *septicémie*, la septicémie traumatique des premiers jours par opposition à l'infection purulente qui arrive plus tard. Elle présente deux formes, la *forme bénigne* et la *forme grave* qui entraînent assez souvent la mort des blessés. Cette dernière forme ne s'observe guère que dans les cas où le squelette est intéressé ou lorsqu'une articulation est ouverte.

M. Gosselin pense que c'est la putréfaction de la graisse médullaire ou de la matière grasse de la synovie qui est l'origine du poison septique. Il considère cette putréfaction de la moelle osseuse comme une des formes de l'ostéo-myélite, et lui donne le nom d'*ostéo-myélite putride primitive* ou précédant la suppuration (leçon XXIX).

L'*infection purulente* (leçon XXXV) est probablement produite, comme la fièvre traumatique, par l'absorption d'un poison putride. Bien avant les écrits des Allemands, cette opinion a été émise et étudiée en France par Gaspard et Magendie (1823), par Bouillaud (1825), Bonnet (1837), par P. Bérard (1842), par Darcet, Sédillot (1843) et Gosselin (1845-1855). Les auteurs allemands n'ont fait que confirmer par quelques expériences sur les animaux les vues qui avaient été émises par nos compatriotes et par M. Gosselin; et comme ils n'ont pas cité les auteurs français qui les avaient précédés dans cette voie, ils ont fait croire qu'ils étaient les inventeurs exclusifs de la doctrine de la septicémie.

L'infection purulente comprend deux éléments : 1° un ensemble de symptômes cliniques que nous pouvons résumer sous le nom de fièvre; 2° des lésions anatomiques multiples dont les principales sont les abcès dits métastatiques.

La fièvre se développe sous l'influence de l'absorption d'un poison qui a une origine complexe. Ce poison provient de la décomposition putride du pus, du sang, des eschares et des détritus exsudatifs de la moelle osseuse enflammée et gangrenée.

Le poison des premiers jours, qui donne lieu à la fièvre traumatique, paraît différent de celui qui se développe plus tard et qui produit l'infection purulente. Ce dernier a d'autant plus de chances de se produire que le premier a manifesté sa présence par des symptômes plus accusés.

Quant aux abcès métastatiques, M. Gosselin pense qu'on ne peut en expliquer la formation, ni par la théorie du transport du pus en nature, ni par la théorie de la phlébite capillaire suppurée, ni par la théorie de l'embolie. Il adopte l'opinion « qu'une fois le sang altéré par son infection, et la fièvre une fois déclarée, l'économie tout entière prend l'aptitude à la suppuration. Tant qu'il n'y a pas d'empoisonnement, la suppuration reste locale, et tous les efforts de l'organisme s'emploient à la réparation, dont la sécrétion régulière du pus est une condition essentielle. Une fois que l'empoisonnement est produit, l'aptitude pyogénique est dérangée; elle se généralise, et l'organisme fait, aux dépens du sang altéré, du pus partout, excepté dans la région pour laquelle il était d'abord préparé à le produire. »

L'*intoxication septicémique chirurgicale* (leçon XXXVI) reconnaît trois ordres de causes :

1° Des causes locales ou anatomiques qui sont la formation des poisons septiques et putrides dont nous venons de parler, et leur absorption par la plaie, soit avant, soit après l'établissement de la suppuration. Les *plaies où les os s'enflamment y exposent plus que toutes les autres plaies.*

2° Des causes générales individuelles qui sont l'âge adulte et la vieillesse, le sexe masculin, les fatigues antérieures, les *habitudes d'alcoolisme*, l'exposition au froid, les émotions morales dépressives, telles que le découragement.

3° Des causes générales atmosphériques. Tout le monde reconnaît que la viciation de l'air par l'encombrement est la cause principale des intoxications chirurgicales. Mais notre auteur se demande, sans pouvoir résoudre la question, si cette viciation de l'air est due aux émanations de la respiration, ou à des miasmes spéciaux provenant des plaies en suppuration ou même à des miasmes spécifiques provenant des blessés qui ont déjà une septicémie. Quoi qu'il en soit, il pense que ces miasmes, d'où qu'ils viennent, pénètrent dans l'organisme par deux voies, par la plaie et par le poumon. Ils ont sans doute sur la plaie elle-même une influence locale funeste, mais ils ont aussi une influence générale, en ce sens qu'ils donnent au sang, par l'intermédiaire des voies respiratoires, « des qualités qui le prédispose à fournir sur la plaie et dans le canal médullaire des produits facilement putrescibles. »

Le traitement curatif de la septicémie chirurgicale est à peu près nul, mais son traitement préventif a une grande importance (leçon XXXVII). Il comprend deux indications principales : faire que le blessé respire un air pur; soustraire sa plaie au contact de l'air. Pour remplir la première indication, il faut éviter l'encombrement dans les salles où séjournent les malades et y renouveler l'air par tous les moyens possibles. Pour satisfaire à la seconde, il faut employer un pansement qui mette la plaie à l'abri du contact de l'air aussi complétement que possible et ne renouveler ce pansement qu'à de longs intervalles. Le pansement ouaté, lorsque l'état de la blessure n'en contre-indique pas l'application, remplit bien ces deux conditions.

VII. Le livre que nous analysons se termine par sept leçons sur les *maladies articulaires*. Après avoir fait connaître les

moyens de *diagnostic des luxations traumatiques* (leçon XXXIII), l'auteur étudie, à propos de l'articulation du genou, les différentes formes cliniques des inflammations articulaires : l'*arthrite traumatique* (leçon XXXIX), l'*arthrite spontanée* (leçon XL), l'*arthrite aiguë*, l'*arthrite chronique*, et les terminaisons de ces arthrites, tantôt par l'ankylose, tantôt par des épanchements séreux ou purulents, quelquefois par une altération des cartilages et par la production d'ostéophytes, lésions qui constituent l'*arthrite sèche* (leçon XLIII).

POLAILLON.

VARIÉTÉS.

ASSEMBLÉE NATIONALE : *Projet de loi sur le rétablissement du conseil supérieur de l'enseignement.* — Dans la discussion à laquelle a donné lieu l'article 1er du projet de M. de Broglie, concernant la composition du conseil, le corps médical n'a pas été oublié. M. Paul Bert, dans son amendement soutenu avec beaucoup de talent, avait proposé de faire entrer dans ce conseil, qu'il voulait composer de 37 membres : un membre de chacune des Académies de l'Institut (qui, à l'Académie des sciences, pouvait être un médecin) ; un membre de l'Académie de médecine et deux membres du Collége de France (le membre de la section des sciences pouvait être aussi un médecin) ; un professeur du Muséum d'histoire naturelle (où la science médicale n'est pas absente) ; un membre d'une faculté de médecine ; enfin un membre d'une faculté des sciences (où professent souvent des médecins). Disons, toutefois, que l'amendement de M. P. Bert a été rejeté. D'un autre côté, M. Gatien-Arnoult a proposé d'introduire dans le conseil deux membres des facultés de médecine, au lieu d'un que demande la commission. Nouveau rejet. Mais, d'une part, l'éloquence persuasive de M. Bouisson est parvenue à faire adopter un des articles de l'amendement rejeté de M. P. Bert, et, avec l'assentiment du gouvernement et de la commission, l'Assemblée a voté l'admission, dans le conseil supérieur, d'un membre de l'Académie de médecine élu par ses collègues. D'autre part, M. Beulé a obtenu les cinq membres de l'Institut, refusés également à M. Bert, au lieu des trois dont la commission se contentait.

D'après le projet ainsi amendé, qui a été voté en seconde délibération, il entrera dans le conseil cinq membres de l'Institut, un membre du Collége de France, un membre d'une Faculté de médecine et un membre de l'Académie de médecine, tous nommés par leurs collègues.

EMPLOI DES TERMES EMPRUNTÉS A LA LANGUE GRECQUE DANS LA NOMENCLATURE DES SCIENCES. — Sous ce titre, le JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, dans son numéro de janvier, contient une note fort intéressante du savant helléniste M. Egger. Après avoir donné l'excellent conseil de réprimer autant que possible le néologisme, surtout quand il a pour effet de créer plusieurs noms pour désigner une même chose (exemples : *impubère* et *anèbe*, *rhombe* et *losange*), M. Egger s'élève contre les mots hybrides en général, et indique les cas où ils peuvent être exceptionnellement tolérés : ceux notamment où l'objet à désigner, comme le spectre solaire, n'avait pas de signe représentatif dans le grec ancien (spectroscope), ou ceux dont un des termes est formé d'un nom propre (galvanomètre). Certains mots composés, sans être hybrides, sont pourtant irréguliers, comme *parallélipipède* au lieu de *parallélépipède*, *hypothénuse* (1) au lieu d'*hypoténuse*, et ne sont protégés que par une prescription plus ou moins longue. « La moitié des termes consacrés dans notre système métrique » valent moins encore ; un même mot, *gramme*, dérivé à la fois de γράμμα, scrupule, et de γραμμή, ligne, en même temps qu'il désigne l'unité de poids, entre dans la dénomination des figures de géométrie (parallélogramme) et d'un genre d'écriture (télégramme). Mais c'est à un exemple de composés arbitraires tiré de la physique médicale, et dont il déclare ne pouvoir *deviner l'origine*, que le célèbre helléniste réserve toutes ses foudres. « *Endosmose* et *exosmose*, qui affectent une forme grecque..., n'ont, dit-il, en réalité, aucun rapport étymologique raisonnable avec les phénomènes physiques qu'ils désignent ; car si ἐνδόσμωσις et ἐξόσμωσις existaient en grec, ils ne pourraient signifier que l'action de *flairer du dedans* et *flairer du dehors.* » Le jugement est peut-être sévère. Ce n'est pas de ὀσμός, odeur, qu'on a tiré *osmose*, mais de ὠσμός, impulsion. Il y a amphibologie, si l'on veut, mais non composition arbitraire, et les mots *endosmose* et *exosmose*, étant donnée leur étymologie, nous paraissent régulièrement formés.

(1) Cette faute n'est guère commise par les savants.

Le JOURNAL MILITAIRE OFFICIEL, n° 68, 2e sem. 1872, p. 785, renferme une instruction explicative des diverses dispositions du décret du 1er décembre 1872, sur les engagements conditionnels d'un an. Nous en extrayons le paragraphe relatif aux médecins ou étudiants en médecine.

INSTRUCTION EXPLICATIVE DES DIVERSES DISPOSITIONS DU DÉCRET DU 1er DÉCEMBRE 1872, SUR LES ENGAGEMENTS CONDITIONNELS D'UN AN.

ART. 61. — *Docteurs et étudiants en médecine et en pharmacie.* — Les jeunes gens qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, les étudiants en médecine qui ont satisfait à deux examens de fin d'année, les aspirants au diplôme de pharmacien de première classe, qui ont passé avec la note *bien satisfait* les deux premiers examens de fin d'études, sont autorisés à accomplir dans les hôpitaux, pour être employés dans leur spécialité, sous la direction de médecins et de pharmaciens militaires, le temps de service auquel ils sont tenus par leur engagement ; mais, comme cet engagement doit être contracté avant le tirage au sort de leur classe, et qu'à cette époque ils n'auront pas les titres voulus, ils seront reçus à s'engager pour les corps auxquels ils sont aptes.

Maintenus, sur leur demande, en sursis, sous les conditions qui seront indiquées aux numéros 76 et suivants de la présente instruction, ils seront, lors de leur mise en route, après avoir justifié de leurs titres, affectés, par voie de changement de destination sur l'ordre du général commandant la subdivision, à une section d'infirmiers militaires.

Versailles, le 1er décembre 1872.

Le ministre de la guerre,

E. DE CISSEY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Bureau pour l'année 1873 : Président, M. Lunier ; vice-président, M. Ch. Loiseau ; secrétaire général, M. Motet ; secrétaires particuliers, MM. Linas et Magnan ; trésorier, M. Aug. Voisin ; comité de publication, MM. Rousselin, J. Falret et Dagonet.

— Par arrêté du préfet de police, MM. les docteurs Blachez, Linas, Faure et G. Bergeron, sont nommés médecins inspecteurs des aliénés du département de la Seine, et MM. les docteurs Berthier et Laborde, médecins inspecteurs adjoints. M. Blachez est désigné pour Bicêtre et Sainte-Anne ; M. Linas, pour Ville-Évrard et Vaucluse ; M. Faure pour Charenton ; et M. Bergeron pour la Salpêtrière.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par arrêté ministériel, il a été décidé qu'il y avait lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de zoologie et physiologie, vacante à la Faculté des sciences de Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Gaussail, professeur de pathologie interne, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Guitard, professeur adjoint de clinique interne à ladite École, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Gaussail.

M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à la même École, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Guitard.

M. Dulac, chef des travaux anatomiques à ladite École, est maintenu dans ses fonctions pour une nouvelle période de trois ans.

NÉCROLOGIE. — Nous annonçons avec peine la mort de M. Huguier, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, etc. Ses obsèques ont eu lieu mercredi 15 courant, à onze heures, à l'Église Saint-Augustin.

— L'Académie de médecine vient de perdre également son secrétaire perpétuel, M. Dubois, mort à Amiens, où le retenaient une ancienne maladie de vessie et une récente affection des centres nerveux (voy. à l'*Académie de médecine*).

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 4 au 10 janvier 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 16. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 61. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 225. — Affections chroniques, 290 (1). — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 28. — Total, 761.

Londres : Décès du 29 décembre 1872, au 4 janvier 1873, 1212. — Variole, 4 rougeole, 6 ; fièvre scarlatine, 9; diphthérie, 8; croup, 12; coqueluche, 37 ; fièvre typhoïde, 40 ; érysipèle, 10; diarrhée, 15; bronchite, 160 ; pneumonie, 70.

Bruxelles : Décès du 22 au 28 décembre 1872, 98. — Scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 4; croup et angine couenneuse, 3; bronchite et pneumonie, 5; entérite et diarrhée, 6.

Rome : Décès du 16 au 22 décembre 1872, 178. — Fièvre typhoïde, 7; variole, 8; diphthérie et croup, 5 ; érysipèle, 2; pneumonie, 13 ; bronchite, 9.

(1) Sur ce chiffre de 290 décès, 151 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — SOMMAIRE. Traitement du rhumatisme par la propylamine. — Société de biologie : La corde du tympan nerf moteur. — Le typhus exanthématique. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Sur la migration du pigment sanguin à travers les parois vasculaires dans la mélanémie palustre. — **Revue clinique.** Clinique médicale : Note sur un cas de typhus exanthématique observé à la clinique médicale de Nancy. — **Correspondance.** Du typhus exanthématique à Metz, dans la population civile, à la suite du blocus. — **Sociétés savantes** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** Des troubles de la circulation à la suite de l'infection des grenouilles par des liquides contenant des monades. — Sur la tuberculose des organes génitaux de la femme. — Opérations sur l'utérus gravide. — Sur les mouvements réflexes de l'utérus. — **Bibliographie.** Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Revue des sciences médicales en France et à l'étranger, recueil trimestriel, analytique, critique et bibliographique, dirigé par M. G. Hayem. N° 1. 1 vol. gr. in-8° de 448 pages. — Paris, G. Masson. 8 fr.
Prix de l'abonnement annuel : Paris, 30 fr.
Départements, 33 fr.

De la névropathie cérébro-cardiaque, par M. le docteur Krishaber. 1 vol. in-8°. — G. Masson. 4 fr.

De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, par M. le docteur N. Th. Klein. 1 vol. in-8° avec 13 planches. — G. Masson. 4 fr.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin. Tome Ier 1 vol. in-8 de XI-720 pages, avec figures intercalées dans le texte (tome II payé à l'avance). 24 fr.

Tableau statistique de l'épidémie cholérique à Paris, pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1865 (préfecture du département de la Seine). Paul Dupont.

Pièces et documents sur la dernière peste languedocienne de 1721-22 (*Gévaudan, Vivarais et bas Languedoc*), *suite de celle de Marseille*, par le docteur Filhol. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 2 fr. 50

De l'épiderme et des épithéliums, par le docteur L. H. Farabeuf. 1 vol. gr. in-8 avec figures dans le texte et une planche. G. Masson. 5 fr.

De l'embaumement chez les anciens et chez les modernes et des conservations pour l'étude de l'anatomie, par le docteur Sucquet, ancien préparateur d'anatomie au musée de l'École de médecine de Paris. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 5 fr.

Résumé clinique sur le diagnostic et le traitement des différentes espèces de néphrites et de la dégénérescence amyloïde des reins, par le docteur Glatz. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 2 fr.

Étude générale et comparative des pharmacopées d'Europe et d'Amérique, par Verwaers, pharmacien. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 2 fr. 50

De l'obstruction des voies lacrymales, par le docteur Naudier. In-8. Adrien Delahaye. 2 fr.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux, par le docteur Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. 1 vol in-8. A. Delahaye. 2 fr.

De la fièvre dans les maladies des voies urinaires; recherches sur ses rapports avec les affections du rein, par le docteur Albert Malherbe. In-8°, avec nombreuses courbes thermiques. A. Delahaye. 3 fr. 50

Recherches expérimentales et cliniques sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale, par le docteur Daniel Mollière. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Du nerf dentaire inférieur, anatomie et physiologie, anatomie comparée, par le docteur Daniel Mollière. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Album illustré représentant la topographie névro-musculaire ou les points d'élection pour la pratique de la thérapie galvano-faradique, par le docteur César Brunelli, A. Delahaye. 15 fr.

Pathologie et clinique chirurgicale, par le docteur Fort. 2e édit., corrigée et considérablement augmentée. 2 vol. in-8 avec 542 figures intercalées dans le texte. A. Delahaye. Broché 25 fr. et cartonné 27 fr.

Traité élémentaire d'histologie, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort. 1 vol. in-8, avec 522 figures intercalées dans le texte. 2e édit., entièrement refondue. A Delahaye. Broché 14 fr. et cartonné 15 fr.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par S. Sappey. 2e édition, entièrement refondue. T. IV, 1re partie, splanchnologie, appareil de la digestion. A. Delahaye. 6 fr.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, par S. Jaccoud. 1 vol. in-8, accompagné de 10 planches en chromo-lithographie. A. Delahaye. Cartonné 16 fr.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXII de la collection, année 1870). 1 vol. in-8, avec planches lithographiées. A. Delahaye. 7 fr.

De l'inoculation cancéreuse (expériences nouvelles), par le docteur Hyvert. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 2 fr.

De l'érythème noueux dans certaines maladies, par le docteur Bès. In-8. Adrien Delahaye. 2 fr.

Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes, pernicieuses, paludéennes, et la verrue péruvienne, par le docteur Tasset. 1 vol. in-8. Adrien Delahaye. 2 fr.

Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale, par le docteur Armaingaud. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Du matérialisme contemporain et de son remède, par le docteur Ch. Boillet. In-12. A. Delahaye. 60 c.

Étude cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur Bourneville. 1er fascicule (hémorrhagie et ramollissement du cerveau). 1 vol. in-8 avec 22 fig. A. Delahaye. 3 fr. 50

Étude sur les corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, par le docteur Gayat, ancien chef de clinique oculistique. In-8°. A. Delahaye. 1 fr. 25

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 23 janvier 1873.

DE LA PROPYLAMINE; DE SES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons parlé dans notre dernier numéro des résultats avantageux obtenus dans le rhumatisme articulaire aigu par l'emploi de la propylamine. Nous trouvons dans un journal italien (*Giornale Veneto di scienze mediche*, june 1872) la relation de quelques expériences intéressantes communiquée à l'Académie royale de Venise par le docteur G. Namias.

Ce médecin a particulièrement été frappé des effets de la propylamine sur la circulation et les caractères du pouls. Il a vu que ce médicament avait pour effet constant de diminuer le nombre des pulsations et, parallèlement, de déterminer un abaissement de la température.

Ce n'est pas seulement la fréquence du pouls qui est diminuée; mais la modification porte en même temps sur sa force et son volume, c'est-à-dire sur la tension artérielle. Ces effets sont tellement rapides que M. G. Namias ne connaît sous ce rapport aucun médicament qui puisse être comparé à la propylamine.

L'action de la digitale et de la digitaline serait peut-être moins énergique et, en tous cas, beaucoup plus lente. On sait en outre que ces médicaments sont mal tolérés par l'estomac et provoquent des troubles nerveux qu'on éviterait par l'emploi de la propylamine. On pourrait, sans inconvénient, porter jusqu'à 2 grammes en vingt-quatre heures la dose de cette dernière. Nous avons vu que M. Dujardin-Beaumetz trouvait cette dose un peu trop élevée et conseillait de ne pas dépasser celle de 1gr,50 ou 1gr,75 au plus.

M. le docteur G. Namias a donc eu l'idée de substituer la propylamine à la digitale dans les cas où cette dernière substance est habituellement employée. Il a vu que les convalescents de rhumatisme qui avaient absorbé une certaine quantité de propylamine urinaient pendant quelque temps avec abondance. En conséquence, il a soumis à la même médication des malades atteints d'affections cardiaques ou vasculaires, avec hydropisie. Un de ces malades a pris pendant plusieurs jours 2 grammes de propylamine. La transpiration cutanée a notablement augmenté, et cependant les urines sont devenues plus abondantes, en même temps que le pouls perdait sa dureté et devenait régulier.

En somme, les principaux effets obtenus sont analogues à ceux que nous sommes habitués à demander à la digitale. Mais la propylamine est mieux supportée. Les enfants et les vieillards s'en accommodent également; son emploi n'est pas suivi d'accidents et ne fatigue pas les voies digestives.

Dans un moment où la propylamine est expérimentée sur une large échelle, nous croyons utile de fournir sur ce nouveau médicament tous les renseignements sérieux que nous pouvons recueillir. Nous saurons prochainement à quoi nous en tenir sur la valeur de cette nouvelle médication. Il était facile de prévoir, d'après les succès qui lui ont été attribués dans le rhumatisme, que ses applications pourraient être étendues. Il importe en tous cas de contrôler son efficacité par une sévère observation clinique et de se garder de tout engouement.

BLACHEZ.

COURS PUBLICS

Médecine pratique.

LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME. — TROUBLES NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.. (Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.)

(Suite. — Voy. les numéros 40 et suiv., 1872, et 1, 1873.)

Le second groupe de manifestations nerveuses, sur lequel je me propose d'attirer votre attention aujourd'hui, comprend une série d'accidents qui ne se présentent à l'observation que d'une façon assez rare, exceptionnelle même pour quelques-uns.

Ces accidents, pour être moins communs que ceux dont nous avons parlé dans notre dernière réunion, n'en sont pas moins intéressants. Nous devons même les étudier avec d'autant plus de soin qu'ils sont pour la plupart peu connus en général et rapportés le plus souvent à des causes étrangères à la vérole, à des causes autres que celles dont ils dérivent réellement.

Les troubles nerveux dont je vais vous entretenir, messieurs, affectent, soit les fonctions de la vie animale, soit celles de la vie organique. Ceux du premier ordre nous occuperont tout d'abord.

I. — En première ligne, par ordre d'importance, je signalerai à votre attention les *paralysies secondaires.*

Il est incontestable aujourd'hui que la syphilis secondaire peut déterminer de véritables accidents de paralysie. De très-nombreuses observations témoignent que la diathèse, même à une époque assez jeune de son évolution, est susceptible d'affecter en ce sens le système locomoteur.

Or :

1° Règle presque absolue, les paralysies secondaires de la syphilis ont pour caractère de consister en des *paralysies partielles, circonscrites*, circonscrites à un nerf, dans la totalité ou dans une portion de ses rameaux.

2° A de très-rares exceptions près, ces paralysies appartiennent presque exclusivement à l'un ou à l'autre des trois types suivants :

1° *Hémiplégie faciale;*
2° Paralysie de la *troisième paire;*
3° Paralysie de la *sixième paire.*

Infiniment plus rares sont quelques autres types qu'on a cru pouvoir rattacher à la syphilis secondaire, tels que : paralysie de la quatrième paire, paralysie d'un membre, etc. De

ces derniers, pour ma part, je n'ai observé aucun exemple jusqu'à ce jour.

Comme symptômes, les paralysies secondaires ne présentent rien de spécial. Elles sont de par la syphilis ce qu'elles sont en toute autre circonstance, car un nerf n'a pas deux façons de traduire la perte de ses fonctions motrices. Il me suffira, messieurs, de dénommer simplement ces paralysies, sans m'arrêter à vous retracer ici la caractéristique banale de chacune d'elles.

Ce qui constitue, en effet, l'intérêt unique de ces paralysies, c'est leur *nature*, c'est la *spécificité de leur origine*. Vous comprenez s'il importe en pratique de savoir que la vérole peut produire des accidents de ce genre. Car de cette notion dérive, avec un diagnostic précis de la cause, une *thérapeutique spéciale*, qui va droit à son but et qui presque infailliblement fait rapide et bonne justice de tels symptômes.

De ces paralysies, la plus commune (et de beaucoup) est l'hémiplégie faciale. En seconde ligne, toujours par ordre de fréquence, vient la paralysie du moteur oculaire commun, laquelle peut être générale ou partielle. Bien plus rare est celle de la sixième paire.

Ajoutons que de ces paralysies la plus *précoce* comme apparition est, sans le moindre doute, l'hémiplégie faciale. On l'observe de temps à autre dès le sixième, le cinquième, le quatrième mois de la contagion. On l'a même vue (mais exceptionnellement) se produire avec les premiers phénomènes secondaires, coexister avec la roséole (1). Plus tardives notablement sont les paralysies oculaires.

Qu'adviendrait-il de ces paralysies secondaires si elles venaient à être abandonnées à elles-mêmes? Je ne saurais vous le dire, car l'expectation pure et simple n'est pas du goût des malades pour les phénomènes de ce genre. Ce qu'il y a de certain, ce que je sais par expérience, c'est que, dans les cas où leur origine spécifique est méconnue, ces paralysies persistent, persistent du moins un temps fort long, trois, quatre, six mois, et qu'il est ensuite fort difficile d'en obtenir la résolution. Deviendraient-elles définitives si le traitement spécifique ne finissait par intervenir? Je n'ai pas par devers moi d'observations suffisamment probantes pour l'affirmer.

Soumises à la médication antisyphilitique, les paralysies secondaires *guérissent*, guérissent complétement et toujours. Du moins jusqu'à présent je n'en ai pas rencontré une seule d'absolument rebelle. Il est bon toutefois d'être prévenu en pratique des deux particularités suivantes. C'est d'abord que l'action du traitement spécifique ne s'exerce parfois que d'une façon assez lente sur les accidents de cet ordre; c'est, en second lieu, qu'elle exige souvent pour se produire des doses médicamenteuses assez énergiques, assez élevées.

D'un certain nombre d'observations il m'a paru ressortir encore ceci, relativement à la thérapeutique de ce genre d'affections : le mercure seul est moins actif contre elles que le traitement mixte. Je conseille donc de les attaquer par l'emploi combiné de l'iodure et des mercuriaux.

Si la syphilis ne détermine guère, à la période où nous l'étudions actuellement, que des paralysies circonscrites, il n'est pas moins essentiel de savoir qu'en certains cas rares, exceptionnels, elle peut être l'origine de paralysies beaucoup plus importantes cliniquement, beaucoup plus étendues. Elle peut produire, retenez bien ceci, messieurs, elle produit parfois des paralysies d'une moitié du corps, des *hémiplégies*.

J'ai déjà vu pour ma part une demi-douzaine de jeunes sujets syphilitiques être pris d'hémiplégie dans le cours de la période secondaire, à une époque même peu avancée de cette période, telle que le sixième mois par exemple. Or, les conditions dans lesquelles ces hémiplégies s'étaient produites ne pouvaient guère en laisser douteuse la nature spécifique. D'une part, les sujets affectés étaient tous jeunes, à la fleur de l'âge; ils ne présentaient aucune lésion du cœur ou des vaisseaux, aucune prédisposition héréditaire, personnelle, professionnelle ou autre, aux maladies du cerveau. D'autre part, ils avaient été frappés en plein état de santé, sans la moindre cause incidente, à la suite d'accès violents de céphalée, et presque toujours coïncidemment avec des poussées plus ou moins intenses de la diathèse. Enfin, dans tous les cas, ces hémiplégies guérirent d'une façon complète et rapide sous l'action du traitement mixte, concurremment avec les autres manifestations de la maladie, et ne furent suivies d'aucun trouble cérébral. Je ne saurais donc, quant à moi, conserver la moindre arrière-pensée sur la spécificité de leur origine, sur leur nature syphilitique (1).

Il s'en faut, messieurs, que l'hémiplégie secondaire soit admise par nos classiques, et longtemps encore, sans aucun doute, elle sera discutée. Son histoire, d'ailleurs, ne peut qu'être ébauchée actuellement. Ce que j'en sais, pour ma part, se résume à ceci :

D'abord elle se produit sans attaque, c'est-à-dire sans cette espèce de sidération subite à laquelle on donne vulgairement le nom d'apoplexie, de coup de sang. Les malades, au moment où ils sont frappés, ne tombent pas, ne perdent pas connaissance, ne passent pas soudainement de l'état de santé à l'état de collapsus, de résolution générale. Tout se passe, au contraire, sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement, de la façon suivante. Dans les jours qui précèdent la paralysie, les malades sont généralement obsédés par un mal de tête violent, gravatif, continu, « absorbant ». Ils sont comme engourdis, hébétés; ils éprouvent des vertiges, des éblouissements. Quand ils marchent, on s'aperçoit, comme ils le disent eux-mêmes du reste, qu'ils ne sont plus « solides sur leurs jambes ». Puis la sensation de vertige devient plus intense ; — une des jambes commence à traîner dans la marche; des faux pas, des heurts, des chutes se produisent; — le bras du même côté s'alourdit, ne se meut qu'au prix d'un certain effort, n'est plus soulevé qu'avec peine; la bouche se dévie, insensiblement d'abord, puis d'une façon de plus en plus marquée. Tout cela se fait sans secousse, tout cela s'accomplit graduellement en l'espace d'un ou deux jours, en l'espace de quelques heures même parfois, sans autres phénomènes qu'un état de malaise général et de torpeur plus ou moins accentuée.

Ces troubles de motilité continuant à s'accroître, l'hémiplégie se trouve bientôt confirmée. Elle n'est jamais complète, absolue. Ainsi le membre inférieur, bien qu'incapable de soutenir le poids du corps, reste susceptible de certains mouvements; — le supérieur, très-diminué comme force, peut encore se soulever ; — impuissants à serrer, à saisir un objet, les doigts conservent quelque motilité ; — la paralysie faciale n'est également que partielle ; l'œil (comme dans les hémiplégies d'origine cérébrale) peut se fermer; la parole n'est embarrassée que pour les consonnes labiales, etc. La bouche, en revanche, est toujours fortement déviée, et la distorsion des traits, surtout dans le rire ou les grands mouvements de la face, est des plus marquées.

Je n'ai pas trouvé que la sensibilité fût compromise parallèlement à la motilité. — Quant aux autres fonctions, elles restent à peu près indemnes ou ne sont influencées sympathiquement que d'une façon légère et sans intérêt.

(1) Voy., entre autres exemples, les deux observations suivantes :
P. Marty, Paralysie du nerf facial au début de la syphilis (*Gaz. des hôp.*, 1863, p. 473);
Bahusud (d'Angers), Observation de paralysie faciale syphilitique arrivant au début des accidents secondaires (*Gaz. des hôp.*, 1863, p. 582).

(1) Je fais appel sur ce point au témoignage de mon savant collègue et ami le docteur Lorain, avec lequel j'ai observé l'an dernier un de ces cas d'hémiplégie secondaire. Un jeune homme de vingt-cinq ans, syphilitique depuis six mois, fut affecté subitement d'hémiplégie à la suite d'effroyables crises de céphalée, et coïncidemment avec une violente poussée de syphilide ecthymateuse et rupiale. L'examen le plus minutieux ne nous permit, à M. Lorain et à moi, de rapporter les phénomènes paralytiques à aucune cause autre que la syphilis. Le traitement spécifique fut conseillé par nous et administré à fortes doses. En quelques jours, la céphalée, l'hémiplégie et les syphilides furent amendées d'une façon surprenante, puis disparurent simultanément, d'un pas égal, de façon à ne pas nous laisser le moindre doute sur la spécificité des symptômes cérébraux.

En ce qui concerne l'évolution ultérieure, j'ai toujours vu l'hémiplégie secondaire, sous l'influence du traitement spécifique (1), s'amender et se dissiper complétement en quelques semaines. Dès le premier ou le second septénaire, l'action de ce traitement se traduit par une amélioration notable et rapide dans les mouvements des membres, tandis que relativement la déviation de la bouche n'est que peu modifiée. Au delà, l'influence thérapeutique ne s'exerce plus que d'une façon relativement lente. La distorsion labiale est le dernier phénomène à disparaître.

Tout commentaire serait superflu sur l'importance clinique de cette hémiplégie secondaire. Il suffit de signaler un tel symptôme pour que chacun de vous, messieurs, comprenne l'intérêt considérable qui s'y rattache.

Un dernier mot sur les divers troubles de motilité qui se produisent dans la période secondaire.

En quoi consistent ces troubles? Ont-ils ou n'ont-ils pas une raison anatomique?

Pour répondre à cette question, il nous faudrait, messieurs, des autopsies. Or, fort heureusement, l'occasion de ces autopsies nous fait défaut, et cela pour deux bonnes raisons : parce que d'abord ce ne sont pas là des désordres mortels, parce qu'ensuite ce sont des désordres qui guérissent, que nous savons guérir. En l'absence de documents nécroscopiques, le champ reste ouvert aux hypothèses. Pour quelques auteurs, ces paralysies seraient essentielles, idiopathiques, *sine materia*; pour la plupart, elles seraient au contraire symptomatiques d'altérations matérielles, de *lésions*. Ai-je besoin de vous dire que cette dernière opinion est de beaucoup la plus rationnelle, la plus acceptable? Il est à croire, certes, que les paralysies partielles de la période secondaire (hémiplégie faciale, paralysies oculaires, etc.) résultent, soit d'une compression exercée sur les filets nerveux en quelque point de leur trajet, notamment dans les conduits ostéo-fibreux qu'ils traversent, soit d'une lésion même de leur tissu, soit d'une cause matérielle quelconque encore inconnue. S'il en était différemment, comment expliquer la circonscription parfaite et rigoureusement anatomique de ces paralysies? Quant à l'hémiplégie du corps, il ne serait personne pour admettre qu'elle puisse ne pas résulter d'une lésion. Mais où réside cette lésion, et quelle en est la nature? Siége-t-elle dans les os, dans la substance cérébrale, dans les méninges, dans les vaisseaux? Nous n'avons pas encore le moindre renseignement nécroscopique sur ces divers points.

II. — Relativement aux troubles nerveux des sens spéciaux, durant la période secondaire, je n'ai, messieurs, que peu de chose à vous dire. Je ne ferai que vous signaler :

1° Pour la vue : des *éblouissements* assez fréquents chez la femme; — des *troubles visuels* passagers (brouillard, nuage devant les yeux, mouches volantes, etc.); — des *paralysies de l'accommodation*, analogues à celles qu'on voit si souvent se produire dans les anémies, dans les maladies graves qui portent une atteinte profonde aux forces vraies de l'organisme; et quelques phénomènes vagues d'*amblyopie*, dont l'ophthalmoscope ne rend pas compte, en dépit de l'examen le plus minutieux.

2° Pour l'ouïe : des *bourdonnements*, des tintements d'oreilles, qui fatiguent parfois les malades pendant des mois entiers; — des *otalgies* plus ou moins vives; — certains états transitoires de *cophose*, de dureté de l'ouïe; — tous phénomènes encore obscurs quant à leur localisation, quant à leur origine anatomique, et que je place ici, sous toutes réserves, dans la catégorie des troubles nerveux.

III. — Il est très-rare que la syphilis secondaire affecte les fonctions intellectuelles. Toutefois, sous l'influence de la perturbation profonde qu'elle apporte parfois dans l'économie tout entière, elle arrive en certains cas à retentir jusque sur ces fonctions, et cela suivant différents modes que voici.

Le premier consiste en une véritable *atonie* des facultés intellectuelles. J'ai vu plusieurs fois certaines de nos malades, dans le cours de la période secondaire, perdre de leur vivacité, de leur activité normale d'intelligence. Elles-mêmes s'en apercevaient et s'en plaignaient. Elles étaient, disaient-elles, moins aptes que de coutume à un travail d'esprit; elles pensaient, comprenaient, calculaient surtout moins facilement : la lecture n'avait plus d'attraits pour elles; toute occupation de tête leur était pénible. Elles étaient en un mot dans une sorte d'asthénie cérébrale, analogue à l'asthénie physique qu'on observait sur elles.

A un degré supérieur, plus rare encore que le précédent, cette atonie de l'intelligence dégénère en une véritable *torpeur*. J'ai eu dans mon service, en l'espace de six années, quatre femmes qui, concurremment avec des accidents spécifiques multiples du système nerveux, présentèrent pour un certain temps des phénomènes très-bizarres de dépression cérébrale. Elles étaient devenues comme à moitié stupides. Indifférentes à ce qui les entourait, ne parlant pas ou ne répondant que d'une façon très-brève aux questions qu'on leur adressait, elles gardaient assidûment le lit, dormaient une partie du jour, et auraient dormi constamment, je crois, si on les eût abandonnées à elles-mêmes. On ne parvenait qu'à grand'peine à les faire lever, et, debout, elles étaient encore somnolentes, aussi engourdies moralement que physiquement. On eût dit des malades en incubation de quelque lésion grave du cerveau, notamment d'une méningite tuberculeuse. Ces femmes restèrent plusieurs semaines dans ce singulier état de prostration mentale, qui nous alarmait d'autant plus que nous n'avions aucune cause pour l'expliquer; puis, il se fit en elles un réveil progressif des facultés; le voile qui semblait obscurcir l'intelligence se dissipa peu à peu, et l'équilibre cérébral se rétablit complétement.

Enfin, en deux autres cas, sur des malades présentant des désordres de ce genre, j'ai vu s'ajouter à la scène précédente quelques phénomènes témoignant d'une véritable *perversion* des facultés. Les deux malades en question semblaient ne plus avoir qu'une conscience vague de ce qui se passait autour d'elles. Elles étaient dans un état presque continu de demi-sommeil, prononçant parfois, surtout la nuit, des mots sans suite, s'agitant sans motif, se découvrant, prenant un objet pour un autre, etc. L'une urinait dans son verre; l'autre se couchait en travers de son lit; toutes deux paraissaient comme égarées. Ces phénomènes étranges s'étaient produits sans fièvre, sans réaction, sans le moindre symptôme permettant de supposer une affection intercurrente, et ne pouvaient en somme, après l'examen le plus consciencieux, qu'être rapportés à une influence diathésique. Finalement, ils s'amendèrent au bout de quelques semaines et disparurent à la façon d'une syphilide, d'une manifestation spécifique quelconque, qui s'évanouit après avoir fait son temps, après avoir duré ce qu'elle peut durer.

De tels accidents vous étonnent, Messieurs; ils ne m'ont pas moins étonné, croyez-le, les premières fois qu'ils se sont présentés à mon observation. Ne croyant pas *à priori* que la syphilis pût déterminer rien de semblable, je ne savais comment expliquer ces troubles intellectuels; je m'efforçais de les rattacher à quelque maladie incidente, à quelque complication qui m'échappait. Ce fut, soyez-en sûrs, l'impossibilité manifeste de les imputer à une cause étrangère qui me conduisit à en suspecter l'essence syphilitique. Plus tard seulement, les ayant observés un certain nombre de fois dans les mêmes conditions, j'en ai compris et reconnu sûrement la spécificité.

Je vous le répète, du reste, ces accidents sont *très-rares*, exceptionnels même. Ils ne se produisent guère, je crois, que chez la femme, qui imprime à la syphilis une physionomie

(1) C'est au traitement *mixte* que j'ai toujours eu recours dans les différents cas d'hémiplégie secondaire qui se sont présentés à mon observation. — J'ajouterai que la nécessité d'agir énergiquement et vite sur des accidents de ce genre doit faire préférer ici le traitement *par les frictions* aux méthodes usuelles d'administration interne du mercure.

spéciale en la transformant pour ainsi dire à son image. Mais ils sont très-réels, très-authentiques, je vous l'affirme à nouveau; et, bien que rares, j'ai cru devoir les signaler avec quelques détails à votre attention, pour vous épargner à leur propos, lorsque vous les rencontrerez, l'apprentissage que j'en ai dû faire pour mon propre compte.

IV. — En dernier lieu, Messieurs, l'influence de la syphilis secondaire sur le système nerveux peut se traduire d'une façon plus générale, très-différente de tout ce que nous avons observé jusqu'ici. Nous allons la voir s'exercer actuellement, soit pour stimuler ou réveiller des névroses préexistantes, soit pour développer, pour créer de toutes pièces des névroses qui ne s'étaient pas encore révélées, qui n'existaient qu'en germe dans l'organisme, qui peut-être même, sans la vérole, ne se seraient jamais produites. Rien de plus curieux à étudier que cette double action de la diathèse.

Premier point : la syphilis secondaire peut *stimuler certaines névroses préexistantes, réveiller certaines névroses éteintes ou calmées*. De cela nous avons ici des exemples fréquents, pour l'hystérie surtout, voire même pour l'épilepsie.

Parlons de l'*hystérie* tout d'abord.

Il est assez commun que des femmes anciennement hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux reparaître dans le cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent subitement hystériques *à compte nouveau*, si je puis ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur, si elles n'avaient cessé de l'être. Elles *reprennent leurs accès convulsifs*, elles *reprennent leur état vaporeux, leur susceptibilité nerveuse*. En un mot, l'hystérie, qui chez elles s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle.

Et quoi d'étonnant, Messieurs, à ce que la syphilis donne le coup de fouet à une névrose aussi mobile, aussi impressionnable que l'hystérie, aussi sujette à oscillations, à recrudescences? Ne voyons-nous pas chaque jour cette névrose subir des exacerbations semblables sous l'incitation des causes les plus variées, de perturbations physiques comme de commotions morales? Et la vérole n'est-elle pas bien faite, à tous égards, pour stimuler une affection facilement accessible aux excitations de tout genre?

Pour avoir l'occasion de s'exercer moins souvent, l'influence de la syphilis sur l'*épilepsie* n'est pas plus contestable. Elle est même parfois surprenante, comme sur une malade que nous avons dans nos salles actuellement et dont voici l'histoire.

Cette femme, âgée de vingt-sept ans aujourd'hui, grande, robuste, bien musclée, est épileptique depuis son enfance. Jusqu'à l'âge de la puberté, elle a eu des attaques très-fréquentes. Plus tard, les crises se sont distancées, à ce point que depuis dix ans jusqu'à janvier dernier il ne s'en est plus produit que six, dont la malade fournit les dates précises de la façon suivante : une à dix-sept ans et une autre à vingt, survenues toutes deux sans causes appréciables ; — trois à vingt-quatre ans, coup sur coup, « déterminées par un violent chagrin » ; — une dernière il y a quinze mois, ayant succédé à une émotion très-vive.

Or, il y a quatre à cinq mois, c'est-à-dire vers octobre ou novembre dernier, cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas, et des accidents secondaires (syphilides cutanées et muqueuses, céphalée, angine, etc.) commencent à se manifester en décembre. — En janvier, *crise épileptique*, survenue à la suite de violents maux de tête. Pas de traitement. — De janvier à février, les accidents spécifiques ne font que s'accroître ; la peau se couvre de boutons, la céphalée augmente ; *quatre nouvelles crises*. — Vers la fin de février, cette malade entre ici, et nous constatons sur elle une syphilide papulo-squameuse extrêmement confluente, des syphilides muqueuses, des croûtes de cuir chevelu avec alopécie, et divers autres symptômes dont je vous fais grâce ; de plus, douleurs multiples et céphalée violente. La médication spécifique est aussitôt instituée. Mais ces divers accidents ne se modifient que d'une façon assez lente, et de février aux premiers jours d'avril *six crises épileptiques* se produisent encore, se produisent à l'hôpital, sous nos yeux, en dehors de toute provocation, de toute excitation physique ou morale. Nul doute d'ailleurs ne peut être conservé sur la nature de ces crises, qui sont celles de l'épilepsie la plus franche, la plus classique.

Puis l'action thérapeutique se produit : la céphalée se calme, les syphilides s'effacent, et parallèlement les crises épileptiques se suspendent.

Résumé : une femme épileptique ne présente que *six crises en dix ans*. Elle contracte la vérole ; tout aussitôt *onze crises se produisent en moins de quatre mois*. Elle se traite ; les symptômes spécifiques s'amendent ; simultanément l'incitation épileptique se calme et s'éteint.

Quoi de plus probant? Serait-il isolé, un tel fait aurait par lui seul une signification réelle, incontestable. Mais il trouve sa confirmation pleine et entière dans d'autres faits analogues ou identiques que je pourrais vous citer, et qui tous déposent dans le même sens.

Donc, il n'est pas douteux que la syphilis réagisse parfois sur l'hystérie ou l'épilepsie, de façon, soit à stimuler, soit à réveiller les manifestations de ces névroses.

D'après ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, la stimulation que la syphilis communique parfois aux névroses n'est jamais que *provisoire*. Elle s'apaise, elle s'éteint au bout d'un certain temps ; elle ne persiste guère au delà de quelques mois. Et de mon expérience il résulte aussi, comme pratique, que le meilleur moyen de combattre ces réveils ou ces exacerbations de névroses communes, non spécifiques, consiste non pas dans un retour à la thérapeutique propre à ces maladies, mais dans l'administration pure et simple des agents *spécifiques*. En face d'une hystérie ou d'une épilepsie surexcitées par la vérole, c'est faire fausse route, je crois, que de s'adresser aux médications anthystériques ou antiépileptiques; plus rationnel et plus sûr est de s'attaquer à la vérole, cause indirecte, mais efficiente de ces accidents.

Second point : La syphilis peut *provoquer* et *créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle*, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice, et qui sans elle, probablement, ne se seraient jamais produites.

Cela, d'abord, est incontestable pour l'hystérie. Assez souvent, en effet, on voit se manifester sur certaines femmes, à la période secondaire, des phénomènes hystériques ou hystériformes qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable. Interrogeant alors avec le plus de soin possible les malades sur lesquelles on observe de tels symptômes, on ne reçoit d'elles ou de leur entourage que des témoignages absolument négatifs sur l'existence antérieure d'un état hystérique, voire même parfois d'une disposition au nervosisme. Il reste donc matériellement certain que l'hystérie est de fraîche date pour ces femmes; qu'elle ne s'est développée sur elles que d'une façon toute récente ; qu'elle est apparue avec la période secondaire ; bref, qu'elle figure au nombre des accidents *nouveaux* introduits sur la scène par la syphilis.

Comme pathogénie, il est vraiment impossible, dans de telles conditions, de ne pas rattacher ces symptômes hystériques à une influence de la diathèse. Coïncidant, au moins dans la plupart des cas, avec des troubles nerveux d'ordre analogue et avec d'autres accidents d'origine manifestement spécifique, nés en même temps que ces divers phénomènes et affectant une évolution parallèle, subissant même du traitement une action identique, ces symptômes hystériques font partie d'un ensemble, d'un tout dont on ne saurait raisonnablement les distraire. Ils sont donc très-certainement d'essence syphilitique; ils composent donc une sorte d'*hystérie secondaire* dont la réalité clinique, amplement démontrée par des observations nombreuses, ne peut plus être contestée de nos jours.

Quels sont les troubles qui caractérisent cette hystérie secondaire?

Assez variés de forme, ils consistent : soit en une sorte d'éréthisme nerveux, vague et mal défini (modifications du caractère, énervement, impressionnabilité singulière, malaise intérieur, moral autant que physique, irascibilité, pleurs sans motifs, colères sans cause, etc.) ; — soit en des sensations douloureuses fixes ou erratiques, difficilement localisables en général (constriction thoracique, poids à l'épigastre, dyspnée sans raison, pandiculations, vapeurs, pamoisons, hyperesthésie rachidienne, globe hystérique remontant de l'estomac à la gorge et produisant en ce point une sensation d'étouffement, de strangulation, etc.) ; — soit encore en des spasmes musculaires, en des convulsions partielles de certains muscles, en des tremblements passagers ; — soit en des défaillances, des lipothymies, que n'expliquent ni l'anémie ni l'état physique des organes circulatoires ; — soit enfin en des phénomènes convulsifs, toniques ou cloniques, en de véritables crises, d'*hystérie convulsive*, avec mouvements tumultueux, jactitation et torsion des membres, projection cynique du bassin, angoisse pharyngée, et tout le cortége habituel des accidents hystériques les mieux caractérisés ; — soit enfin en un mélange, sous des combinaisons variées, de ces divers accidents ; accidents tantôt assez nets, assez précis de forme pour qu'on leur donne sans hésitation la qualification d'*hystériques*, tantôt au contraire assez vagues, assez indécis pour que plus prudemment on se contente de les appeler *hystériformes*.

Ces divers troubles affectent une durée variable, mais ne sont jamais que passagers. Tantôt ils ne persistent que pendant quelques semaines. Tantôt ils se prolongent plusieurs mois. Finalement ils arrivent toujours à s'amender et à disparaître. Pour ma part, je ne les ai jamais vus se continuer indéfiniment et dégénérer en une névrose permanente. L'hystérie syphilitique n'est donc, pour moi, que *transitoire*. Maintes et maintes fois, j'ai eu l'occasion de revoir, à plusieurs années de distance, des femmes sur lesquelles j'avais constaté de semblables troubles à la période secondaire ; aucune d'elles n'avait conservé trace de la disposition hystérique que leur avait passagèrement conférée la diathèse.

Si peu qu'on y réfléchisse, cette hystérie développée sous l'influence de la syphilis n'a rien qui soit fait pour surprendre. Quelles sont en effet les causes qui président le plus habituellement à l'éclosion de cette névrose ? Des surexcitations morales, des émotions, des chagrins, des excès, l'anémie, la chlorose, des maladies très-diverses, ayant toutes pour effet commun d'appauvrir l'organisme et de retentir sur le système nerveux. Or la syphilis n'a-t-elle pas pour conséquence très-fréquente, chez la femme spécialement, d'anémier l'économie et d'apporter un trouble profond, un désarroi véritable dans les fonctions dévolues à l'axe cérébro-rachidien ? A ce double titre, donc, elle peut être — je dirai plus, elle *doit* être — une cause des plus actives pour provoquer des phénomènes hystériques chez les femmes qui y sont plus ou moins prédisposées ; sans compter encore qu'elle y contribue vraisemblablement par d'autres raisons, telles que l'influence exercée sur le moral, la terreur d'une maladie à renom honteux et sinistre, le changement d'habitudes, la réclusion dans un hôpital, la continence, etc.

Conséquemment, l'hystérie d'origine syphilitique est, en théorie, très-rationnellement admissible. En fait, elle existe d'une façon indéniable et doit être rangée au nombre des manifestations de la période secondaire.

Ce qui est vrai pour l'hystérie ne l'est pas moins pour d'autres névroses. Il est incontestable, par exemple, que la syphilis secondaire détermine parfois des crises *épileptiformes*, qui, à les considérer seulement au point de vue des symptômes, sont absolument identiques avec les accès convulsifs de l'épilepsie. Ces crises, une fois produites, se répètent à intervalles variables pendant un temps plus ou moins long, en affectant toujours les mêmes caractères. Si bien que, ne serait l'âge des malades, *on pourrait croire à l'invasion de l'épilepsie la plus franche*. Le plus souvent même, l'erreur est commise en pareil cas, comme en témoigne après coup le récit des malades ou des observateurs, soit que les antécédents syphilitiques aient été méconnus, soit que la relation possible de tels symptômes avec la syphilis soit un fait non encore accrédité.

Cette épilepsie secondaire est rare, je dois le dire, et je n'en ai encore observé pour ma part qu'une demi-douzaine de cas ; mais elle est très-formelle, très-authentique. Je vous en citerai deux exemples, pour mieux fixer en vos souvenirs ce point important.

Une jeune femme entre ici pour des accidents, d'abord légers, de syphilis secondaire. Quelques semaines plus tard, la maladie prend chez elle une forme assez sérieuse et se caractérise par une véritable nuée de manifestations de tout genre : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, périostoses, douleurs multiples, et surtout phénomènes nerveux, tels que céphalée, névralgies, anesthésie, analgésie, algidités périphériques, etc. Tout à coup, sans cause incidente, il s'ajoute à ces derniers phénomènes une série de crises convulsives des plus étranges. Ces crises, dont nous avons été témoins à maintes reprises, consistent en ceci : subitement le visage prend une expression extraordinaire, indescriptible, de stupéfaction, d'immobilité extatique ; — la tête se tourne du côté gauche ; — le membre supérieur gauche s'élève brusquement vers la face, l'avant-bras tenu en flexion forcée, le poignet et les doigts fortement infléchis ; — le membre inférieur du même côté se convulse dans une extension forcée ; — tout le corps enfin est pris d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical et pivote de droite à gauche. Ces divers phénomènes durent quelques secondes, moins de temps assurément que je n'en ai mis à vous les décrire. Puis de violents spasmes cloniques agitent par saccades précipitées le membre supérieur gauche (toujours le gauche, remarquez bien cela, la moitié droite du corps continuant à rester étrangère à tous ces désordres). Finalement la malade, quelques minutes encore, demeure comme hébétée, abasourdie, inconsciente, et c'est tout ; la crise est terminée.

Pendant quelques jours, ces attaques se répètent sous la même forme. Mais bientôt la scène change. Ce qui se manifeste alors consiste en des accès d'épilepsie, d'épilepsie classique, complète, rappelant trait pour trait la crise convulsive du *haut mal*. Nombre de ces accès se succèdent dans le premier mois ; déjà, dans le second, nous n'en observons que cinq ; deux seulement se produisent dans les deux mois suivants.

Puis la détente se fait. Les divers symptômes syphilitiques, cutanés ou autres, s'amendent et disparaissent. Parallèlement, les crises convulsives se suspendent.

Certes, aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature franchement épileptique des phénomènes que je viens de vous décrire. Mais ces phénomènes, quelle en était l'origine ? La malade n'avait jamais éprouvé antérieurement de crises semblables ou analogues ; elle disait même n'avoir jamais été sujette au moindre malaise nerveux. Du côté des ascendants, nul symptôme épileptique. D'autre part, aucune cause incidente, aucun trouble morbide actuel, aucune prédisposition, professionnelle ou autre, ne pouvait être invoquée comme source de tels désordres. Bref, la syphilis seule restait en cause pour expliquer ces accidents épileptiques ; et elle les expliquait d'autant mieux, je pense, qu'ils s'étaient produits avec elle, en pleine période secondaire, que leur apparition avait coïncidé avec une violente poussée spécifique, que leur disparition enfin suivit dans un synchronisme parfait la sédation de cette poussée.

Autre exemple. — L'héritier d'une grande famille, jeune homme de vingt-cinq ans, grand, robuste et d'excellente santé antérieure, contracte la syphilis en 1867. Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises épileptiques, formellement et incontestable-

ment épileptiques (sidération subite (1), chute, perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect « terrifiant » du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc., etc.). Inutile de dire si de tels accidents consternent le malade et plus encore sa famille, qui fait appel à divers médecins et réunit consultations sur consultations. Inutile également de dire si les causes de cette épilepsie sont recherchées par tout le monde avec un soin religieux, méticuleux. Vainement on interroge, soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure du jeune homme, ses habitudes, son hygiène, ses moindres tendances morbides : on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont tour à tour discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner une affection vermineuse, et l'on administre le kousso qui n'expulse rien. De guerre lasse, force est bien de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, c'est à la syphilis seule qu'on finit par imputer les crises épileptiques. Et telle était, en effet, messieurs, l'origine des accidents. L'événement le démontra. Car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement observé, non-seulement les manifestations extérieures de la diathèse se dissipèrent comme d'usage, mais l'épilepsie disparut, disparut complétement, sans retour. Six ans aujourd'hui se sont écoulés depuis lors, et le malade n'a plus jamais été sujet au moindre symptôme nerveux.

Ces deux faits et d'autres encore que je passe sous silence (parce qu'ils sont mot pour mot la répétition des précédents), établissent donc d'une façon incontestable que la syphilis secondaire peut déterminer parfois de véritables crises d'épilepsie.

Mais, dira-on, est-ce bien là de l'épilepsie, de l'épilepsie *vraie?* — Distinguons. En tant que phénomènes, en tant que manifestations apparentes, les crises convulsives qui peuvent résulter de la vérole sont ou peuvent être absolument identiques avec celles de la névrose épilepsie. Voilà ce que j'ai vu, voilà ce que j'affirme. Mais, en tant qu'essence de maladie, en tant que nature intime de manifestations, je suis bien loin de vouloir établir une assimilation entre les crises épileptiques de la syphilis et l'épilepsie vraie. Je me garderai certes de considérer comme épileptique le malade qui, de par la syphilis, prend des attaques analogues à celles de l'épilepsie, pas plus d'ailleurs qu'on ne taxe d'épileptiques les malades qui présentent des crises de ce genre par le fait de la puerpéralité ou de l'urémie. Je dirai même plus. Si j'avais à risquer ici une hypothèse sur la nature des phénomènes en question, je les rangerais sans grand scrupule dans la catégorie de ces troubles qu'on désigne communément sous le nom d'épilepsie symptomatique ou de *fausse épilepsie.* Deux raisons, principalement, me sembleraient légitimer cette manière de voir; les voici :

C'est d'abord que l'épilepsie secondaire est loin d'être toujours franchement et exclusivement épileptique. Plusieurs fois, chez la femme notamment, je l'ai vue associée à différents troubles de nature ou d'apparence hystérique. Si bien qu'en diverses circonstances les crises de nos malades ressemblaient mi-partie à celles de l'épilepsie vraie et mi-partie à celles de l'hystérie pure; on ne pouvait alors les qualifier autrement que du nom d'*hystéro-épilepsie.* Or, comme chacun le sait, l'épilepsie vraie a pour habitude d'être franche d'allure; elle n'accepte que rarement les mélanges. C'est surtout, c'est presque uniquement l'épilepsie symptomatique, la fausse épilepsie, qui se complique de phénomènes étrangers et se présente sous l'aspect bâtard de névroses indécises et complexes.

En second lieu, l'épilepsie secondaire n'est jamais que *transitoire.* Elle ne dure pas ce que durerait une épilepsie vraie. J'ignore, il est vrai, ce qu'elle deviendrait si elle était méconnue et abandonnée à son évolution propre. Persisterait-elle alors? Aboutirait-elle à créer dans l'organisme une disposition permanente? Je n'ai pas de faits par devers moi qui me permettent de juger la question. Néanmoins, une induction très-rationnelle conduit à penser qu'il en serait de cette épilepsie comme de la plupart des phénomènes secondaires, qui finissent toujours par disparaître *sponte sua*, après un temps plus ou moins long, en dehors de toute intervention thérapeutique. Ce que je sais en revanche et ce que j'ai le droit d'affirmer, c'est que, toujours soumise au traitement antisyphilitique, l'épilepsie secondaire s'apaise rapidement et s'évanouit pour ne plus reparaître. En serait-il ainsi s'il s'agissait d'une épilepsie vraie? Personne ne voudrait le croire.

Trêve, du reste, à ces questions théoriques. Le fait essentiel, le seul fait important à conserver dans vos souvenirs, messieurs, est celui-ci : De par la syphilis, il peut se produire des crises convulsives plus ou moins analogues, quelquefois même complétement identiques avec celles de l'épilepsie; et de par le traitement antisyphilitique, ces crises s'amendent et guérissent. Jugez donc, messieurs, s'il se rattache à ce fait un intérêt pratique; jugez s'il est utile cliniquement de démasquer la vérole sous les allures d'une affection aussi grave, aussi terrifiante, aussi peu curable que l'est la véritable épilepsie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Je dois noter cependant que je n'ai pas encore observé dans l'épilepsie syphilitique le *cri initial* du l'accès convulsif, phénomène si habituel (non constant toutefois) des crises de l'épilepsie vraie.

REVUE CLINIQUE.

Clinique médicale.

De la thrombose et de l'embolie : G. Johnson, médecin de King's College Hospital de Londres, et J. Lydell (de New-York) (1).

Les principales conditions de la coagulation du sang sont, comme chacun sait, les suivantes : 1° en premier lieu, la stase du sang ou le ralentissement de la circulation. Parmi les conditions pathogéniques de ce genre, on peut citer la dyspnée produite mécaniquement, soit à la suite de la compression du poumon par un épanchement pleural, soit par une obstruction du larynx. Dans ce dernier cas, l'opération de la trachéotomie trop longtemps différée est impuissante à sauver la vie des malades, car il s'est déjà formé des caillots dans l'artère pulmonaire et dans les cavités droites du cœur.

Pareille coagulation peut encore avoir lieu dans l'oreillette gauche dilatée consécutivement à une sténose mitrale. Enfin la thrombose cardiaque se rencontre encore dans les cas d'inertie des parois du cœur et de dilatation de ses cavités qui ne peuvent plus se vider complétement, d'où résulte une stase sanguine partielle.

2° En second lieu, on voit souvent se développer en certains points de la surface interne du cœur ou des vaisseaux des rugosités, des végétations ou même des ulcérations plus ou moins profondes qui servent de points de départ à la coagulation. C'est ainsi que se déposent les concrétions fibrineuses, véritables thromboses en miniature, à la surface des valvules enflammées, aux extrémités des cordages tendineux rompus, sur les bords d'une déchirure de l'endocarde, ou à la face interne des artères atteintes de dégénérescence athéromateuse ou calcaire.

3° Un petit coagulum constitue souvent le noyau d'une concrétion plus volumineuse. Tels sont, par exemple, les feuillets fibrineux superposés qui remplissent le sac des anévrysmes; telles aussi les concrétions verruqueuses qui recouvrent les valvules cardiaques.—De même, un noyau de fibrine coagulée dans l'une des cavités du cœur peut s'accroître rapidement

(1) *The british medical Journal*, 30 novembre 1872. — *The american Journal of the medical sciences*, octobre 1872, p. 325, 365

par des dépôts successifs de fibrine à sa surface, et ces particules ténues contribuent ainsi puissamment à la formation de caillots volumineux dans le système veineux, dans les cavités droites du cœur ou dans les vaisseaux pulmonaires.

4° Enfin, la plupart des auteurs admettent aujourd'hui que dans certains états pathologiques, comme chez les rhumatisants par exemple, le sang renferme, soit un excès de substance coagulable, soit un principe qui est plus apte que d'ordinaire à la coagulation, et qui tient peut-être à la présence d'un élément morbide dans la crase sanguine.

Telles sont, en résumé, les principales divisions établies par le docteur Jonhson dans son intéressant travail, rempli de faits consciencieusement observés et de la plus haute importance pratique. Nous regrettons de ne pouvoir ici reproduire textuellement les huit observations rapportées par ce clinicien distingué, dont nous avons déjà analysé les travaux dans les précédents numéros de ce journal. Nous donnerons cependant un court résumé des observations qui nous ont paru les plus intéressantes.

Obs. I. — Un homme de soixante-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, se plaignait depuis quatre mois de troubles digestifs et d'essoufflement. Il perd haleine dès qu'il fait la plus légère ascension. A l'examen du malade, le docteur Johnson trouve le pouls rapide et faible, les malléoles légèrement œdématiées, des râles sous-crépitants à la base des poumons. La respiration s'accélère au moindre mouvement, et la dyspnée s'accroît. L'impulsion du cœur est faible, et l'auscultation de la région précordiale ne révèle la présence d'aucun bruit morbide. Les urines sont normales. Le malade accuse en outre une sensation d'angoisse respiratoire au moment de son réveil, qui se fait toujours en sursaut. Peu de jours après, il meurt subitement.

A l'autopsie, le docteur Johnson trouve des ecchymoses sous-péricardiques. Le cœur est gros; les cavités droites sont gorgées de sang. Un caillot ferme et décoloré remplit la partie inférieure du ventricule droit; il adhère intimement à la surface endocardiaque, s'étend dans l'artère pulmonaire, et se prolonge ainsi jusque dans l'oreillette droite, dans laquelle il envoie une languette fibrineuse de 6 centimètres environ de longueur.

La surface externe de ce caillot s'était évidemment moulée sur la paroi de l'oreillette. Au moment de l'examen nécroscopique, le coagulum était libre dans sa cavité; mais il était évident, au dire du docteur Johnson, qu'il avait été poussé par le courant sanguin dans l'orifice tricuspide. L'obstruction soudaine et complète de cet orifice avait produit la cyanose de la face et les convulsions ultimes.

Il est probable, dit-il en terminant, que la formation du caillot remontait à quelques jours avant la mort et était due à l'inertie des parois cardiaques et à la déplétion incomplète des cavités du cœur.

Obs. II. — Jeune fille, dix-neuf ans. Respiration fréquente et difficile. Lividité de la face. Pouls petit, rapide, faible. Refroidissement des extrémités. Température axillaire = 98° Fahrenheit. Résonnance normale de la poitrine, sauf à droite et au niveau du lobe moyen du poumon; en ce point matité et absence de murmure vésiculaire. Respiration puérile dans tout le reste de l'organe. Hémoptysie légère.

Diagnostic. — Thrombose du cœur droit.

Le docteur Johnson vit la malade à huit heures du soir; trois heures après elle avait succombé.

Autopsie. — Apoplexie du lobe moyen du poumon droit. Ecchymoses sous-pleurales. Congestion bronchique et mucosités abondantes remplissant ces conduits. Léger épanchement de sérosité dans le péricarde. Caillot très-mou dans le cœur droit. Cavités gauches moins distendues. Les deux ventricules étaient cependant remplis de sang, et la pointe du cœur paraissait bifide. Valvules saines. Ventricule droit dilaté. Colonnes charnues et muscles papillaires hypertrophiés. Caillot fibrineux, ferme, décoloré, intriqué dans les mailles des colonnes de l'auriculo droit. Quelques caillots de même espèce dans le ventricule droit et à la bifurcation de l'artère pulmonaire; on en retrouve d'autres semblables dans les ramifications de cette artère. Veines pulmonaires saines contenant un peu de sang fluide.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation avait ressenti, peu de temps auparavant, une grande frayeur. Elle aimait beaucoup la danse, mais toutes les fois qu'elle valsait elle se sentait très-oppressée, devenait toute pâle et éprouvait de violentes palpitations. Huit jours avant sa mort, après avoir assisté au mariage d'une de ses amies, elle rentra chez elle accablée de fatigue. A partir de ce moment, dyspnée, palpitations, vomissements, toux, expectoration de mucus spumeux parfois sanguinolent; le jour même de sa mort, elle crache à peu près une cuillerée à bouche de sang pur, et la dyspnée s'accrut jusqu'au dernier soupir.

Dans ce cas, la dilatation des cavités droites du cœur, qui résultait probablement, d'après Johnson, de l'inertie cardiaque, des émotions, des fatigues de la danse, produisit la formation de caillots dans ces parties. Les branches de l'artère pulmonaire furent obstruées graduellement et successivement par des embolies qui se détachaient des cavités droites. Enfin l'obstruction de la circulation pulmonaire fut telle, que la dyspnée survint, et celle-ci fut accrue par l'apoplexie pulmonaire et par la coagulation sanguine dans les ramifications bronchiques et dans les vésicules pulmonaires. Il est probable que l'hémorrhagie se fit par rupture des capillaires bronchiques, et la congestion de ces vaisseaux était produite par l'engorgement des veines bronchiques consécutif lui-même à l'arrêt du sang dans les vaisseaux pulmonaires. Les ecchymoses sous-pleurales reconnaissaient probablement pareille origine.

Obs. III. — Homme, trente-trois ans; diabétique; habitudes alcooliques. Hémoptysie vers le milieu de mars. Il paraissait aller un peu mieux quand, un mois plus tard, Johnson fut appelé auprès de lui en toute hâte. Il était couché, la respiration était accélérée, anxieuse, les mains froides et couvertes de sueurs visqueuses; le pouls faible, petit, fréquent; les lèvres cyanosées, la face pâle et exprimant l'anxiété. La respiration était puérile en tous points, sauf aux deux sommets, où il y avait des râles muqueux à grosses bulles. Les bruits du cœur étaient normaux, le premier était plus court que d'habitude. La respiration était de plus en plus embarrassée depuis deux jours, et la dyspnée était extrême depuis douze heures. Le docteur Johnson soupçonna l'existence d'un caillot dans le cœur droit. Le malade mourut à onze heures et demie le lendemain.

Autopsie. — Caillot ferme, décoloré, adhérent au sommet du ventricule droit; il s'étendait dans l'artère pulmonaire et devenait noir et petit au delà de la bifurcation de cette artère. A l'orifice pulmonaire, le caillot occupait à peu près le tiers du calibre de ce vaisseau. Il s'étendait aussi en arrière du ventricule, à travers l'orifice tricuspide; dans l'oreillette et sur la face auriculaire de cet orifice, il présentait un renflement du diamètre d'un pouce environ, de sorte que l'orifice tricuspide était en grande partie oblitéré et l'oreillette était distendue par du sang noir, liquide, tandis que le ventricule était peu ou pas distendu. Les parois, tant de l'oreillette que du ventricule, étaient minces, molles et surchargées de graisse. Les cavités gauches étaient vides. Épanchement de sérosité dans le péricarde. Ecchymoses sous-péricardiques. Dépôts caséeux aux deux sommets du poumon. Cavernules au sommet gauche. Les poumons étaient fortement œdématiés.

La formation du caillot, dans ce cas, a eu probablement pour siége primitif le sommet du ventricule droit et résultait de la stase incomplète du sang, consécutive à la diminution du pouvoir contractile du cœur. Les émotions éprouvées par le malade pendant les dernières semaines de sa vie, avaient sans doute contribué à augmenter la distension des cavités droites et partant à affaiblir la contractilité de l'organe.

La quatrième observation rapportée par le docteur Johnson, lui a été communiquée par le docteur I..., qui en est lui-même le sujet; elle semble prouver qu'un caillot migrateur lancé dans l'artère pulmonaire peut devenir le point de départ d'une pneumonie circonscrite; dans le cas dont il s'agit et que nous ne pouvons relater dans tous ses détails, la source des accidents était un caillot développé dans la veine crurale, consécutivement à la stase sanguine produite par une inflammation goutteuse.

L'observation suivante est assurément très-intéressante, mais nous croyons que le docteur Johnson a peut-être été trop loin dans les déductions qu'il en a tirées. Ne voulant en rien préjuger de la question, nous nous bornerons à reproduire fidèlement la relation de ce cas ainsi que les remarques de M. le docteur Johnson qui l'accompagnent.

Obs. V. — Le 26 octobre, j'examinai, dit Johnson, un homme âgé de soixante-quatre ans, qui avait eu auparavant des émotions morales vives et avait souffert autrefois d'une névralgie sciatique rebelle,

Au mois de juillet suivant, en allant à la garderobe, il fut pris de syncope. Cet accident se renouvela le londemain matin, et bientôt apparurent tous les signes d'un engorgement pulmonaire : râles ronflants disséminés, hémoptysie, signes d'induration d'une partie du poumon, etc. Peu à pou cette induration disparut et fut suivie d'un gonflement douloureux du mombre inférieur gauche. Plus tard, le membre inférieur droit se prit ò son tour. Qusnd je vis le malade, los deux jambes étaient œdématiées et laisssient échapper une grande quantité de sérosité après des mouchetures.

Les bruits du cœur étaient normaux, l'impulsion faible; les urines légèrement albumineuscs L'auscultation de la poitrine ne révélait aucun phénomène morbide.

Le docteur Johnson revit ce malsde le 16 février. L'œdème des membres inférieurs avait complétement disparu oinsi que l'albuminurie. Quinze jours auporavant, il avoit eu une troisième syncope qui avsit duré vingt minutes environ. A doter de ce moment il s'imagins que les aliments ne pouvaient pas passer, ct il refusa en conséquence toute nourriture et s'affaiblit sensiblement. Le pouls était petit, irrégulier, fréquent; l'impulsion du cœur faible, le premier bruit net et clair. Le malade succomba dans le marosme.

Il est probable, ajoute le docteur Johnson, que dans ce cas, un thrombus formé primitivement dans les cavités droites d'un cœur faible et très-probablement dilaté, a passé sous forme de caillot migrateur dans l'artère pulmonaire, où il a produit une congestion pulmonaire et une hémoptysie. Plus tard, des caillots passant dans les artères capillaires de la grande circulation ont déterminé la formation de coagulations dans les veines d'une jambe, et ensuite dans celles de l'autre. L'albuminurie dépendait probablement d'un infarctus rénal.

L'observation VI offre de grandes analogies avec la précédente; mais comme dans ce cas l'autopsie n'a pu confirmer les prévisions de l'auteur, nous ne croyons pas devoir la rapporter *in extenso.*

Disons seulement qu'il s'agit d'une dsme de quorante ans, mère de plusieurs enfants, d'une bonno santé habituelle quoiquo de constitution un peu délicato, qui fut prise de toux bientôt suivie d'un abondant crachement de song. Peu de jours après, sa jambe gauche se tuméfia, devint douloureuse, sans traces d'inflammotion. Le docteurJohnson supposa aussitôt que cet accident était provoqué par la migration de quelques petits caillots qui, oprès s'étro détschés de la paroi des capillaires des poumons, avaicnt ainsi pénétré dans le torrent de la grandc circulation pour aller s'arrêter ensuite dans les capillaires et dans les veines de la jambe. Un mois à peinc après le début des premiers accidents, ls tuméfaction du membre avait disparu pour faire place à uno dyspnée intonse. Le pouls était rapide et faible, l'anxiété extrême, la face pâle, les lèvres livides; la résonnance de la poitrine était parfsitement bonne, et l'auscultation ne faisait constatcr aucun bruit anormol dans le poumon droit; mais il existait ò gauche quelques râlos crépitants. Le sang qui remplissait une faible partie du parenchyme pulmonaire fut expectoré, mais sa quantité était si faible que l'on ne pouvait expliquer par sa seule présence la dyspnée violente ò laquelle la molode était en proie.

Quelle pouvait en être la cause? Johnson n'hésite pas à attribuer les derniers accidents à la migration d'un thrombus obstruant la veine du membre jusque dans les cavités droites du cœur, et ayant ultérieurement donné lieu à une embolie de l'artère pulmonaire.

Ainsi donc, la dyspnée était bien moins due au défaut d'air qu'au manque de sang. Elle fit de rapides progrès, et la malade succomba le surlendemain dans la matinée.

L'observation VII est empruntée au célèbre docteur J. Simpson (*Clinical Lectures on the Diseases of Women*, p. 354).

Une femme meurt de *phlegmatia alba dolens* du bras gauche et du côté correspondant de la face peu de temps après son accouchement. Un an avant le début de sa grossesse, elle avoit été atteinte d'une endocardite rhumatismale. Après sa délivrance, elle présente tous les signes d'une embolie (ou mieux d'un *embolismo*, pour me servir d'un néologisme d'origine britannique), d'abord dans l'artère humérale droite, et puis dans les deux membres. Survient alors un *phlegmatia dolens* dans le bras gauche. Après la mort, on trouve les valvules aortiques couvertes de végétations verruqueuses, et l'on peut admettre comme très-probable que les détritus fibrineux, en passant des artères dans los capillaires et les veines du bras gauche, avaient occasionné la thrombose ultime et les autres accidents de *phlegmatia dolens.*

Personne n'ignore que les concrétions sanguines du cœur droit et celles de l'artère pulmonaire sont une cause fréquente de la mort subite chez les accouchées. Ce fatal accident peut, il est vrai, être accompagné des signes d'intoxication générale; mais il n'est pas impossible que les coagulations formées dans les veines utérines peuvent être emportées par le courant sanguin centrifuge jusque dans les cavités droites du cœur, où elles constituent les noyaux de coagulations ultérieures.

La dernière observation est également relative à un cas semblable et ne mérite ici qu'une simple mention.

Après avoir signalé ces trois exemples de *phlegmatia alba dolens* survenus chez les accouchées, le docteur Johnson fait remarquer avec raison que ce n'est pas seulement dans l'état puerpéral que se développent ces accidents. On peut, en effet, les voir survenir dans les fièvres graves et dans la plupart des maladies infectieuses. L'auteur semble admettre un processus analogue pour expliquer la *phlegmatia alba dolens* consécutive au typhus et à la fièvre typhoïde. Dans ces deux maladies, l'engouement pulmonaire est plus ou moins marqué et si l'on admet les prémisses établies par Johnson, on comprendrait aisément que des coagula puissent se former dans les capillaires du poumon, passer ensuite dans le courant de la grande circulation et déterminer de la sorte une obstruction capillaire ou veineuse secondaire, analogue à celle dont les trois dernières observations nous offrent des exemples.

Les mêmes réflexions s'appliqueraient à la thrombose qui complique la pleurésie, la pneumonie et la phthisie. Johnson dit avoir plusieurs fois observé cet accident dans ce dernier cas. Le docteur Curtham a publié (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XLIII) quatre observations de phthisie compliquée de *phlegmatia dolens.* Dans les deux premières, il est fait mention d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, tandis qu'il n'existait dans les deux autres cas aucune lésion de ce genre, et le docteur Cursham attribue l'obstruction veineuse à la présence du pus ou de quelque substance étrangère dans le sang.

Plus récemment encore, Warburton Begbie (*Edinburgh Medical Journal*, septembre 1872) a rapporté quatre exemples de pleurésie dans lesquels un gonflement du membre inférieur avait eu lieu du même côté que la pleurésie elle-même. Le docteur Johnson attribue cet accident à la thrombose capillaire des poumons ou au ralentissement de la circulation produit par la compression de l'organe, et à la migration de ces coagula fibrineux dans la grande circulation où ils deviennent le point de départ d'une thrombose consécutive dans les capillaires ou dans les veines des membres.

Quant au siége de prédilection de la *phlegmatia dolens* du côté correspondant à celui de la pleurésie, il l'explique judicieusement par la position occupée par le malade qui se couche habituellement sur le côté malade : d'où résulterait une gêne dans la circulation en retour et partant une stase sanguine qui favoriserait ainsi puissamment la coagulation et la thrombose.

Nous avons cru devoir insister sur ce travail récent du docteur Johnson qui ouvre des horizons nouveaux à la pathogénie de la thrombose et qui renferme en outre des faits cliniques importants que l'on ne saurait trop vulgariser. Nous aurons, du reste, l'occasion d'y revenir à propos du Mémoire du docteur Lydell, qui servira d'utile complément à cette étude.

F. Labadie-Lagrave.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Du typhus exanthématique à Metz, dans la population civile, à la suite du blocus.

Messieurs,

La lecture du travail fort intéressant de M. le docteur Michaux, publié dans la Gazette hebdomadaire du 17 janvier

1873, me suggère quelques réflexions que je vous demande la permission de vous soumettre.

Au commencement du mois de septembre 1870, on établit dans le village de Vallières, près de Metz, une ambulance qui fonctionna jusqu'aux quelques jours qui précédèrent la capitulation; elle compta pendant toute cette période une moyenne journalière de 250 à 300 *fiévreux*. Les affections qui y dominèrent furent la *fièvre typhoïde* et la *diarrhée* ou *dysentérie*.

Notre attention et celle des médecins en chef étaient naturellement éveillées au point de vue de l'apparition possible du *typhus pétéchial*, et chaque fois qu'une fièvre dite *typhoïde* prit une marche un tant soit peu anormale et amena la mort, l'autopsie fut pratiquée par un des médecins de l'ambulance. Chacune des autopsies faites dans ces conditions montra l'altération intestinale de la *fièvre typhoïde*. Nous n'avons jamais observé l'éruption du typhus pétéchial, et nous trouvons même dans nos notes cette mention spéciale : « les taches rosées sont, en général, très-peu abondantes et elles font même assez souvent défaut. »

Nous n'avons donc pas vu de cas de *typhus*.

Attribuerons-nous cette immunité à une question de race?

Nous n'avons évidemment pas la prétention de trancher la question soulevée par M. Chauffard au sein de l'Académie de médecine ; mais il faut bien avouer que les faits apportés par M. Michaux viennent se ranger à côté des arguments déjà cités par M. Bouchardat contre M. Chauffard.

On aurait mauvaise grâce de reprocher à M. Michaux de ne citer aucune autopsie prouvant catégoriquement qu'il n'a pas eu affaire à la fièvre typhoïde : il donne de trop excellentes raisons pour s'excuser de cette lacune, et nous sommes convaincu que lui et tous les honorables praticiens qu'il cite ont jugé en parfaite connaissance de cause.

Il nous faut donc admettre qu'il y a eu pendant le siége, dans Metz-*ville* et particulièrement parmi la population civile, quelques cas de *typhus pétéchial*. M. Méry voit dans ces observations les premiers signes d'une épidémie qui aurait nécessairement pris plus d'extension si le siége avait continué plus longtemps, et il se trouve, sur ce point, parfaitement d'accord avec M. le professeur Bouchardat.

Mais pourquoi alors ce typhus naissant dans la ville n'est-il pas observé dans les camps? Pourquoi ceux qui souffrent le plus du manque de pain et de sel, les soldats, ne sont-ils pas les premiers atteints? Pourquoi, en ville, l'épidémie va-t-elle sévir sur les élèves des orphelinats de Saint-Joseph et de Sainte-Constance?

« Les conditions de la guerre (famine et typhus) n'étaient point encore accomplies aux jours des capitulations», dit M. Bouchardat (discours à l'Académie de médecine, séance du 7 janvier); mais il n'insiste pas sur les différences des conditions hygiéniques auxquelles étaient soumis les habitants de Metz *intra muros* et les défenseurs de la ville *extra muros*. Il y a là un point important sur lequel il ne nous semble pas que l'attention ait été suffisamment fixée.

L'*encombrement* n'a, à vrai dire, jamais existé dans l'armée. Nos soldats étaient logés sous la tente-abri. On ne peut s'y tenir que couché, et, hormis les jours de pluie, les hommes n'y étaient renfermés que quand la fatigue les engageait au sommeil : ils vivaient, somme toute, au grand air.

La population de Metz, avant la guerre, était fort dense; cette densité s'est augmentée par l'arrivée de familles nombreuses venues de la campagne, et par une quantité énorme de malades et de blessés. Le typhus trouvait là assurément un meilleur terrain que dans les camps.

Les Prussiens, au contraire de nos soldats, habitaient des baraques ou des maisons, et présentaient des conditions plus favorables que nos troupes à l'éclosion du typhus, sans qu'il soit nécessaire d'alléguer une question de race.

Dans notre ambulance de Vallières, nous manquions de bien des choses, et aux meilleurs jours de notre fonctionnement, nous n'avons eu à donner à nos malades que des paillasses et des couvertures sans draps ni matelas; mais nous n'avons pas eu d'*encombrement*, car les granges du village nous servaient de salles.

A l'ambulance du Sauley, où, malgré le séjour sous la tente, il y eut véritable *encombrement*, on observa *peut-être* quelques cas de typhus. (*Une ambulance à Metz pendant le blocus, coup d'œil historique et médical; Bulletin de la réunion des officiers* du 21 décembre 1872.)

Nous ne saurions dire si l'existence de cette maladie a été prouvée dans les hôpitaux militaires autres que l'hôpital des Tabacs (M. Méry); mais nous ne l'avons pas vue pour notre compte à l'hôpital de la caserne de Chambière où notre service nous appelait souvent.

Il nous paraît donc qu'à Metz ainsi qu'en Crimée, où l'influence nocive des *taupinières* a été si fort remarquée, l'encombrement a joué dans la création du typhus un rôle prépondérant. Cette influence se prouve par les faits suivants :

Il n'y a pas eu de typhus dans les camps sous Metz.

Les cas peu nombreux de typhus observés pendant le blocus de Metz se rapportent surtout à la population civile *intra muros*, plus resserrée, vivant dans un air plus confiné que la population militaire campée en dehors du mur d'enceinte.

Les établissements de Metz qui semblent avoir été les plus maltraités sont les orphelinats de Saint-Joseph et de Sainte-Constance, où les élèves occupaient des locaux trop étroits.

Parmi les hôpitaux où le typhus s'est montré, on cite l'hôpital des Tabacs dans lequel on avait centralisé le service des varioleux, ce qui amenait une affluence considérable de malades.

Parmi les ambulances où cette maladie aurait pris naissance, on nomme celle de Sauley, qui restera renommée par l'entassement de ses malades sous les tentes.

L'ambulance *intra muros* de Vallières n'a pas eu à enregistrer un seul cas de typhus, et, si mes souvenirs sont exacts, il en a été de même de l'ambulance de Plantières, sa voisine.

Nous ne voudrions pas conclure de ces faits que le séjour plus longtemps prolongé dans les camps n'aurait pas pu amener l'explosion du mal; loin de là : les miasmes et les matières organiques imprégnaient le sol, chaque jour davantage; la famine croissante aurait pu ajouter ses effets à ceux de l'infection progressive des camps, et l'apparition de quelques cas de la maladie contagieuse aurait été terrible au milieu d'une population aussi affaiblie par les privations que par les souffrances morales.

Nous sommes loin aussi de préconiser l'usage de la tente-abri pour les corps permanents; mais nous avons voulu prouver que c'est à l'absence de l'élément *encombrement* dans les camps qu'on peut attribuer l'absence ou au moins l'extrême rareté du typhus dans l'armée de Metz.

Et ainsi nous démontrons implicitement qu'à Metz, comme en Crimée, l'élément *famine* a semblé tenir le second rang.

Dr C. Viry.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Prix. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours du prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon) pour l'année 1872. MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Robin, Brongniart, Coste réunissent la majorité des suffrages.

L'Académie nomme ensuite la commission qui sera chargée de juger le concours du prix Serres pour l'année 1872. Elle se composera de MM. Coste, Cl. Bernard, Robin, Milne Edwards, de Quatrefages réunissant la majorité des suffrages.

COLORATION DES ANIMAUX SOUS L'INFLUENCE DES NERFS. — M. *G. Pouchet* adresse, par l'entremise de M. Coste, pour le concours du prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon), un mémoire sur les changements de coloration, sous l'influence des nerfs, chez les animaux. (Renvoi à la commission.)

NOMENCLATURE CHIMIQUE. — M. *Ad. Nicolas* adresse une note concernant un projet de nomenclature chimique. (Renvoi à la section de chimie.)

EXAMEN SPECTROSCOPIQUE DE LA CHLOROPHYLLE DANS LES RÉSIDUS DE LA DIGESTION. Note de M. *J. Chautard*. — « Les résultats que j'ai communiqués à l'Académie dans ma dernière note (*Comptes rendus*, t. LXXXV, p. 1836) se rattachent à un travail plus général, dont j'extrais encore aujourd'hui quelques faits.

» Les indications dont j'ai fait usage dans cette note et dans celle d'aujourd'hui n'auraient aucune valeur, si je ne disais au préalable les points qui m'ont servi de repères. Le micromètre de mon spectroscope est divisé en 150 divisions, dont la quarantième correspond à la raie D de la soude; le n° 10 coïncide à peu près avec la raie A de Fraünhofer, et le n° 150 avec la raie H. Partant de là, il sera toujours facile de rendre les observations comparables.

» Grâce à la sûreté du procédé spectroscopique, j'ai pu trouver aisément dans les résidus de la digestion la chlorophylle et m'assurer qu'elle n'avait ainsi éprouvé d'autre altération que celle que le temps ou les acides lui font subir naturellement.

» Les animaux dont j'ai examiné les produits sont le cheval, la vache, le mouton, le chien, le chat, le lapin, les poules. Tous ont fourni deux des raies caractéristiques de la chlorophylle; mais, chez les herbivores, le phénomène s'est manifesté avec une netteté infiniment plus grande que chez les omnivores. Avec tous, il est facile de faire varier les apparences, en modifiant le régime alimentaire. Ainsi, en nourrissant un chien et un chat exclusivement de viande, pendant plusieurs jours, on arrive à diminuer l'intensité de la raie noire du rouge (la seule qui persiste alors que les autres se sont déjà éteintes) et même à la faire disparaître complétement. Des poulets élevés en liberté dans un jardin et d'autres nourris en endroits clos, avec du son ou du grain, m'ont présenté des différences analogues. Chez les herbivores, et le lapin en particulier, cette disparition n'a jamais lieu complétement. Ayant soumis pendant quinze jours des lapins à un régime alimentaire dépourvu de chlorophylle (pomme de terre, carotte, etc.), j'ai toujours retrouvé une raie noire dans les produits examinés, résultat qui correspond à un fait connu des physiologistes, à savoir que le tube digestif d'un lapin, même après un jeûne rigoureux de plusieurs jours, ne se vide jamais complétement, tandis que, chez les omnivores, l'évacuation intestinale finit toujours, avec le temps, par devenir à peu près complète.

» J'ai reconnu également, dans la teinture alcoolique de cantharides, quelques-unes des raies de la chlorophylle, et spécialement celles du rouge et de l'orangé. Cette liqueur, préparée suivant les prescriptions du *Codex*, est d'un vert brunâtre assez foncé. Soumise à l'action du prisme, elle fournit plusieurs raies magnifiques, rappelant tout à fait celles de la chlorophylle.

» Ces résultats me semblent avoir quelque intérêt pour la physiologie, la médecine légale, etc. »

MÊME SUJET, par M. *A. Millardet*. — « Au mois de mars 1868, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie le résultat de recherches sur la chlorophylle, exécutées en collaboration avec M. G. Kraus.

» Dans une communication récente (*Comptes rendus*, t. LXXV, p. 1836), M. Chautard étudie les bandes d'absorption que présente une solution alcoolique fraîche de chlorophylle normale; il décrit ensuite les variations que manifestent ces bandes pour une solution de chlorophylle altérée, et termine par quelques conclusions pratiques et physiologiques. Je ferai remarquer qu'il existe déjà, sur les caractères spectroscopiques de la chlorophylle et de ses dérivés, un très-grand nombre de travaux. Le plus ancien paraît être celui de Brewster, il remonte à l'année 1834; les plus récents et les plus remarquables sont dus à MM. Kraus et Hagenbach.

» Les bandes noires indiquées par M. Chautard avaient été aperçues par Brewster, dès 1834. Il est prouvé maintenant par un très-grand nombre de travaux, notamment par ceux de MM. Kraus et Hagenbach, que la solution alcoolique de chlorophylle normale est caractérisée par sept bandes d'absorption. La première que l'on rencontre, en allant du rouge au violet, est la plus caractéristique; elle est située entre les raies B et C de Fraünhofer; la deuxième, entre C et D; la troisième et la quatrième, entre D et E; la cinquième au delà de F; la sixième coïncide presque avec la raie G; enfin la septième occupe l'extrême violet.

En ce qui touche au spectre de la même solution alcoolique de chlorophylle altérée par « les acides organiques ou quelques gouttes d'acide chlorhydrique », M. Chautard admet comme caractéristiques de cette solution quatre bandes d'absorption. M. Kraus a réfuté une assertion analogue de M. Askenasy, et montré qu'il existe en réalité sept bandes différentes et d'une position déterminée, caractéristiques de ce genre de solutions.

» Enfin M. Chautard tire de son travail des conclusions d'ordre physiologique. L'identité de la chlorophylle a été démontrée pour tous les végétaux capables d'assimiler, et j'ai la confiance que mes recherches personnelles ont contribué à ce résultat. En conséquence, il est inadmissible que le rang qu'occupe une plante dans la classification, le climat, la température, l'exposition, le sol, exercent sur la composition de ce pigment la moindre influence. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse à l'Académie l'ampliation du décret par lequel l'élection de M. *Armand Moreau* comme membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie est acceptée.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Une notice de M. *Van de Loo* sur les appareils plâtrés. — 2° Un ouvrage intitulé : OPHTHALMIES D'ALGÉRIE, par M. le docteur *F. Guignet*.

M. *Depaul* offre en hommage à l'Académie, au nom des auteurs : 1° un album représentant la topographie névro-musculaire ou les points d'élection pour la pratique de la thérapie galvano-faradique, par le docteur *César Brunelli*; 2° le TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR, de M. *A. Friedreich*.

L'Académie reçoit : *a*. Une note sur l'extrait de Malt houblonné, par M. le docteur *Champouillon*. (*Comm.* : MM. Marotte et Delpech.) — *b*. Un pli cacheté déposé par M. *Georges Hirne*, interne des hôpitaux. — *c*. Un travail manuscrit de M. *Gigot-Suard* sur les intoxications spontanées. (*Comm.* : MM. Robin, Delpech, Davaine.)

Nous croyons devoir donner le *résumé* de l'intéressant travail de M. Gigot-Suard.

« L'injection de l'acide urique peut produire l'*uricémie*, c'est-à-dire la surcharge du sang par ce principe excrémentitiel.

L'acide urique administré à des chiens à la dose de 20 centigrammes au moins et de 4 grammes au plus en vingt-quatre heures, pendant une période de temps qui a varié depuis un mois jusqu'à deux mois, a occasionné des lésions morbides extrêmement remarquables et susceptibles d'éclairer la pathogénie d'un grand nombre de maladies chroniques.

Plusieurs fois l'alcalinité du sérum du sang a diminué au point que ce dernier paraissait presque neutre. Le microscope et l'analyse chimique y révélèrent la présence de cristaux d'acide urique, d'acide oxalique et d'urate de soude.

Les organes et les tissus sur lesquels l'acide urique a démontré son action sont, par ordre de fréquence : la peau, les muqueuses et leurs glandes, les poumons, les reins, le foie, le pancréas, le cerveau, les glandes lymphatiques, les arti-

culations, la rate, le péricarde et les enveloppes de la moelle épinière, le cœur.

La *peau* a présenté presque toutes les altérations décrites par les dermatologistes (affections érythémateuses, boutonneuses, vésiculeuses, croûteuses, squameuses).—Du côté des *muqueuses*, on a observé une injection plus ou moins forte, rarement le ramollissement. Les muqueuses le plus souvent atteintes sont celles de la bouche, du nez, des yeux et des bronches. Les glandes étaient hypertrophiées et même ulcérées; mais cette dernière lésion a été remarquée surtout dans les glandes en tubes du rectum.—Les *lésions pulmonaires* sont la congestion et la splénisation avec ou sans foyers apoplectiques, sans parler de la tuberculisation dont il sera question tout à l'heure. — Les *lésions rénales* ont varié depuis la simple congestion de la substance corticale jusqu'à celles qui caractérisent la maladie de Bright. — Le *foie* a été congestionné plusieurs fois, et a présenté une fois la dégénérescence graisseuse. — Dans le *pancréas*, on a remarqué seulement une injection plus ou moins étendue de la surface. — Il en est de même du *cerveau*, où l'injection n'occupait que la surface et une petite portion de la substance grise. — La dégénérescence cancéreuse et tuberculeuse s'est produite plusieurs fois dans les *glandes lymphatiques*. D'autres fois on n'a constaté qu'un simple engorgement de ces glandes. — Du côté des *articulations*, les seules lésions observées sont l'augmentation de la synovie, une coloration des cartilages beaucoup plus foncée qu'à l'état normal et l'injection de la synoviale. Il n'y a jamais eu de dépôt d'urate de soude. — Les lésions de la *rate* sont rares et consistent dans une injection légère sur ses bords ou une coloration un peu foncée sur quelques points. — Les enveloppes de la *moelle épinière* et le *péricarde* ont été trouvés fortement injectés dans un cas. — Le *cœur* n'a été altéré aussi qu'une seule fois dans les huit expériences dont ce Mémoire contient la relation : ses parois paraissaient énormes, et l'endocarde avait une couleur ardoisée. — Outre les lésions organiques que je viens d'indiquer, l'acide urique a produit, dans un cas, les symptômes du *diabète*, des *tubercules pulmonaires* dans trois cas, un *squirrhe ligneux de la peau* à la région cervicale, et enfin un *épithélioma* de la langue.

M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre où M. *Bouisson* annonce que, sur sa proposition, l'Assemblée nationale a décidé qu'un membre de l'Académie, élu par ses collègues, serait admis dans le conseil supérieur de l'instruction publique. (Voy, p. 62.)

M. le *président* propose d'adresser des remercîments à M. Bouisson; cette motion, appuyée par M. Barth, est votée à l'unanimité.

Puis, sur la prière de M. *Depaul*, M. *Alphonse Guérin* donne lecture des paroles d'adieu qu'il a prononcées, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Huguier.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Bouley* prend la parole, et dans une improvisation pétillante de verve et d'esprit, commence par répondre à M. Chassaignac. Il refuse d'abord les éloges dont l'avait gratifié un peu trop complaisamment M. Chassaignac, en le posant en adversaire déclaré de la septicémie.

Il tient à établir nettement la situation.

Sans doute, au début, il a été, comme tout le monde, saisi d'étonnement et d'une sorte d'épouvante en entendant les choses étranges que M. Davaine révélait à l'Académie, et il n'a pu se défendre d'un doute bien légitime. Mais en présence des expériences si précises de M. Davaine, expériences qui venaient confirmer et compléter celles de MM. Coze et Feltz, il s'est dit qu'il devait y avoir là quelque chose, et il a voulu s'en rendre compte par lui-même.

M. Davaine a bien voulu répéter ses expériences devant lui, et aujourd'hui il est convaincu de l'existence d'un virus septicémique.

M. Bouley indique ensuite à M. Chassaignac par quel procédé on peut arriver, avec une précision presque mathématique, à ces dilutions infinitésimales, qui lui paraissent un peu trop fantaisistes. C'est avec ces billionièmes et trillionièmes de gouttes qu'il tue des lapins, comme l'avait annoncé M. Davaine. Ces lapins sont morts, et tous morts dans les conditions précises indiquées par M. Davaine. Voilà le fait brutal, dit M. Bouley, et les raisonnements ou les discours les plus spirituels du monde n'y pourront rien changer.

Pourquoi, dit M. Chassaignac, inventer un nouveau virus, n'en avons-nous déjà pas assez? M. Davaine n'invente rien, répond M. Bouley, il constate tout simplement un fait qui avait échappé à d'autres observateurs. Et à ce propos, M. Bouley rappelle ce qui arriva quand Rayer annonça pour la première fois que la morve était transmissible à l'homme. Tous les vétérinaires protestèrent, comme le fait aujourd'hui M. Chassaignac, au nom de la clinique, jusqu'au jour où des cas bien constatés de mort par intoxication morveuse chez l'homme vinrent prouver que Rayer n'avait malheureusement que trop raison.

Mais, dit encore M. Chassaignac, à quoi sert cette culture des poisons, cette septiciculture? A quoi? à les mieux connaître, Plus on connaît un principe morbide, plus on a de chance de le combattre avec succès. Quand on peut à volonté donner une maladie, en régler pour ainsi dire les degrés et l'intensité, on n'est pas loin d'en trouver le remède. Et M. Bouley attire l'attention de l'Académie sur les expériences qu'il y aurait à faire pour chercher les moyens thérapeutiques d'annuler chez le lapin l'action du virus septicémique.

M. Chassaignac s'est agréablement moqué du billionième et quatrillionième, de ces doses infinitésimales qui vont fournir, dit-il, des arguments aux homœopathes. M. Chassaignac n'oublie qu'une chose, c'est qu'il s'agit ici non d'un médicament, d'une matière inerte, mais d'un principe virulent actif, doué d'une vitalité toute spéciale, susceptible de repulluler et de se multiplier à l'infini.

L'existence d'un virus septicémique est donc aujourd'hui un fait parfaitement établi. M. Davaine l'a prouvé par ses expériences, et M. Vulpian, dans une communication récente à la Société de biologie, a déclaré avoir vu sous le champ du microscope les éléments figurés où réside, selon toute probabilité, la faculté virulente du poison septicémique.

Tout cela n'est encore que le côté général, en quelque sorte extérieur, de la question. Voici venir le fond, tout aussi agréablement et savamment traité. Malheureusement l'heure presse et l'orateur ne peut donner que le résumé des expériences qu'il a faites sur la septicémie depuis la dernière communication de M. Davaine.

Ces expériences comprennent trois séries. Dans les deux premières, M. Bouley a expérimenté sur des chevaux, des chiens et des lapins, avec du sang de cheval atteint de septicémie. Dans la troisième, avec du sang d'un homme mort de gangrène.

Il résulte de ces expériences que la septicémie chevaline existe réellement, mais qu'elle présente une virulence beaucoup moins grande que la septicémie du lapin. Quant à la septicémie humaine, il faut attendre des expériences ultérieures pour pouvoir se prononcer.

En résumé, quoiqu'il y ait encore bien des points à élucider, M. Bouley juge les faits assez concluants pour démontrer l'existence d'un virus septicémique; et s'adressant en terminant aux incrédules, il s'écrie avec Bossuet, qu'on ne s'attendait guère à voir en cette affaire : *Et nunc erudimini*, vous qui niez la septicémie. Il aurait pu, pendant qu'il était en veine de citations pieuses, ajouter en manière de présomption : *Oculos habent et non videbunt*, ou même, puisqu'il s'agit de putridité : *Nares habent et non adorabunt*.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Giraldès.

Société de biologie.

SEPTICÉMIE. — NUMÉRATION DES GLOBULES. — EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DES DIVERS MUSCLES.

Parmi les communications les plus intéressantes faites à la Société de biologie nous signalerons d'abord une lecture de M. Liouville. Ce travail a pour base des expériences instituées par l'auteur dans le laboratoire de M. Béhier, avec du sang d'un homme mort de fièvre typhoïde; les lapins inoculés avec des dixièmes, des dix millièmes de goutte, sont morts en un ou deux jours (séance du 28 décembre). M. Vulpian, dans cette séance et dans celle du 11 janvier, rapporte que plusieurs expériences analogues d'inoculation de sang d'individus atteints de fièvre typhoïde grave, lui ont donné des résultats négatifs; il s'agit de cinq lapins qui ont résisté à l'inoculation, résultats en contradiction avec ceux que M. Davaine a observés.

Des inoculations d'un autre genre ont été faites par M. Liouville, qui a montré des pièces provenant de lapins devenus tuberculeux à la suite d'inoculations du sang d'individus tuberculeux. M. Parrot a rappelé à ce sujet que, dès 1869, il avait fait des expériences, d'ailleurs confirmatives de celles d'un grand nombre d'observateurs, qui prouvent que non-seulement la matière tuberculeuse, mais aussi avec des produits fort différents, les détritus du favus, par exemple, peuvent produire le tubercule dans les inoculations aux lapins, l'inoculation tuberculeuse d'ailleurs tue plus rapidement et amène plus constamment la tuberculose.

— De ces faits, doivent être rapprochées les expériences de M. Joffroy (séance du 4 janvier), sur l'inoculation du sang de deux hommes atteints de pustule maligne, et du liquide de l'eschare d'une pustule maligne broyée et mélangée d'eau.

Sur 4 inoculations du sang, un lapin est mort en 4 jours, le sang de lapin inoculé à un autre animal le tue en 3 jours; un cobaye meurt par inoculation de 4 gouttes du sang du second lapin; deux lapins guérissent malgré l'inoculation du sang ou du liquide obtenu par broiement de l'eschare.

Les particularités importantes de ces expériences sont que le sang des individus atteints de pustule maligne et ne renfermant pas de bactéries, a produit chez des animaux une infection accompagnée de la présence des bactéries dans le sang de ces animaux et suivie de mort. Les malades atteints de pustule maligne ont guéri à la suite de la cautérisation, et M. Dumontpallier demande si l'on est bien sûr qu'ils aient été atteints de cette affection. M. Joffroy répond que les pustules malignes ont été diagnostiquées par le professeur Verneuil : c'est un argument *ad hominem* dont nous apprécions la valeur.

— M. Malassez, poursuit ses études sur la numération des globules du sang, chez les animaux à l'aide de l'instrument inventé par lui, tube capillaire aplati et gradué qui peut servir de compteur des globules du sang examinés au microscope, arrive à des conclusions qu'il exprime sous une forme très-originale. Le sang total d'un lapin de 2 kilogrammes renferme près de 920 milliards de globules rouges qui, ajoutés bout à bout, représenteraient en longueur près de 6500 kilomètres, plus de la distance aller et retour de Paris à Saint-Pétersbourg; en surface il s'agirait de 70 mètres carrés de globules rouges, un calculateur curieux pourrait mesurer facilement combien de lapins pourraient recouvrir cette surface. En résumé, le poids du sang représente le douzième du poids du corps chez le lapin. Ce chiffre, comme le fait remarquer M. Gréhant, bien que, déduit de calculs qui ont pour base une unité microscopique en fait, et par conséquent exposant à des erreurs lorsqu'on la multiplie par des chiffres aussi importants, est cependant en accord avec les données actuelles de la physiologie.

— M. Onimus (séance du 11 janvier) a eu l'occasion de vérifier chez un guillotiné plusieurs faits intéressants de la physiologie des muscles. Il a constaté que les intercostaux externes élèvent les côtes, que les intercostaux internes abaissent les côtes; les premiers sont inspirateurs, les seconds sont expirateurs. C'est la théorie de Hamberger directement vérifiée. Le long péronier latéral abaisse le bord interne du pied, il est légèrement extenseur et abducteur, comme Duchenne (de Boulogne) l'a déjà démontré. Mais le jambier antérieur n'affaisse pas la voûte plantaire. L'abolition de la contractilité dans les muscles se fait suivant l'ordre suivant : les muscles de la langue, le diaphragme, les muscles de la face perdent les premiers la contractilité électro-musculaire, cependant le masséter la conserve très-longtemps. Dans les membres, les extenseurs sont moins longtemps excitables que les fléchisseurs. Les muscles qui conservent cette propriété de la façon la plus remarquable sont les muscles de l'abdomen et du tronc. Enfin, la forme de la contraction musculaire présente des variations d'aspect particulières à mesure que la contractilité diminue. Il est à remarquer que l'ordre suivant, dans lequel les muscles perdent leur contractilité, est analogue à celui que présente la paralysie musculaire saturnine.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches expérimentales sur l'inflammation de la cornée, par les docteurs A. KEY et C. WALLIS.

Les auteurs établissent d'abord l'importance de ce genre de recherches sur la cornée. Ce fut le point de départ de His, de Cohnheim, de Morris et de Stricker, et les résultats obtenus ont conduit ces histologistes à des conclusions différentes sur la pathogénie de l'inflammation.

Key et Wallis se sont servis tour à tour de grenouilles d'hiver, de printemps et d'été, sans trouver des différences fondamentales dans leurs résultats.

Après avoir essuyé la cornée avec un peu de papier à filtre, afin d'empêcher l'extension de la cautérisation, ils touchent légèrement le centre de la cornée avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent.

Il se forme immédiatement une eschare autour de laquelle se développe, en quelques heures sur les grenouilles d'été, en deux jours sur les grenouilles d'hiver, une *zone de vacuoles*. Cette zone tire son nom des vacuoles qui se développent dans le corpuscule cellulaire de la cornée.

C'est dans le noyau et à ses dépens que les premières vacuoles sont formées; elles prennent les formes les plus variées, ordinairement arrondies ou semi-lunaires, refoulant et déformant le noyau. Leur nombre est variable; le plus souvent on en compte seulement une ou deux dans chaque noyau. On les rencontre tout autour de l'eschare, disposées en une zone circulaire qui rayonne plus ou moins loin. Les couches antérieures de la cornée surtout sont criblées de vacuoles; et, à ce niveau, il y a au moins huit ou dix couches de cellules à vacuoles. Cohnheim avait vu cette zone; mais Key et Wallis l'ont trouvée plus étendue et l'ont décrite plus complétement.

Pendant que le noyau des cellules de la cornée subit ces altérations, le protoplasma de ces mêmes cellules souffre pour sa part. Il pâlit et diminue si bien que les prolongements qui réunissent les protoplasma cellulaires entre eux, et en font un véritable réseau, disparaissent totalement. Souvent, au contraire, le protoplasma se creuse aussi de vacuoles, de sorte qu'il apparaît alors troué comme une éponge, mais jamais on n'observe, ni dans ce protoplasma, ni dans ces noyaux, la moindre multiplication, la moindre néoformation cellulaire, et cependant c'est dans ce point que, quelques jours plus tard, se trouveront tant de nouvelles cellules.

Le processus qui règne au sein des corpuscules cornéens, noyau et protoplasma, est donc un processus purement dégénératif qui peut arriver à la destruction complète des corpuscules, avant qu'aucune nouvelle cellule n'ait envahi cette zone des vacuoles. Ce fait d'une production cellulaire lente et pro-

gressant de la périphérie de la cornée vers le centre de l'eschare est facile à apprécier, surtout sur les grenouilles d'hiver où ces processus marchent plus lentement; or, les corpuscules cornéens étant détruits déjà, ils ne peuvent évidemment servir en rien à la néoformation cellulaire. Norris et Stricker, partisans de la théorie de la prolifération, considérèrent les échancrures que présentent plusieurs des noyaux des corpuscules cornéens comme le point de départ de leur division future. Key et Wallis ne sont pas de cet avis. Les dispositions des noyaux sont pour eux absolument normales, et jamais, malgré des observations bien nombreuses, ils n'ont vu de véritable division du noyau. Norris et Stricker affirment encore avoir vu, cinq heures après l'irritation de la cornée, des mouvements dans les corpuscules cornéens. Key et Wallis nient les mouvements, et ils ajoutent qu'à supposer qu'ils existent, cela ne prouverait rien pour leurs modifications ultérieures.

Enfin ces observateurs ajoutent, à propos de la *zone des vacuoles*, qu'elle est le résultat de la cautérisation qui détruit les cellules dans une certaine étendue, en dehors de l'eschare. On peut obtenir une irritation de la cornée par d'autres procédés : par exemple, en passant un fil dans le bulbe oculaire, vers la périphérie de la cornée. On peut alors observer tous les processus d'accumulation cellulaire sans rencontrer la *zone des vacuoles*. Au fond, ces phénomènes sont identiques avec ou sans zone des vacuoles.

Après irritation de la cornée d'une grenouille d'hiver, vers le deuxième ou le troisième jour, à la périphérie de la cornée, en dehors de la zone des vacuoles, un certain nombre de cellules se meuvent entre les lames de la cornée, et marchent vers le centre; en hiver, il faut, en général, une semaine à ces cellules pour atteindre le centre cornéen. On les voit alors s'accumuler en grand nombre autour de l'eschare produite par la cautérisation. Après avoir traversé la zone des corpuscules cornéens inaltérés, ces cellules voyageuses atteignent donc la zone des vacuoles, là où les corpuscules cornéens gisent détruits, et l'on ne peut accepter l'opinion de Norris et Stricker qui les font naître sur place de ces corpuscules, car il est facile de les suivre dans leur migration vers le centre de la cornée; surtout quand on observe des grenouilles d'hiver où ce processus se fait avec lenteur. C'est surtout dans les lames antérieures de la cornée qu'on trouve en abondance ces cellules de migration; elles peuvent avoir gagné une grande étendue de la cornée dans les lames antérieures, avant d'apparaître dans les couches postérieures de la membrane.

Ces cellules de migration sont absolument semblables aux cellules blanches du sang, et en réalité elles ne sont rien autre chose que ces mêmes cellules sorties des vaisseaux sanguins. Mais on trouve avec elles d'autres cellules de migration, beaucoup plus volumineuses, véritablement gigantesques, qui sont pour Norris et Stricker de véritables plaques cellulaires, résultat d'une accumulation protoplasmique avec scission nucléaire, tandis que pour Key et Wallis ces cellules gigantesques sont produites par l'accroissement bord à bord et la soudure des cellules blanches du sang d'abord isolées. Ces plaques cellulaires voyagent comme les simples cellules entre les lames de la cornée et de la périphérie vers le centre. De temps en temps, leur masse se déforme, s'effile pour s'accommoder aux conduits interlamellaires qui les contiennent, conduits démontrés par Schweigger, Seidel et Müller.

Ce fait d'une migration cellulaire abondante à travers les lames de la cornée, des vaisseaux de la périphérie au centre, se voit encore mieux quand on produit une irritation du voisinage de la cornée, dont les corpuscules cornéens restent aussi intacts, au lieu où se fait la migration des cellules sorties des vaisseaux. Lorsque, au lieu d'observer une grenouille d'hiver, on se sert d'une grenouille de printemps ou d'été, les faits ne changent pas, mais ils se produisent avec beaucoup plus de rapidité. En deux jours, quelquefois, la cornée tout entière est infiltrée et même perforée.

Ce travail d'Axel Key et Wallis, très-consciencieux, semble donc confirmer absolument la théorie de Cohnheim sur la sortie des globules blancs des vaisseaux dans l'inflammation comme source des accumulations nouvelles de cellules. (*Archiv für path. Anat. u. Physiol.* Bd, 55, p. 296. 1872. — Analyse extraite de la *Revue des sciences médicales*, tome Ier, n° 1, 1873.)

Étude sur le sens musculaire, par M. Bernhardt.

Dans un court historique, Bernhardt passe d'abord en revue les divers arguments qui ont été tour à tour invoqués pour ou contre l'existence d'une sensibilité musculaire. Spiess et Schiff se prononcent catégoriquement pour la négative ; l'excitation mécanique ou chimique des muscles ne détermine, comme l'ont démontré Pikford et Arnold, ni douleurs, ni mouvements réflexes. Si les crampes sont douloureuses, c'est à cause de la compression que le muscle fait subir, en se contractant, aux filets nerveux qui le traversent. Il est douteux d'ailleurs que les muscles reçoivent des nerfs sensitifs, car il a été démontré par Schiff qu'après la section des racines antérieures, on trouve au bout d'un certain temps tous les nerfs musculaires en voie de dégénérescence. La notion de position des membres nous est fournie par les nerfs qui émanent des tendons et des parties molles périarticulaires.

Existe-t-il pourtant, dans les muscles, une sensibilité spéciale qui nous permette d'apprécier exactement le degré de force que nous employons pour triompher d'un obstacle, un sens de force (*Kraftsinn*), selon l'expression de E. H. Weber? Plusieurs auteurs, J. Müller, Ludwig Bernstein, pensent que nous n'avons pas besoin de cette sensibilité spéciale : qu'il nous suffit de pouvoir apprécier exactement l'intensité de l'excitation qui part de l'encéphale pour aller provoquer le mouvement voulu.

L'auteur a essayé de juger la question à l'aide de l'expérience suivante : Il adaptait au pied d'un lit une petite potence munie de trois poulies sur lesquelles une corde glissait à frottements doux ; une extrémité de la corde supportait une planchette garnie de poids ; l'autre était munie d'un anneau que l'on plaçait autour du cou-de-pied ou dans la main du sujet en expérience ; un léger mouvement suffisait pour soulever la planchette. L'expérimentateur détermina d'abord dans quelle mesure on pouvait ainsi reconnaître la différence des poids que l'on plaçait successivement sur la planchette ; puis il renouvela la même épreuve en provoquant par la faradisation la contraction des muscles de la jambe ; dans ces conditions, la volonté ne prenait plus part à la production du mouvement ; or il se trouve qu'il devenait plus difficile au sujet en expérience de reconnaître la différence des poids qu'il soulevait ; les mêmes recherches furent faites chez des ataxiques, et le phénomène fut encore plus marqué. M. Jaccoud a trouvé chez tous les ataxiques qu'il a examinés à ce point de vue le sens musculaire notablement altéré.

Ces expériences donneraient des résultats plus décisifs si l'on pouvait éliminer complétement les sensations produites par la compression de la peau et des parties molles, mais c'est en vain que Bernhardt a tenté de produire l'anesthésie des parties sur lesquelles portait la pression, c'est en vain qu'il a cherché des sujets atteints d'une anesthésie complète et assez intelligents pour rendre compte de leurs sensations.

L'auteur admet en somme, avec les auteurs cités plus haut, que le « sens de force » est une fonction psychique ; mais il reconnaît que les impressions sensitives nées des parties molles qui avoisinent les muscles contribuent puissamment à compléter la notion fournie par le sensorium. Quant au sens musculaire proprement dit, il n'existe pas. (*Archiv für Psychiatrie u. Nerv. Krank.*, Bd. III, 3 Heft, 1872. — Analyse extraite de la *Revue des sciences médicales*, tome Ier, n° 1, 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Revue des sciences médicales en France et à l'Étranger, dirigée par G. HAYEM. — Tome Ier, no 1, in-8°, 448 p.

Nous souhaitons la bienvenue à un recueil dont l'utilité sera facilement appréciée par les travailleurs. A en juger par ce premier fascicule, la *Revue des sciences médicales* contiendra un grand nombre de documents et d'indications bibliographiques. Les analyses, les unes détaillées, les autres plus brèves sous forme de travaux à consulter et de renseignemenls bibliographiques, faciliteront les recherches. Et pour nous qui, pendant bien des années, avons été comptés dans le petit nombre de ceux qui s'imposaient la tâche, quelquefois ingrate, de vulgariser les travaux étrangers, alors même que nos tentatives n'étaient pas toujours encouragées, nous constatons avec un sympathique intérêt des efforts accomplis dans la même voie, en même temps que nous pensons profiter de l'appui qu'ils apporteront à nos travaux.

Deux extraits que nous reproduisons dès aujourd'hui dans la *Revue des journaux* montrent l'importance des Analyses de la nouvelle publication pour laquelle nous désirons le plus sérieux succès.

Index bibliographique.

ANNUAIRE PHARMACEUTIQUE DE 1872, par le docteur MÉHU, pharmacien de l'hôpital Necker.

Cette publication, fondée par Reveil, atteint sa onzième année. Le fascicule publié par M. Méhu contient les recherches récentes et les progrès accomplis en 1872 en chimie, pharmacie, hygiène, matière médicale, etc... Nous signalerons particulièrement les chapitres qui se rapportent aux recherches de M. Nativelle sur la digitaline; au dosage de l'urée, par MM. Knop, Hüfner et M. Raymond; ceux où l'on traite de l'étude du lait, de la bile, des urines; l'empoisonnement par l'acide phénique, etc...

QUELQUES MOTS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE. Allocution prononcée à l'ouverture de la Clinique de Nancy, par M. le professeur HIRTZ.

Morceau aussi bien pensé que bien écrit. L'auteur fait ressortir la suprématie que la France médicale, si inférieure à d'autres pays au XVIIe et au XVIIIe siècles, avait acquise depuis Bichat « jusqu'aux *avant-derniers* jours »; puis, abordant le problème de la clinique, il définit le rôle supérieur qu'y doit remplir aujourd'hui la physiologie, et arrive par là à poser les bases de ce qu'il appelle la *thérapeutique analytique*.

VARIÉTÉS.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Nous croyons devoir reproduire le discours prononcé à l'Assemblée nationale par M. Bouisson à l'appui de sa proposition tendant à introduire dans le conseil un membre de l'Académie de médecine.

Messieurs, loin de combattre le paragraphe de l'article qui est actuellement en discussion et qui se rapporte à l'introduction, dans le conseil, d'un membre des facultés de médecine élu par ses collègues, je viens prier l'Assemblée de compléter son intention, et de renforcer au sein du conseil la représentation médicale, en adjoignant au professeur qui sera élu un membre de l'Académie nationale de médecine, élu également par ses collègues. (Approbation sur plusieurs bancs.)

Dans l'esprit de la commission qui a rédigé le projet de loi sur la réorganisation du conseil supérieur, la composition de ce conseil représente un des points de vue les plus importants et qui prime, pour ainsi dire, toutes les autres dispositions de la loi. L'article 1er, consacré à exprimer cette composition, est en effet le plus étendu, et l'on peut reconnaître que par le nombre des membres auxquels on fait appel, et par la variété des sources auxquelles on les emprunte, on a voulu que, dans le sein de ce conseil, toutes les forces politiques, sociales, religieuses, administratives ou scientifiques du pays fussent résumées et comme personnifiées dans leurs représentants.

Telle était cependant la difficulté d'une bonne répartition, que sur l'initiative même des membres de la commission plusieurs modifications se sont produites au cours de la discussion. Je demande à n'ajouter que quelques considérations, pour prouver la nécessité d'introduire un nouveau membre dans le sein du conseil supérieur de l'instruction publique.

Je ne saurais, messieurs, revenir sur l'examen des bases de la répartition des membres de ce conseil; ce sujet est épuisé. Il a d'ailleurs été traité avec tant d'éloquence, et par M. le rapporteur, et par les divers membres qui ont pris part à la discussion générale, qu'un nouvel examen m'exposerait évidemment à abuser des moments de l'Assemblée, sans profit pour la question elle-même. Je veux seulement faire remarquer que, dès l'abord, on n'avait peut-être pas fait une part assez large aux corps scientifiques proprement dits. Dans cette séance même, et sur la proposition de l'honorable M. Beulé, qui l'a si éloquemment défendue, on vient de rendre à l'Institut l'action qui lui revenait, en élevant à cinq membres, c'est-à-dire au nombre correspondant des classes qui composent ce corps savant, le nombre de ceux qui doivent faire partie du conseil supérieur de l'instruction publique.

Peut-être aurait-on pu emprunter aux sociétés scientifiques autres que celles de la capitale un complément de représentation. Il ne faut pas dédaigner toutes les lumières qui viennent d'ailleurs que de Paris. (C'est vrai! c'est vrai!)

Si c'est en raison d'un principe que cette exclusion a été faite, c'est peut-être regrettable; sinon, je serais volontiers d'accord avec la commission, car on ne devait pas trop compliquer le personnel déjà nombreux du conseil, et cette considération imposait des réserves.

Mais ce qui peut, à bon droit, étonner, c'est qu'un corps scientifique bien connu, ayant son siége dans la capitale, rendant des services habituels à la science, l'Académie nationale de médecine, n'ait pas été mentionnée dans le projet de loi. L'Académie nationale de médecine n'est pas une Société scientifique ordinaire, c'est un véritable institut médical comprenant, en sections distinctes, toutes les branches de la plus utile des sciences, de celle, du moins, dont l'acquisition est la plus laborieuse et dont la tradition engage le plus la responsabilité du corps enseignant.

La loi de 1850, dont on veut remettre en vigueur les traits principaux, et la loi de 1852, qui l'avait dénaturée ou même abolie, avaient également omis de comprendre parmi les membres du conseil supérieur de l'instruction publique un membre de l'Académie de médecine.

Cette omission fut un sujet de vives réclamations, et, puisque nous faisons une nouvelle loi, tâchons de la faire complète et de n'oublier aucun élément important. Des motifs nombreux pourraient être invoqués pour cette accession d'un membre de l'Académie de médecine; je me bornerai à mentionner les services que la présence de ce membre pourra rendre au sein du conseil supérieur de l'instruction publique et à indiquer aussi le droit qui découle de la considération attachée au corps savant qui doit fournir ce membre.

L'enseignement de la médecine occupe une place importante, délicate, difficile dans l'instruction publique. La solution des questions qui s'y rapportent ne saurait être légèrement donnée. Le personnel, le fonctionnement, la multiplicité et le caractère des matières à enseigner dans une faculté de médecine soulèvent, en effet, des problèmes variés qui créent des devoirs à l'État et qui touchent à la fois aux intérêts de la jeunesse des écoles et à la société elle-même.

L'organisation de cette partie de l'enseignement supérieur est très-compliquée. Les Facultés de médecine qui existent actuellement en France sont au nombre de trois : ce sont les Facultés de Paris, de Montpellier et de Nancy. Elles ont un personnel numérique de professeurs bien supérieur à celui des Facultés de théologie, de droit, des sciences et des lettres. Si chaque Faculté de médecine était pourvue comme le comporte un système d'enseignement bien établi, elle devrait posséder dix-huit à vingt chaires. Nancy et Montpellier n'ont pas leur contingent; il manque à Montpellier une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie et une chaire d'histoire de la médecine, dont je ne manquerai pas, en temps opportun, de réclamer la création.

Nancy a aussi des droits à faire prévaloir.

Quant à Paris, il s'est fait la part du lion : Paris compte trente chaires dans sa Faculté de médecine.

Ce personnel général des Facultés s'accroît d'un nombre égal d'agrégés, de divers chefs de services pratiques, de conservateurs de collections et d'un personnel complémentaire considérable.

Il faut ajouter à ce chiffre des Facultés celui des écoles supérieures de pharmacie, qui sont en France au nombre de trois; celui de vingt-deux écoles préparatoires de médecine, nombre excédant, il est vrai, et sur lequel il y aurait peut-être des réductions convenables à faire.

Avec un contingent aussi considérable de professeurs et de membres complémentaires de l'enseignement supérieur médical, il est évident que

des questions difficiles sont préparées aux appréciations du conseil supérieur de l'instruction publique ; on comprend, en particulier, qu'il ait charge d'apprécier des questions délicates en ce qui concerne les nominations, les mutations, les concours, les récompenses, les promotions et les retraites.

D'ailleurs, le fonctionnement des membres de cet enseignement n'est pas simple. Un professeur d'une Faculté de médecine ne figure pas seulement dans sa chaire, il lui faut des instruments de démonstration, un local favorable pour ses travaux et ses recherches. Il a besoin d'aides particuliers et intelligents pour les travaux scientifiques, et d'employés d'un ordre inférieur pour certains travaux accessoires. Sa mission ne s'exerce bien qu'avec ces ressources auxiliaires et compliquées, dont la bonne organisation est absolument nécessaire au succès de l'enseignement médical. L'édifice même qui reçoit une Faculté de médecine n'est pas une enceinte nue ; il ne se borne pas, comme les édifices consacrés aux Facultés de théologie, des lettres et des sciences, à un amphithéâtre pour les cours, à une bibliothèque et à un secrétariat; il faut à une Faculté de médecine un musée, des collections variées, un jardin botanique amplement installé (pourquoi faut-il encore ici que nous ayons des modèles à chercher à l'étranger?); il lui faut des salles d'anatomie, des cabinets de physique, de chimie et d'histoire naturelle, des écoles pratiques, des hôpitaux surtout. Eh bien, messieurs, avec un matériel aussi considérable, avec une organisation de cette nature, qui a ses exigences, ses lacunes, qui nécessite fréquemment et à mesure que la science progresse, des perfectionnements corrélatifs, le conseil supérieur de l'instruction publique peut être opportunément et souvent consulté par un ministre qui s'intéresse à tous les progrès.

Déjà, devant vous, a été traitée la question du perfectionnement des études par les laboratoires, et hier, dans une mémorable séance, nous avons été heureux de prendre acte des promesses de M. le ministre de l'instruction publique relatives à ce progrès.

L'enseignement médical, indépendamment de ces difficultés scientifiques, soulève des difficultés administratives que le conseil supérieur doit connaître.

A notre époque, les idées relatives à la liberté de l'enseignement, à tous les degrés, s'affirment, se répandent dans notre pays et méritent, sous tous les rapports, d'être favorisées, dans l'intérêt des progrès de la pensée et de la science ; toutefois, ce n'est qu'une question posée, ce n'est pas encore une question résolue ; le conseil supérieur aura sa part d'études à faire et son appréciation à apporter sur ce point.

Pour moi, je suis partisan de la liberté d'enseignement, parce que je suis séduit par toutes les libertés qui sont compatibles avec l'ordre. (Très-bien ! très-bien !)

Ce qui m'attache surtout au succès de ces idées c'est que la liberté de l'enseignement supérieur aura l'avantage de stimuler l'État lui-même et de féconder ses efforts par la concurrence. (Marques d'adhésion.) L'État qui donne mission d'enseigner ne peut abdiquer devant les droits de surveillance. Or, messieurs, il y a des abus possibles, il peut y avoir substitution ou extension exagérée des sujets d'enseignement. La médecine surtout, dans ses nombreux rapports avec la philosophie, avec la morale, avec les sciences sociales, peut être l'occasion d'abus dont l'État ne doit pas se désintéresser. (Très-bien ! très-bien !)

Pensez-vous que dans le conseil supérieur de l'instruction publique, qui est le vrai tribunal, le vrai juge de ces dérogations, un seul membre représentant les Facultés serait suffisant, et ne vous paraît-il pas convenable d'y introduire un membre de l'Académie nationale de médecine pour juger ces difficiles questions? (Très-bien ! très-bien !)

Messieurs, les inspecteurs généraux sont ordinairement choisis dans le conseil supérieur de l'instruction publique : s'il n'y avait qu'un seul représentant des Facultés de médecine, le choix serait forcé. Or, on pourrait, dans telle circonstance, le regretter, car les doctrines médicales des Facultés ne sont pas toutes identiques; elles demandent à être jugées avec indépendance et sans parti pris. (Très-bien ! très-bien !)

Il ne s'agit pas d'ailleurs seulement, messieurs, du personnel enseignant et des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, il s'agit des intérêts de la jeunesse des écoles qui doivent être l'objet d'une surveillance particulière, d'une sollicitude constante, pour assurer la prospérité des études; il s'agit quelquefois de porter attention aux écarts, aux entraînements qu'elle peut subir. Eh bien, les mesures plus ou moins sévères, mais toujours paternelles qu'il s'agit de prendre, incombent, dans ce cas-là, au conseil supérieur de l'instruction publique, qui a été si justement nommé par M. le duc de Broglie le conseil de la grande famille française.

Il s'agit enfin, messieurs, de la société elle-même, qui recueille en dernier lieu le fruit des mesures destinées à assurer ces bonnes études ; car l'enseignement médical, ne l'oubliez pas, aboutit à la délivrance d'un diplôme qui confère un privilége professionnel et des droits dont l'exercice n'est plus soumis ultérieurement à un contrôle légal, mais relève seulement de la science et de la conscience.

Il me paraît qu'en présence de ces situations et de ces intérêts, l'élément médical a besoin d'être complété dans le conseil supérieur de l'instruction publique.

Indépendamment de cette nécessité générale, il y a une nécessité que j'appellerai actuelle. Veuillez remarquer, messieurs, que l'Assemblée a l'intention de s'occuper, dans un bref délai, des grandes questions qui intéressent spécialement l'enseignement médical. La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur est non-seulement à l'étude, mais, si je suis bien informé, le rapport est prêt et sera prochainement soumis à l'examen de l'Assemblée.

Divers projets concernant l'enseignement et la pratique de la médecine ont été déjà l'objet de l'examen des commissions d'initiative parlementaire.

L'honorable M. de Salvandy a déposé aussi son rapport contenant les conclusions d'une commission dont j'ai l'honneur de faire partie et qui demande la formation d'une commission générale qui devra concentrer l'examen de tous les projets relatifs à l'enseignement médical. Ces projets sont très-nombreux, et il en est, comme vous le savez, qui sont relatifs à la création de facultés de médecine.

Une avalanche de propositions s'est abattue sur le bureau présidentiel demandant la création de facultés de médecine dans un grand nombre de villes. Chaque grande cité veut avoir sa faculté de médecine et propose de faire les premiers frais d'établissement, comme si la mise de fonds était la condition unique ou dominante, et comme s'il n'était pas plus difficile de faire le recrutement d'un bon personnel professoral ; comme s'il n'était pas encore plus nécessaire d'assurer la somme des conditions scientifiques qui sont indispensables à la prospérité d'une faculté nouvelle.

D'ailleurs ne faut-il pas prendre pour motif de l'établissement d'une faculté non la ville qui la réclame, mais la région où elle peut rendre des services ?

Quoi qu'il en soit, le conseil supérieur aura d'autant plus autorité pour juger de l'opportunité de la création des chaires et surtout de la création de facultés, qu'il sera constitué avec des éléments possédant une compétence spéciale. Un membre de l'Académie de médecine sera bien placé dans notre aréopage universitaire.

On pourrait objecter que les intérêts d'ordre médical seront suffisamment assurés par la présence d'un membre des facultés de médecine dans le sein du conseil.

Je réponds, avec insistance, que cette représentation n'est pas suffisante.

Veuillez ne pas oublier que ces grands ateliers intellectuels qu'on nomme les facultés de médecine comprennent un personnel nombreux, un matériel considérable, et que les produits de l'activité de nos facultés, c'est-à-dire la science médicale, sont recueillis par une jeunesse tellement nombreuse que le chiffre des étudiants en médecine, dans toutes les facultés et écoles, n'est pas inférieur à 5000 et va peut-être s'accroître, par le fait de la nouvelle loi militaire qui, avec les conditions du volontariat, engagera un plus grand nombre de jeunes gens dans les carrières libérales. Veuillez, dis-je, ne pas oublier que, dans ces cas, le conseil supérieur aura une grande tâche à remplir. S'il n'existait dans ce conseil qu'une seule voix médicale, elle ne serait certainement pas suffisamment influente dans la discussion des questions générales et elle prendrait peut-être une autorité trop grande dans la discussion des questions très-spéciales que les intérêts médicaux pourraient apporter dans le sein du conseil. Il est bon qu'il y ait une autorité qui puisse, au besoin, contredire celle du membre unique, emprunté aux facultés. Cette tâche d'équilibre et de pondération ne saurait être mieux confiée qu'à un membre appartenant à un corps indépendant.

Plusieurs facultés, aux termes du projet de loi, doivent intervenir pour la nomination d'un professeur de faculté de médecine. Eh bien, on peut supposer que, dans les questions intéressant contradictoirement les facultés et qui seront portées dans le conseil supérieur, et sans faire de procès de tendance au futur membre d'une faculté qui entrera dans le conseil, un sentiment naturel de bienveillance le portera à opter pour la satisfaction des intérêts de la faculté à laquelle il appartiendra. Il est bon d'écarter cette chance, et qu'un avis émis par le professeur qui serait juge et partie puisse être neutralisé par un avis indépendant.

Lorsque l'institution du concours était inscrite dans nos lois, comme elle l'était sous l'ancienne monarchie, sous le premier Empire et sous la monarchie de Juillet, — et, pour ma part, j'espère que cette institution, injustement attaquée aujourd'hui, rentrera dans la série des institutions libérales que notre Assemblée aura la glorieuse tâche de réhabiliter, — lorsque, dis-je, cette institution présidait au recrutement des professeurs, une partie des membres du jury était fournie par l'Académie nationale de médecine. Revenons à ces mémorables luttes qui donnaient la vie à nos facultés, qui entretenaient le feu sacré du travail et de l'émulation, et qui malgré quelques imperfections, faciles à corriger par des modifications dans les épreuves et dans la composition du jury, ont donné

d'excellents résultats. Le concours mérite d'être replacé dans les faveurs de l'esprit public.

Une revue rétrospective de cette institution permettra de reconnaître que la justice n'a jamais eu à souffrir de la présence de membres de l'Académie de médecine au sein du jury. La répartition de leurs voix a été quelquefois une protestation contre des mesures qui, dans le sein de la faculté, pouvaient ressembler à des arrangements de famille. (Très-bien ! très-bien !)

Permettez-moi d'ajouter en terminant que la haute estime qui s'attache à l'Académie nationale de médecine est un titre suffisant pour qu'elle ait le droit de figurer dans le conseil supérieur de l'instruction publique. Ce droit, elle le puise dans le mérite de ses membres qui ont acquis pour la plupart une juste célébrité ; elle le puise dans les encouragements incessants qu'elle prodigue aux amis de la science, dans les travaux qu'elle publie, dans les services qu'elle a rendus et qu'elle rend chaque jour. Fondée, sous l'impulsion du baron Portal, par Louis XVIII, qui a honoré son règne en créant l'Académie de médecine, comme Louis XV a honoré le sien en créant, sous l'impulsion de Lapeyronie, l'Académie de chirurgie qui fut une des gloires de la France, l'Académie nationale de médecine a su se faire, à côté de l'Académie des sciences, une place qui sera hautement signalée dans l'histoire contemporaine. Elle est un centre lumineux où aboutissent toutes les idées nouvelles, qui y sont discutées avec éclat et avec une ardeur incomparable, où se jugent tous les progrès qui intéressent l'art de guérir et d'où rayonne une heureuse influence.

Le gouvernement consulte habituellement l'Académie de médecine sur toutes les questions qu'elle peut connaître. Dernièrement encore, M. le ministre de l'instruction publique lui demandait un programme pour l'étude de l'hygiène dans les lycées et dans les écoles normales primaires ; l'Académie apprécie toutes les grandes questions d'hygiène publique, et par conséquent elle peut rendre des services non moins grands que les diverses catégories auxquelles on a emprunté les autres éléments formateurs du conseil supérieur de l'instruction publique.

Honoré de l'assentiment de la commission et de l'adhésion de M. le ministre, je viens demander en faveur de l'Académie de médecine un souvenir et un acte qui ne seront pas seulement une réparation, mais une garantie de bonne organisation pour le conseil supérieur de l'instruction publique.

Je crois présenter mon amendement dans les conditions les plus acceptables, puisqu'il s'agit de n'emprunter qu'un seul membre à un corps académique qui compte plus de cent titulaires et un grand nombre d'associés et de correspondants.

Je crois, d'autre part, rester dans l'esprit du projet de loi en demandant que le futur membre qui sera introduit dans le conseil supérieur de l'instruction publique soit élu par ses collègues. (Très-bien ! très-bien !)

La mort de Napoléon III. — Nous avons remarqué une telle précipitation dans les jugements portés par la presse non médicale sur les causes de la mort de Napoléon III, qu'il est devenu difficile d'établir un jugement clinique sur l'opération, qui a été suivie de mort. A considérer les relations incomplètes publiées jusqu'à ce jour et qui constitueraient une pitoyable observation qu'on n'oserait présenter dans une société médicale, en y ajoutant même une autopsie dont le résumé ne saurait satisfaire un anatomo-pathologiste, il n'est pas possible de constituer une observation présentant les caractères de précision symptomatologique et anatomique qu'on est en droit d'exiger d'un fait qui peut intéresser la science. Cependant, en examinant les traits principaux de l'observation et les conclusions de l'autopsie, il ne semble pas qu'il s'agisse de faits bien extraordinaires. Un homme de soixante-quatre ans, fatigué, peut-être même épuisé par des vicissitudes de fortune peu communes, atteint de la pierre depuis plusieurs années, souffrant de douleurs lombaires, de troubles dans la miction, subit la lithotritie ; il présente des frissons, tombe dans le coma et meurt en quelques jours. A l'autopsie, on trouve des lésions rénales très-avancées, les unes anciennes, d'autres plus récentes. Pour un malade ordinaire, la statistique constaterait brièvement : *lithotritie chez un calculeux atteint de pyélo-néphrite; mort*, et l'on ajouterait peut-être que taille ou lithotritie eussent produit probablement le même résultat ; de sorte que le fait ne prouve rien pour le choix de l'une ou de l'autre opération.

Cette fois on parle d'affaissement subit, de syncope, d'arrêt du cœur, et peu s'en faut qu'on ne discute à ce propos toutes les causes de la mort chez un opéré. Quelques-uns accusent le chloroforme, qui, trois jours après l'opération, aurait causé la mort ; d'autres, plus habiles encore à profiter d'une occasion de recommander leur anesthésique (tel est le rédacteur du *Medical Press and Circular*, 15 janvier, p. 47), insinuent que si l'on avait employé l'éther la lithotritie eût mieux réussi. De sorte qu'un esprit sérieux n'éprouve pas le désir de proposer de nouvelles explications sur un fait de ce genre, à moins qu'on ne finisse par produire une relation détaillée, telle qu'on l'exigerait certainement pour un cas bien observé dans une de nos cliniques. Nous espérons bien que, pour l'honneur du corps médical britannique, on nous donnera quelque jour l'histoire complète d'une opération devenue célèbre.

Association générale. — Dans la séance annuelle de la *Société centrale* M. le docteur H. Roger a été élu à l'unanimité des suffrages (moins un billet blanc), président, en remplacement de M. Horteloup, décédé. Il a inauguré ses nouvelles fonctions par un don de 500 francs à l'Association. On sait M. Roger coutumier de ces sortes de générosités.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 11 au 17 janvier 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 15. — Typhus, 0. — Érysipèle, 1. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 44. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 20. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 251. — Affections chroniques, 347 (1). — Affections chirurgicales, 68. — Causes accidentelles, 26. — Total, 844.

Londres : Décès du 5 au 11 janvier 1873, 1202. — Variole, 5 ; rougeole, 12 ; fièvre scarlatine, 12; coqueluche, 35 ; fièvre typhoïde, 24 ; érysipèle, 9 ; diarrhée, 13 ; bronchite, 147 ; pneumonie, 50.

Bruxelles : Décès du 20 décembre 1872, au 4 janvier 1873, 96. — variole, 1; croup et angine couenneuse, 2 ; bronchite et pneumonie, 10 ; entérite et diarrhée, 5.

Rome : Décès du 23 au 29 décembre 1872, 213. — Fièvre typhoïde, 7; variole, 5; rougeole, 2; diphthérie et croup, 18 ; pneumonie, 27 ; bronchite, 10.

(1) Sur ce chiffre de 347 décès, 191 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS

MM. les abonnés à la Gazette seule et à la Gazette *avec Bulletin* qui n'auront pas, avant le 20 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 30 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par le même libraire (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté un seul mandat pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

Paris. — Sommaire. De la propylamine ; de ses indications thérapeutiques. — **Cours publics.** Médecine pratique : La syphilis chez la femme. — **Revue clinique.** Clinique médicale : De la thrombose et de l'embolie. — **Correspondance.** Du typhus exanthématique à Metz, dans la population civile, à la suite du blocus. — **Sociétés savantes** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Recherches expérimentales sur l'inflammation de la cornée. — Étude sur le sens musculaire. — **Bibliographie.** Revue des sciences médicales en France et à l'étranger. — Index bibliographique. — **Variétés.** Conseil supérieur de l'instruction publique. — La mort de Napoléon III.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 30 janvier 1873.

CLINIQUE HOSPITALIÈRE. — *Relapsing fever* : M. POTAIN. — TRAITEMENT DE LA MÉTRITE : M. GALLARD.

A côté de l'enseignement officiel qui, de tout temps, a fait la célébrité de l'École de Paris, vient s'en placer un autre plus modeste, sans doute, et partant peut-être moins connu, mais qui n'en mérite pas moins d'attirer l'attention des élèves avides de puiser à la source pure de la saine clinique, et des praticiens eux-mêmes jaloux de perfectionner leur art.

C'est à l'expérience de ces maîtres dont le dévouement égale le mérite que nous venons aujourd'hui faire appel; c'est leurs savantes et utiles leçons que nous nous proposons d'analyser avec quelque suite, en nous efforçant d'en dégager ce qu'elles contiendront de plus instructif et de plus profitable.

Vulgariser et répandre l'enseignement de ces cliniciens distingués qu'un sort capricieux ou injuste a éloigné jusqu'ici de la Faculté, ou qu'une timidité trop excessive a arrêtés près du seuil : tel est le but que nous voulons poursuivre, et quelque difficile que soit pour nous une pareille tâche, il nous suffira, pour nous estimer heureux de l'avoir accomplie, d'avoir pu ainsi rendre un public hommage au talent d'observateurs aussi consciencieux et transmettre au loin l'écho de leur parole.

« *Ab Jove principium :* nous commencerons cette revue nosocomiale par l'intéressante leçon faite à l'hôpital Necker par un de nos maîtres les plus chers et les plus vénérés, M. le docteur Potain, qui a été si fidèlement recueillie et publiée par notre excellent ami le docteur J. Lucas Championnière. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XLIV, janvier 1873, p. 11.)

M. Potain signale un fait clinique d'une grande importance pour le médecin, et dont la connaissance peut lui éviter des erreurs graves et des prescriptions intempestives. Il s'agit d'une de ces formes rares de la fièvre typhoïde que les patientes recherches thermométriques de Wunderlich ont mises en lumière, et que certains auteurs anglais ont voulu décrire sous le nom de « relapsing fever ». Voici en quelques mots l'histoire du malade qui fait le sujet de cette intéressante leçon : C'est un jeune homme atteint de fièvre continue régulière, avec défervescence thermique vers le quinzième jour de la maladie. Huit jours après le début de la convalescence, nouvelle ascension de la température, bientôt suivie de la réapparition des taches lenticulaires. Le malade, échappé à cette rechute, retombe de nouveau vers le cinquante-quatrième jour. Cette recrudescence nouvelle dure jusqu'au soixante-sixième jour, sans être accompagnée d'éruption de taches; après quelques jours, quatrième accès avec phénomènes généraux, sans taches lenticulaires et suivi de terminaison brusque et rapide.

De plus, ce malade avait eu, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, une fièvre continue et sans exanthème rosée qui n'avait duré qu'une semaine. En un mot, il avait présenté deux accès successifs de fièvre typhoïde précédés et suivis de deux autres accès de fièvre continue simple.

M. Potain fait remarquer à propos de ces sortes de fièvres typhoïdes doubles, qu'il importe de ne pas confondre les rechutes, les récidives et les recrudescences. On dit qu'il y a *recrudescence* lorsque, dans le décours de la fièvre typhoïde, la fièvre réapparaît sans reproduction de taches.

D'autres fois, tous les phénomènes reviennent au complet avec taches, période d'état, période de terminaison. Si ce retour se fait après une période de plusieurs années, on dit qu'il y a *récidive;* mais il peut se faire aussi après la convalescence ou pendant la période de décroissance; ce retour de la maladie s'appelle alors *rechute*.

De son côté, notre savant maître, M. le docteur Jaccoud, a beaucoup insisté dans ses leçons et dans ses écrits sur la signification de ces différents termes : « Le mot *rechute* et son synonyme *réversion* doivent être réservés, dit-il, aux cas où la maladie se développe de nouveau, *ab ovo* et *in toto*, après un intervalle de convalescence qui ne laisse pas de doute sur la guérison parfaite de la première atteinte »; et plus loin il ajoute : « Dans la terminologie étrangère, le mot récidive est synonyme de rechute et réversion; en France, on le réserve pour désigner la seconde attaque d'une maladie, séparée de la première par un intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs années. Ainsi entendue, la récidive de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare que la réversion; l'immunité résultant d'une première atteinte est plus solide même que celle des fièvres éruptives. »

Si nous avons rapproché les deux opinions de ces deux cliniciens éminents, c'est qu'en en montrant la similitude nous faisions ressortir en même temps toute l'importance qu'ils attachent à ces distinctions, qui ne sont pas une pure logomachie, comme certains auteurs étrangers ont voulu le faire entendre. Mais revenons à l'intéressante leçon de M. Potain.

Ce clinicien éminent fait remarquer que ces rechutes sont moins longues que la fièvre typhoïde d'ordinaire, mais qu'elles prolongent de beaucoup la durée totale de la maladie. Quoique la guérison soit la règle dans ces cas, la mort peut avoir lieu quelquefois, et l'on trouve alors à l'autopsie, à côté des lésions séparées de la première attaque, les altérations récentes du second processus.

Les rechutes ou réversions se rencontrent de préférence chez les gens faibles, comme si chez eux l'intoxication avait

été insuffisante et incapable de les préserver complétement. Il semble, comme le fait si judicieusement remarquer M. Potain, que ce soit le malade lui-même qui s'infecte à nouveau.

Ces rechutes, dont la véritable explication est encore à trouver, sont assez rares et généralement moins graves que les fièvres typhoïdes simples et communes : le chiffre de la mortalité ne dépasse pas en effet 15 pour 100.

« Quant aux autres accès fébriles, ajoute M. Potain en terminant, tels que je les ai observés chez le malade, il semble bien que ce soit des poussées de la même maladie et que l'on doive les rattacher à l'embarras gastrique fébrile. Leur multiplicité s'explique du reste plus facilement, car bien que l'embarras gastrique fébrile soit de la même nature que la fièvre typhoïde, il semble que son intensité ne soit pas assez considérable pour épuiser la réceptivité morbide. Il ne préserve pas de la récidive. »

Telle est en substance l'intéressante leçon de M. Potain; nous regrettons de ne pouvoir la reproduire dans tous ses détails, mais les faits pratiques qu'elle renferme seront appréciés, nous n'en doutons pas, par nos lecteurs.

— Les leçons cliniques, faites par M. Gallard à l'hôpital de la Pitié, sont consacrées au TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE (*Union médicale*, n°s 1 et 2, 1873) et reflètent les qualités de cet esprit à la fois clair, élégant et pratique. Loin de faire une longue et fastidieuse énumération des diverses médications dirigées contre cette maladie ou de présenter une interminable liste de médicaments le plus souvent inefficaces ou douteux, M. Gallard se borne à communiquer les résultats de sa propre pratique, en indiquant les moyens auxquels il a le plus habituellement recours.

La vraie médication, applicable à peu près indistinctement à tous les cas de métrite chronique, doit relever au lieu d'abattre, fortifier au lieu d'affaiblir.

Les toniques, et particulièrement les préparations de quinquina et de fer, lui semblent donc indiqués dans toutes les formes de phlegmasie chronique de l'utérus, non-seulement pour combattre l'aménorrhée qui survient si souvent dans la seconde période de la maladie, mais aussi pour rétablir les forces qui sont toujours profondément abattues. Parmi les préparations martiales, c'est à l'iodure de fer (pilules de Blancard) et à l'oxyde de fer hydraté, soit seul, soit associé à la rhubarbe dans les cas de constipation, au quinquina, à la belladone, à l'opium, qu'il donne la préférence, et le mode d'emploi qui lui a donné les meilleurs résultats est le suivant :

Carbonate de fer...........	ãã 5 grammes.
Extrait mou de quinquina....	
Extrait gommeux d'opium....	25 centigrammes.

Mêlez et divisez en 50 pilules (4 pilules par jour, 2 avant chaque repas).

S'il y a de la tendance aux métrorrhagies, avec un utérus molasse et tuméfié, l'ergotine doit remplacer le quinquina.

Suivent des règles hygiéniques générales sur le choix des aliments, qui doivent être toniques et réparateurs, mais en même temps succulents et d'un goût assez prononcé pour réveiller l'appétit presque toujours languissant des malades.

L'arsenic vient souvent en aide dans cette partie du traitement tonique et reconstituant qui consiste à réveiller les forces digestives et à faciliter le travail d'assimilation dont l'anéantissement est la principale cause de dépérissement des femmes affectées de métrite chronique. Il les fait alterner avec les ferrugineux et les prescrit, comme eux, au commencement des repas.

Le médecin de la Pitié associe à ces moyens internes, empruntés tant à l'hygiène qu'à la matière médicale, l'action d'un agent thérapeutique puissant entre tous et qui ne trouve, dit-il, dans aucune autre affection, une application plus utile que dans la métrite chronique : ce médicament c'est l'eau froide, ou en d'autres termes l'hydrothérapie qu'Aran considérait déjà comme la clef de voûte du traitement des affections utérines.

A côté des affusions froides se placent les bains de mer qui ne doivent pas être pris dans les premières périodes de la maladie, quand il y a encore une certaine acuité de l'inflammation et que l'abdomen est douloureux à la pression ; car la percussion exercée par la lame pourrait, comme le fait très-judicieusement observer M. Gallard, réveiller des douleurs à peine assoupies; aussi ne les conseille-t-il que dans la seconde période.

Après avoir indiqué les moyens hydrothérapiques dirigés contre l'état local (bains de siége froids, à courant continu, injections froides, lavements froids, douche vaginale ascendante, etc.), et qui sont destinés à stimuler la tonicité affaiblie de l'utérus, M. Gallard termine sa leçon par une intéressante esquisse du traitement hydrominéral applicable à cette maladie, en résumant les principales indications qui doivent guider le médecin dans le choix de la station ou de la source thermale. Quoique ce sujet tout spécial ait été déjà antérieurement traité par M. Durand-Fardel (*Bulletin de thérapeutique*, 1870, — (*Du traitement des maladies chroniques de l'utérus par les eaux minérales*), nous ne croyons pas inutile de présenter ici le résumé des conclusions de M. Gallard qui diffèrent sur quelques points de celles qu'avait posées, il y a deux ans, l'éminent médecin de Vichy.

« En général je conseille, dit M. Gallard, les eaux chaudes non minéralisées que l'on pourrait appeler eaux médicinales, naturelles, amétallites, comme celles de Néris, Plombières, Bains, Luxeuil, Dax, Ussat, etc., lorsque les phénomènes inflammatoires sont encore très-accusés et lorsque la réaction fébrile persistant paraît surtout devoir prendre une nouvelle intensité à certains moments, principalement aux époques menstruelles.

» Si, dans cette même période, il y a en outre des symptômes dyspeptiques assez marqués, je tâche d'ajouter l'action des alcalins, et principalement du bicarbonate de soude, à celle de la chaleur, et je renvoie mes malades, suivant les cas, ou aux eaux bicarbonatées, sodiques et chlorurées de Saint-Nectaire, de La Bourboule, de Bourbon-L'Archambault, de Bourbon-Lancy, etc., ou aux eaux simplement bicarbonatées sodiques de Royat, de Pougues, de La Malou; ces deux dernières me paraissent souvent devoir être préférées, l'une à cause du fer et du manganèse, l'autre à cause de la petite quantité d'arsenic qu'elles contiennent. »

Si c'est pour ce dernier motif que M. Gallard donne la préférence aux eaux de Pougues et de La Malou, nous nous étonnons qu'il ne place pas celles de La Bourboule en première ligne, car ne sont-elles pas bien plus richement minéralisées à ce point de vue que toutes les autres?

Quant à celles qui sont fortement alcalines (Vals, Vichy), M. Gallard redoute avec raison leur action débilitante. Elles lui ont paru cependant efficaces vers la fin de la première période et pendant la période de transition dans laquelle l'induration anémique de l'utérus succède à sa vascularisation congestive.

A l'encontre de M. Durand-Fardel, c'est aux chlorurées sodiques (Bourbonne, Balaruc, Salins, Salies) qu'il croit utile de s'adresser, lorsque cette transition s'est opérée.

Les bains de mer devraient, à notre sens, être rapprochées de ces dernières avec lesquelles ils offrent de grandes analogies au point de vue de leur composition chimique ; M. Gallard les réserve ainsi que les eaux sulfureuses (Aix, Luchon, Saint-Sauveur), pour la convalescence et pour les cas dans lesquels la chlorose domine.

Aux malades plus profondément anémiées et qui paraîtraient hors d'état de supporter la réaction du bain de mer, il prescrit une eau ferrugineuse (Bagnoles-de-l'Orne, Bussang, Spa, Forges-les-Bains, Auteuil) ou simplement le séjour à la campagne avec un régime approprié.

Accessoirement, on peut avoir recours aux eaux sulfatées magnésiennes et sodiques de Pullna, Birmenstorff, Miers, Montmirail-Vaqueyras, qui, par leurs propriétés purgatives, répondent à une indication spéciale.

F. Labadie-Lagrave.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

Clinique médicale de la Charité. — Leçons sur les urines, faite par le docteur Bouchard, agrégé, suppléant du professeur Bouillaud.

(Troisième leçon.)

Messieurs, nous avons étudié précédemment ce qui a trait à la quantité des matières fixes des urines, ce sont ces matières qui, en dissolution dans l'eau pure, donnent aux urines leur densité dont nous avons déjà parlé, et ces autres caractères généraux que nous allons étudier aujourd'hui : réaction, odeur, aspect, coloration, fluorescence.

Réaction. — Chez l'homme à l'état de santé, il est très-rare que l'urine soit neutre au moment de l'émission ; dans l'immense majorité des cas elle est acide. Cet état d'acidité de l'urine normale reporte la pensée vers l'existence d'un acide particulier aux urines, l'acide urique. Mais ce n'est pas à l'acide urique que les urines doivent leur réaction. En effet, une solution saturée d'acide urique impressionne à peine le papier de tournesol. On a beaucoup discuté sur la cause de cette acidité, et c'est Liebig qui a établi que cette acidité est produite par des phosphates acides, et plus particulièrement par le phosphate acide de soude. Ce n'est pas, cependant, que cette cause soit exclusive. Les urines des herbivores, les urines de l'homme dans certains états morbides ou simplement à l'état de santé, quand il ne se nourrit que de végétaux, sont parfois riches en acide hippurique, acide beaucoup plus soluble que l'acide urique et qui rougit franchement le tournesol. Lehmann a montré que l'acidité des urines pouvait être attribuée en partie à cet acide hippurique, et quelquefois à l'acide lactique qu'on peut exceptionnellement rencontrer à l'état de liberté dans les urines, notamment chez les diabétiques. Je dois vous signaler aussi ces acides volatils découverts par Staedeler, qui donnent une acidité énergique aux produits de la distillation : acides phénique, taurylique, damalique et damalurique.

Un fait très-remarquable, c'est que peu de temps après l'émission, le degré d'acidité des urines augmente. Il se fait une véritable fermentation acide de l'urine qui, d'après Scherer, serait provoquée par la présence d'une certaine quantité de mucus vésical. Ce mucus est-il le véritable ferment? faut-il invoquer plutôt la néphrozymase de Béchamp, qui a son origine dans les reins? faut-il attribuer toute autre cause à ce singulier phénomène ? Je ne tranche pas cette question.

Au bout de quelque temps, surtout quand les urines sont exposées à l'air, et quand la température extérieure est élevée, les urines cessent de devenir plus acides. A partir de ce moment leur acidité diminue rapidement; elles deviennent neutres, puis alcalines. C'est une véritable fermentation alcaline qui succède à la fermentation acide, l'urée se transforme alors graduellement en carbonate d'ammoniaque, et probablement l'urée n'est pas la seule substance azotée qui fournisse des produits ammoniacaux. On discute moins sur la nature du ferment qui produit cette transformation ; c'est un champignon découvert par Schoenbein, et qui, d'après M. Pasteur et M. Tieghem, appartiendrait à la tribu des torulacées.

Pour apprécier ces variations et ces changements de la réaction des urines, nous employons les papiers de tournesol, qui nous suffisent pour savoir si les urines sont neutres, si elles sont peu acides ou peu alcalines, si elles sont très-acides ou très-alcalines. On a eu recours à un moyen plus compliqué pour arriver à une estimation plus précise. A l'aide d'une burette graduée, on verse dans une quantité déterminée d'urine la quantité d'une solution de soude caustique nécessaire pour ramener cette urine à l'état neutre, et versant dans un autre verre une quantité de cette solution alcaline égale à celle qui a été nécessaire pour neutraliser l'urine, on la neutralise à son tour par une solution titrée d'acide oxalique dont on note la quantité employée. On sait dès lors que l'urine essayée a une acidité égale à celle que produirait tant de centigrammes d'acide oxalique. Je ne vois pas que cette complication soit réellement utile, et comme on ne doit pas multiplier inutilement dans la clinique les pertes de temps, je ne vous conseille pas d'y avoir recours.

L'urine peut être alcaline au moment de son émission. Cette alcalinité peut être produite par du carbonate d'ammoniaque résultant d'une fermentation effectuée dans la vessie, ce qui n'a lieu que dans les cas de catarrhe vésical ou d'affections diverses des voies urinaires. L'urine peut être rendue alcaline par l'abondance des sels de potasse; c'est ce qui a lieu quelquefois sous l'influence de l'alimentation végétale prédominante. Les fruits, les fraises par exemple, donnent souvent aux urines un léger degré d'alcalinité, et vous savez que les fraises étaient autrefois et méritent d'être conseillées aux goutteux. L'urine des herbivores est acaline, et si elle devient acide quand ils sont soumis à l'abstinence, c'est qu'alors ils se nourrissent aux dépens de leurs tissus; c'est qu'ils deviennent carnivores par une sorte d'autophagie. D'autres fois ce sont les sels de soude qui donnent aux urines un certain degré d'alcalinité. Cela s'observe à la suite de l'ingestion du carbonate de soude, ou généralement chez les personnes qui font largement usage d'eaux minérales alcalines. On a dit que certaines maladies du système nerveux, et notamment de la moelle épinière, rendaient les urines alcalines. Je ne veux pas nier ce fait très-réel que dans certains cas les maladies de la moelle épinière ne soient capables de diminuer l'acidité des urines, mais je veux vous tenir en garde contre une exagération et vous signaler en même temps une cause d'erreur facile à éviter. Souvent ces maladies produisent une gêne dans l'excrétion urinaire. La vessie ne se vide qu'incomplétement : l'urine y reste plus ou moins à l'état de stagnation ; la muqueuse vésicale s'irrite et l'on voit survenir le catarrhe vésical et l'alcalinité des urines. Dans certaines pyrexies graves, dans ce que l'on appelait autrefois les fièvres putrides, on peut aussi exceptionnellement constater l'alcalinité des urines. Enfin, en dehors de tout état fébrile, de toute affection locale

de la vessie, de toute modification dans les boissons ou dans l'alimentation, on rencontre quelquefois des urines pâles et alcalines; elles appartiennent à des individus anémiques, et c'est à ces cas seulement qu'il convient d'appliquer ce précepte de Rademacher que des urines alcalines commandent l'emploi du fer.

Je vous disais tout à l'heure que le papier de tournesol suffit au clinicien pour apprécier les variations et les modifications dans la réaction des urines; il suffit également pour le renseigner sur la nature de l'alcalinité. Si cette alcalinité est due à la présence du carbonate d'ammoniaque, vous faites disparaître la coloration bleue en chauffant le papier au-dessus d'une lampe à alcool; il s'agissait donc d'un alcali volatil. La coloration bleue persiste au contraire s'il s'agit d'un alcali fixe, de la potasse ou de la soude.

Il est étrange que l'urine ait presque constamment la réaction acide alors qu'elle est fournie par le plasma sanguin, par un liquide qui est constamment et assez fortement alcalin. Cette remarque nous montre que le rein n'est pas un simple filtre, et nous aurons bien souvent en pathologie à insister sur cette considération. Je ne veux pas vous dire cependant que les acides qui donnent leur réaction aux urines sont fabriqués par les reins; je ne prétends pas que l'abondance des acides dans les urines n'a pas sur la composition du sang une influence inverse et ne tend pas à ramener à son degré normal l'alcalinité de cette humeur. Je ne pourrais pas le faire si l'on devait considérer comme réel le balancement signalé par Bence-Jones entre le rein et l'estomac. Bence-Jones prétend, et son assertion paraît avoir été vérifiée, que l'acidité des urines diminue quand l'estomac sécrète un suc gastrique acide, et qu'elle augmente pendant la période de repos de l'estomac.

Odeur de l'urine. — Chez un individu sain l'urine a au moment de l'émission une odeur particulière qui n'est nullement fétide; c'est une odeur spécifique que j'appellerais l'odeur urineuse si ce mot ne servait à désigner l'odeur de l'urine lorsqu'elle se présente dans un autre état. Cette odeur spécifique de l'urine fraîche a été attribuée par Heller à l'*urophéine*, à la substance colorante normale des urines, à cette matière dont je vous parlerai tout à l'heure et que nous désignerons définitivement sous le nom d'*urochrome*. Je crois qu'il est plus convenable d'attribuer cette odeur, avec Staedeler, aux acides volatils que je vous ai signalés il y a un instant.

Bientôt après l'émission survient la fermentation acide, alors l'odeur change, et à ce moment on constate ce qu'on appelle l'odeur urineuse. Cette nouvelle odeur devrait être attribuée, d'après Thudichum, à l'uropittine et à l'acide omicholique, deux produits de décomposition de l'urochrome. Enfin arrive la fermentation ammoniacale : l'odeur se modifie encore, elle devient fétide, repoussante; les émanations de l'urine déterminent alors souvent un picotement des yeux. Cette odeur nouvelle on l'attribue généralement, et avec raison, je crois, au carbonate d'ammoniaque. Pour Thudichum, elle serait due encore à l'uropittine et à l'acide omicholique dont l'odeur serait rendue plus intense par la présence du carbonate d'ammoniaque. Il s'y joindrait encore, d'après le même auteur, l'action d'une huile volatile qui devient rouge par l'ébullition et l'action d'un autre produit de décomposition, l'alcool crésylique.

En dehors de ces modifications habituelles de l'urine, certains éléments, certains médicaments, peuvent communiquer aux produits de la sécrétion rénale une odeur particulière; je vous signalerai le genièvre, l'ail, l'asperge, la valériane, le cubèbe, le copahu, la térébenthine. Pour ce dernier corps, vous savez qu'il communique aux urines une odeur qui n'est pas la sienne et qui au contraire se rapproche de celle de la violette. Cette odeur ne serait pas fournie par la térébenthine ni par un de ses dérivés; elle appartiendrait à une matière extractive que Scharling a décrite sous le nom d'*oxyde d'omychmyle* et qui, au contact de la térébenthine, prendrait l'odeur de violette. A l'état habituel, elle dégage à froid l'odeur du castoréum et à chaud l'odeur de l'urine. S'il fallait en croire quelques observateurs, certaines affections des reins s'opposeraient au passage des matières odorantes des aliments ou des médicaments. Dans la maladie de Bright en particulier, les asperges, la térébenthine, ne feraient pas subir à l'odeur de l'urine les modifications habituelles. S'il en était ainsi, ce caractère serait important pour le diagnostic et fournirait un argument considérable en faveur de la théorie pathogénique que Thudichum a donnée des accidents urémiques, théorie d'après laquelle l'urémie résulterait, non d'un empoisonnement par l'urée ou par l'ammoniaque ou par les matières extractives, mais simplement de la rétention des matières colorantes et odorantes. Mais ce fait n'est pas rigoureusement exact. L'odeur spécifique des matières ingérées peut n'être pas aussi intense que dans les urines normales, mais le rein de Bright ne paraît pas opposer à la filtration de ces matières odorantes un obstacle plus considérable que celui que rencontrent les autres matières solides des urines.

L'odeur urineuse peut exister au moment même de l'émission; cela peut exister dans certains cas de pyrexies ou de phlegmasies avec fièvre intense.

La fermentation acide s'est probablement effectuée alors dans l'intérieur de la vessie; peut-être même dans ces cas la fermentation ammoniacale se développe-t-elle aussi d'une façon hâtive. En tout cas, la puanteur des urines a été très-anciennement signalée parmi les symptômes des fièvres putrides. Cependant ce n'est généralement que dans les maladies de la vessie que les urines ont l'odeur franchement ammoniacale au moment de l'émission.

Messieurs, je me suis efforcé de condenser ce qui a trait à l'histoire des modifications que peut subir l'odeur de l'urine. C'est que si l'on voulait résumer ce que je viens de dire, on y trouverait peu de choses intéressantes au point de vue qui nous préoccupe surtout, au point de vue clinique.

Aspect de l'urine. — Au moment de l'émission l'urine est claire, transparente; tout au plus contient-elle quelques filaments muqueux, expulsés de l'urèthre par la première partie de la colonne liquide, surtout chez les personnes qui ont été atteintes autrefois d'uréthrite. Au bout de quelque temps, souvent au bout d'un temps très-court, on voit apparaître un très-léger trouble, non pas général mais disséminé sous forme de petites masses nuageuses qui peu à peu, se rapprochant du centre, finissent par former un amas extrêmement ténu. C'est ce qu'on a appelé énéorème ou nubéculum. Si l'on fait l'examen microscopique de cette partie opalescente, on peut y trouver quelques très-rares cellules épithéliales venues de la vessie ou des uretères, quelques leucocytes, un coagulum muqueux assez vague, légèrement granuleux et nullement strié à la façon de la mucine; quelquefois aussi on y rencontre des granules d'urates acides et même de petits cristaux d'acide urique colorés en grenat par un peu de matière colorante. Ces nuages gagnent enfin le fond du vase et l'urine redevient tout à fait limpide. Quand arrive la fermentation alcaline, elle se trouble de nouveau, mais alors d'une façon uniforme; la surface s'irise, le fond se couvre d'une couche blanchâtre. La masse totale du liquide est alors troublée par un précipité de carbonates et surtout de phosphates terreux et par des urates alcalins en proportion très-variable. L'apparence irisée de la surface est due à un enchevêtrement de fines aiguilles de phosphate ammoniaco-magnésien entre lesquels se meuvent des myriades de vibrions. Cette couche acquiert parfois une épaisseur considérable, tombe au fond et se reproduit, c'est là ce qui chez les femmes en couche avait été désigné autrefois sous le nom de *kyestéine*. Dans la couche blanchâtre du fond on trouve des urates alcalins, un peu de carbonates et de phosphates terreux, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien venus de la surface, et enfin ces champignons découverts par Schœnbein. L'acide urique, qui avait pu se précipiter en partie lors de la

fermentation acide, disparaît généralement à ce moment pour passer à l'état d'urate.

Même en dehors de la fermentation ammoniacale, les urines peuvent se troubler en masse, et quelquefois d'une façon encore plus marquée, quand les urates sont abondants, et cela même à l'état de santé. Il se produit alors par suite du refroidissement du liquide un précipité d'urates acides plus ou moins colorés. L'opacité et la coloration de l'urine qui résulte de ce précipité peut être une cause d'erreur d'ailleurs très-facile à éviter. Elle pourrait faire croire au mélange de l'urine, soit avec le sang, soit avec le pus. Il suffit de chauffer ces urines troubles pour leur rendre rapidement leur transparence. L'apparition de ce phénomène n'a qu'une très-médiocre importance, c'est pure affaire de température et cela dépend autant de la saison que de l'abondance des urates.

L'urine peut être trouble au moment de l'émission. Non-seulement elle peut être troublée par le sang, par le pus, par un mucus purulent, par la graisse, comme dans la pimélurie et comme cela se voit dans les pays chauds quand les urines deviennent chyleuses à la suite d'un accès d'hématurie; mais même à l'état normal l'urine peut être troublée, même avant son émission, par un précipité de phosphates quand elle est alcaline ou très-peu acide, sous l'influence de boissons alcalines ou d'une nourriture trop exclusivement végétale. C'est par l'addition d'une goutte d'acide, et non par la chaleur, qu'on peut alors leur rendre leur transparence. Ce fait, qui n'est pas fréquent, mérite d'être signalé, car il a fait plus d'une fois supposer l'existence d'un léger degré de suppuration de la vessie et conduit ainsi vers un traitement alcalin dont le résultat ne pouvait être que de prolonger l'erreur.

Couleur des urines. — L'urine normale a une coloration jaune qui varie du jaune d'or au jaune ambré. Il arrive souvent, même en dehors de l'état pathologique, qu'elle est plus fortement teintée ou, au contraire, beaucoup plus claire. On rencontre des urines tout à fait aqueuses, ou simplement d'un jaune très-pâle; on en voit d'autres qui sont jaune foncé, rouges, brunes, noirâtres. Il est des colorations anormales de l'urine qui résultent du mélange de ce liquide avec des quantités variables de bile, de sang, d'hémoglobine dissoute ou d'hématine. D'autres colorations anormales sont dues à l'influence de certains aliments ou de certains médicaments. Je vous citerai la rhubarbe, le sené, la santonine, la gomme-gutte, la racine de grande chélidoine, qui colorent les urines en jaune avec une teinte variable; l'alizarine, la garance, le bois de Campêche, les mûres, qui la colorent en rouge; l'indigo qui lui donne une teinte bleu verdâtre. Les urines que je vous présente paraissent avoir la coloration normale; je suppose qu'elles seraient un peu plus claires si le malade qui les a fournies n'avait pris hier une dose de rhubarbe. Vous voyez que l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque leur donne immédiatement une belle coloration rose. Vous pouvez voir la même teinte apparaître sur d'autres échantillons par l'addition du carbonate de soude ou de la potasse. C'est là une réaction qui n'appartient à aucun des pigments normaux ou anormaux de l'urine.

On peut dire d'une façon générale que plus les urines sont abondantes plus elles sont claires, que plus elles sont rares plus elles sont foncées. Cette règle générale souffre cependant quelques exceptions. Je vous ai bien souvent fait remarquer que dans l'albuminurie la densité des urines diminue en même temps que leur quantité. La condition qui s'oppose à la filtration à travers le rein des matériaux qui doivent servir à constituer l'urine s'oppose également au passage des matières colorantes, et bien souvent, à mesure que les urines albumineuses deviennent plus rares, elles deviennent en même temps plus claires. Les urines nerveuses, celles par exemple qui sont rendues en grande quantité à la suite d'une émotion profonde ou d'un accès hystérique, sont d'ordinaire très-pâles; mais il peut arriver que malgré leur abondance elles gardent leur coloration normale. Dans ce cas, cette coloration serait due, non pas au pigment normal, à l'urochrome, mais à un pigment anormal, à l'uroxanthine. Les boissons, la partie liquide d aliments, peuvent également diminuer l'intensité de la coloration des urines. Elles sont claires immédiatement après les repas pour devenir plus foncées quand la digestion, à peu près complète, charge le sang de matériaux qui doivent s'éliminer directement. L'urine du matin, l'urine du sang est plus foncée que l'urine du jour. Quelle que soit leur quantité, les urines fébriles sont plus foncées que les urines normales, et, en dehors de tout état fébrile, certaines maladies chroniques, les tumeurs abdominales, les maladies du foie ou de la rate, augmentent quelquefois dans des proportions énormes la coloration des urines.

Quelles sont les matières qui donnent aux urines leur coloration? Question difficile, compliquée, embrouillée, que je n'arriverai peut-être pas à rendre simple et claire. S'il faut en croire Thudichum, il n'y a pas plusieurs pigments dans l'urine normale, il n'y a qu'une seule matière colorante, l'urochrome; c'est le principe jaune de Prout. C'est cette matière qui avait été désignée par Heller sous le nom d'*urophéine*, et dont Fr. Simon a montré les analogies avec la matière jaune du sérum, l'hémaphéine; c'est elle qui a été désignée par Harley sous le nom d'*urohématine*. Veuillez retenir cette synonymie: urochrome, urophéine, urohématine, ce n'est qu'une seule substance; c'est l'unique matière colorante normale des urines. Nous lui réserverons plus particulièrement le nom d'urochrome. Cette substance paraît provenir du sang. Elle ne serait qu'un produit de transformation de l'hémoglobine, avec laquelle elle a des analogies de composition chimique que Scherer a mises en lumière.

Cette substance qui est jaune donne à l'urine sa coloration jaune. Au contact de l'air elle s'oxyde et passe à l'état d'uroérythrine, matière colorante rouge qui donne leur coloration rougeâtre aux urines fébriles et qui, en se fixant sur l'acide urique ou surtout sur les urates, est l'une des causes de la coloration rouge du précipité qu'on rencontre si souvent dans ces urines. Ce n'est pas là un pigment normal des urines, ce n'est qu'un produit d'altération du pigment normal. L'uroérythrine, ainsi nommée par Fr. Simon, n'est autre chose que le principe rouge de Prout, que cet auteur identifiait avec le purpurate d'ammoniaque; c'est ce que Proust, au siècle dernier, avait désigné sous le nom d'acide rosacé ou d'acide rosacique; c'est ce que G. Bird nomme purpurine et MM. Robin et Verdeil urrosacine.

L'urochrome, sous l'influence d'un liquide acide, peut se décomposer en uromélanine, uropittine et acide omicholique. L'uromélanine produit une coloration noire; elle peut se développer sous l'influence de la fermentation acide. Je vous en présente deux échantillons sous forme d'une masse pulvérulente noirâtre obtenue par l'action d'acides énergiques (sulfurique et nitrique) sur l'urine, très-riche en urochrome, d'un de nos malades atteint de rhumatisme articulaire aigu. Je n'ai pas à vous parler ici de l'uropittine et de l'acide omicholique, que je vous ai signalés à propos des matières odorantes. De ce qui précède retenez seulement ceci : l'unique matière colorante normale des urines, l'urochrome, donne à l'urine une coloration jaune dont l'intensité varie avec l'abondance de cette matière colorante. Au contact de l'air, cette substance peut fournir l'uroérythrine, matière colorante rouge que vous trouvez surtout dans les dépôts urinaires; la fermentation acide, et surtout l'action des acides énergiques, peut transformer l'urochrome en une autre matière colorante noire, l'uromélanine.

Indépendamment de l'urochrome, matière colorante constante, normale, je dois vous signaler une autre matière qui est anormale, mais qui existe en quantité variable dans les urines dans des cas très-nombreux, tellement nombreux, que quelques auteurs la considèrent comme un des principes constituants de l'urine ; c'est l'uroxanthine de Heller; c'est ce que Schunck a décrit sous le nom d'*indican;* c'est l'indigose urinaire de M. Gubler. Messieurs, retenez encore cette synony-

mie. C'est cette matière qu'on a surtout signalée dans le choléra, dans la pneumonie, dans la cirrhose, dans le cancer du foie. Tandis que l'urochrome paraît dériver de l'hémoglobine, celle-ci semble provenir des matières protéiques. L'uroxanthine est jaune, elle concourt avec l'urochrome à donner aux urines leur coloration jaune. En contact avec les acides, cette substance peut se transformer en deux autres matières colorantes qui peuvent alors se rencontrer isolément ou simultanément : l'uroglaucine ou indigo bleu ; l'urrhodine ou indigo rouge. En même temps que se forment ces deux matières colorantes par l'action des acides sur l'uroxanthine, il se forme de plus une substance sucrée, de la leucine, de l'acide acétique et de l'acide formique. Quand l'urine se putréfie, l'uroxanthine donne naissance à une autre substance, l'indigo blanc. Mais cet indigo blanc, au contact de l'air, est capable de se transformer en uroglaucine, en indigo bleu, et il vous arrivera de rencontrer des urines ammoniacales dont la couche superficielle, celle qui est en contact avec l'air, prend une coloration bleue, parfois très-intense.

J'ai signalé la formation de l'uroglaucine et de l'urrhodine aux dépens de l'uroxanthine sous l'influence des acides : cette même transformation peut s'effectuer simplement sous l'influence de la fermentation acide.

Ces substances de décomposition peuvent alors se fixer sur les urates précipités en même temps que l'uroérythrine, et vous pouvez les en extraire par l'alcool ou par le chloroforme, tandis que l'uroérythrine reste. Si nous voulons encore nous résumer, nous dirons : que la matière colorante anormale, l'uroxanthine, qui colore l'urine en jaune, peut produire dans les urines acides l'uroglaucine et l'urrhodine, et peut donner dans les urines alcalines l'indigo blanc qui reparaît à la surface à l'état d'uroglaucine.

Messieurs, je n'ai malheureusement pas fini. L'uroxanthine n'est pas le seul pigment anormal. Je dois encore vous en signaler un, le mélanogène. Le mélanogène n'est pas coloré ; mais il devient brun ou noir par le fait de l'oxydation. Cette matière qui a été étudiée par Eiselt, par Boltze, par Pritram, existerait dans les urines des individus atteints du cancer mélanique. Au moment de l'émission, l'urine de ces individus a la coloration normale, mais le contact avec l'air, ou mieux encore l'action de corps oxydants, tels que le nitrate de potasse, l'acide chromique, font apparaître la coloration brune, puis la coloration noire.

Je dois maintenant vous indiquer les réactifs et expérimenter devant vous les procédés qui permettent de constater dans les urines l'existence des deux grandes matières colorantes, l'urochrome et l'uroxanthine, Je verse sur quelques grammes d'acide sulfurique une petite quantité d'urine, vous voyez apparaître assez rapidement une coloration noire, c'est l'urométanine qui démontre l'existence préalable de l'urochrome. Sur quelques centimètres cubes d'acide chlorhydrique fumant pur, je verse vingt à quarante gouttes d'urine, vous voyez apparaître une coloration rouge, puis violette, puis bleue. Si la réaction tarde à se manifester, vous pouvez l'activer par l'addition d'une ou deux gouttes d'acide azotique. Vous avez vu successivement l'urrhodine et l'uroglaucine qui démontrent l'existence préalable de l'uroxanthine. Vous pouvez condenser ces matières colorantes de décomposition sous un petit volume par l'un des procédés suivants. Dans un tube à expérience, vous versez l'urine à essayer jusqu'au milieu de la hauteur, vous y ajoutez de l'acide nitrique en quantité assez notable et jusqu'à ce que la coloration du mélange se modifie notablement. La teinte devient légèrement bleuâtre. Un excès d'acide la ferait passer au rouge. Une quantité plus notable encore détruirait toute coloration. Au moment où l'acide azotique commence à produire la teinte bleuâtre, vous versez dans le tube quelques centimètres cubes d'éther sulfurique, vous agitez sans secousse violente en retournant le tube un certain nombre de fois, et si l'urine contenait de l'uroxanthine, vous voyez bientôt l'éther regagner les parties supérieures avec une coloration bleu ou rouge, ou violette, suivant qu'il s'est chargé d'uroglaucine, d'urrhodine ou d'un mélange de ces deux matières colorantes.

On emploie quelquefois le procédé suivant. Dans un tube à expérience, on mélange par parties égales l'urine à essayer avec de l'alcool ; on ajoute environ un cinquième d'acide chlorhydrique, on verse ensuite un peu de chloroforme, on agite, et bientôt on voit les gouttelettes de chloroforme gagner le fond du tube, en présentant ces colorations variées qui décèlent la présence des produits de décomposition de l'uroxanthine.

Quelle est maintenant la signification du pigment anormal, de l'uroxanthine. Je vous ai dit qu'on l'avait rencontré dans le choléra, dans la pneumonie, dans certaines affections du foie. On le trouve également dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre intermittente, et, en raison de ces circonstances, on avait cru pouvoir donner à l'uroxanthine une signification pronostique assez sérieuse. Mais on la trouve également dans les maladies de la moelle épinière et plus généralement dans tous les états pathologiques qui s'accompagnent d'un certain degré d'excitation du système nerveux. On la trouve à la suite des accès hystériques, à la suite du coït répété ; elle existe chez les individus qui se livrent à l'onanisme. On la trouve dans toutes les affections aiguës ou chroniques des voies urinaires, dans la maladie de Brihgt, dans l'urémie. Je ne veux pas pousser plus loin cette énumération, car depuis qu'on a recherché cette substance avec un peu d'assiduité, il serait peut-être plus court d'indiquer les maladies où elle n'existe pas que celles dans lesquelles on la rencontre. Je me bornerai seulement à vous signaler ce fait, c'est que vous rencontrerez très-souvent la coloration bleue à l'aide de l'acide nitrique et de l'éther, chez des individus atteints de diarrhée, quelle que soit la cause de cette diarrhée.

Je vous ai dit que de ces deux substances colorantes, l'une, le pigment normal, l'urochrome, semble provenir du sang. Cela n'a pas été démontré directement, mais il y a en faveur de cette hypothèse des présomptions assez fortes. Voici sur quel motif Scherer, Polli, Virchow, Harley, ont établi cette opinion. La matière colorante des globules peut se transformer, mais elle se détruit très-difficilement, et, dans toutes ses transformations, elle conserve le caractère de pigment. Or les globules se détruisent incessamment ; il était donc naturel de supposer que l'hémoglobine s'éliminait par les émonctoires qui rejettent du pigment à l'extérieur. Dans cette théorie, l'hémoglobine se transformerait en matière colorante de la bile et en matière colorante des urines. Le rein et le foie seraient chargés d'éliminer l'hémoglobine des globules détruits. On a d'ailleurs trouvé une analogie frappante dans la composition chimique du pigment biliaire et du pigment sanguin. Si ces considérations hypothétiques ont quelque valeur, on ne doit pas être étonné de voir les urines présenter une coloration très-intense dans les maladies fébriles ou autres qui conduisent rapidement à l'anémie, ou réciproquement, de constater un degré très-notable d'anémie à la suite des maladies dans lesquelles les urines sont très-fortement pigmentées. On ne doit pas s'étonner davantage de trouver des urines très-pâles chez des individus chez lesquels l'anémie est établie. Vous voyez d'après cela qu'il peut y avoir un réel intérêt à apprécier les variations dans la quantité de la matière colorante éliminée par les urines.

En l'état actuel de la chimie biologique, il est impossible d'arriver directement à cette évaluation. La préparation de l'urochrome est longue, difficile, et ne pourrait pas servir pour un dosage régulier. On peut cependant tourner la difficulté et arriver à une estimation approximative, je veux parler de la méthode de Vogel, qui permet non pas de connaître la quantité de matière colorante des urines, mais d'évaluer les rapports de cette quantité dans une urine quelconque avec une urine donnée, prise comme terme de comparaison. Le principe de cette méthode est le suivant : Une urine d'une

teinte déterminée étant prise comme étalon, si l'on prend une urine plus colorée, on pourra ramener cette urine en la diluant avec de l'eau distillée, à la teinte de l'urine type. Vogel admet que, s'il a fallu un poids d'eau distillée égal au poids de l'urine employée, cette urine contenait sous un même volume deux fois plus de matière colorante.

Partant de ce postulatum, et prenant pour type l'urine jaune pâle, il a pu établir dans des tableaux coloriés les teintes qui appartiennent à des urines contenant 2, 4, 8, 16 fois plus de matière colorante. La table de Vogel renferme neuf échantillons, et si l'on appelle 1 la quantité d'urochrome contenue dans un litre d'urine jaune pâle, on voit que l'urine jaune clair contient 2; l'urine jaune, 4; l'urine jaune rouge, 8; l'urine rouge jaune, 16; l'urine rouge, 32: l'urine brun foncé, 64; l'urine brun rouge, 128; l'urine noir brun, 256. Pour apprécier une urine déterminée en se servant de la table de Vogel, il faut que cette urine soit claire (quelquefois la filtration est nécessaire); il faut de plus qu'elle soit vue par réfraction à travers une épaisseur déterminée. Pour cela, on doit employer un vase de 12 à 15 centimètres de diamètre. Connaissant la quantité d'urochrome contenue dans un litre d'une urine quelconque; connaissant, d'autre part, la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures, on peut, par une simple multiplication, savoir quelle est la quantité d'urochrome éliminée chaque jour. On apprécie ainsi des rapports, mais on ne sait pas quelle est la valeur de l'unité adoptée. La quantité normale d'urochrome éliminée à l'état de santé en vingt-quatre heures et appréciée d'après cette méthode varie de 3 à 6. Vogel donne pour moyenne 4,8. Dans les pays chauds, cette moyenne serait de 12 à 14. A l'état pathologique, elle peut tomber au-dessous de 1. C'est ce qui a lieu dans les urines anémiques. Dans la pneumonie, on la voit monter à 16, et même à 24. Dans le rhumatisme, elle s'élève à 30 ou 32. Dans la fièvre typhoïde, elle atteindrait 100. Dans un cas d'empoisonnement par l'hydrogène arsénié, sa quantité était de 600 à 800. Mais je me hâte de dire qu'il ne s'agissait plus là d'urochrome, que les globules, détruits par le gaz toxique, laissaient l'hémoglobine s'échapper en nature, et qu'il s'agissait non pas d'urine pigmentée, mais d'une pseudo-hématurie.

Je vous ferai remarquer que la clinique ne contredit pas ces résultats. Vous savez à quel point peut être portée l'anémie à la suite de la fièvre typhoïde, à la suite du rhumatisme, et je vous ferai voir que le chiffre des globules peut diminuer de plus du tiers dans le cours d'une pneumonie aiguë.

Fluorescence des urines. — Vous savez, messieurs, qu'un certain nombre de tissus de l'économie sont doués de la propriété de fluorescence. L'urine elle-même est fluorescente. Quand, dans un lieu obscur, vous plongez dans de l'urine un tube de Geissler, la masse tout entière devient lumineuse; elle répand une lueur blanchâtre quand les urines sont acides, une lueur vert émeraude quand elles sont alcalines. Dans certains cas pathologiques, la fluorescence des urines disparait. Souvent les urines fébriles cessent d'être fluorescentes. Bence-Jones a édifié sur ce fait une théorie de la fièvre que je dois vous signaler. Vous savez, messieurs, qu'à l'état de santé, dans toutes les conditions, dans toutes les saisons, dans tous les climats, la température du corps reste invariable. Il se fait un équilibre entre le calorique produit par les combustions interstitielles et le calorique perdu par les différentes causes de refroidissement. On a supposé que, par une sorte d'harmonie préétablie, les combustions organiques étaient augmentées ou diminuées toutes les fois que l'équilibre menaçait d'être rompu. On a imaginé un agent modérateur de la calorification. Il est une théorie dynamiste qui attribue au système nerveux ce rôle de régulateur des combustions. Dans la théorie de Bence-Jones, l'agent modérateur de la calorification serait une substance chimique répandue dans tout l'organisme et dont la présence serait une entrave pour les échanges moléculaires. Cette substance, qui aurait ainsi une propriété qu'on a attribuée, à tort ou à raison, à la quinine, aurait aussi comme elle la propriété de fluorescence. Éliminée par les urines, elle donnerait à ce liquide son caractère de fluorescence. Cette substance hypothétique, Bence-Jones la nomme quinoïdine. Si la quinoïdine vient à disparaître du corps, les combustions n'ont plus rien qui les arrête, la fièvre s'allume. La fièvre serait donc le résultat de l'absence de la quinoïdine dans les tissus. Chalvet, notre regretté collègue, a repris cette question. Il a montré que les urines fébriles ne sont fluorescentes que quand les malades sont soumis à la diète. Il a établi que, en dehors de tout état fébrile, les urines cessent d'être fluorescentes sous l'influence de l'abstinence. Donc, la quinoïdine, si tant est qu'elle existe, n'amène pas la fièvre quand elle vient à disparaître. Mais la fièvre fait disparaître la quinoïdine quand elle empêche le malade de manger. La quinoïdine, pour Chalvet, a son origine dans l'alimentation, et plus particulièrement dans les substances végétales. Messieurs, je ne me porte pas garant de la réalité de cette seconde hypothèse; mais à propos de cette particularité des urines fébriles, j'ai cru devoir vous signaler ces singulières théories.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edw. Clarke et R. Amory (de Boston). — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Seconde partie.

(Suite. — Voyez le numéro 1, 1873.)

3° Du bromure de potassium comme anodin et anesthésique dans diverses névroses. — Le bromure de potassium à dose isolée ne possède qu'un faible pouvoir anesthésique direct. Il guérit rarement une douleur d'une façon immédiate, mais il le peut faire indirectement, en enlevant quelqu'une des causes de la douleur ou en diminuant la sensibilité réflexe ou générale; il rend parfois d'importants services dans certaines maladies douloureuses ou cruelles.

J'ai eu l'occasion de remarquer dans ma pratique que le bromure à dose continue combattait les troubles fonctionnels du cerveau et du système nerveux, qui accompagnent si fréquemment la ménopause, beaucoup plus efficacement que tout autre médicament. Les symptômes qui d'ordinaire se montrent à cette époque : la faiblesse, l'irritabilité nerveuse, l'agitation, le sommeil interrompu, la crainte d'une maladie sérieuse, la congestion de la face et de la tête, l'engourdissement, la perversion des sens, etc., sont généralement améliorés et quelquefois disparaissent complétement sous l'influence de cet agent. Cela est particulièrement vrai de la congestion de la face (ce flot de chaleur et de rougeur qui envahit la tête et que les malades redoutent comme l'avant-coureur de la paralysie). J'ai à peine besoin de dire qu'il ne serait pas judicieux d'administrer du bromure pendant toute la période, souvent de trois ou quatre années, durant laquelle s'opèrent les modifications fonctionnelles de l'organisme sous l'influence de la ménopause. On ne doit le donner que lorsque les troubles nerveux sont excessifs. Dans ce cas, le meilleur mode d'administration est la dose continue, en quantité suffisante pour en imprégner complétement l'organisme. Il faut alors le maintenir sous cette action sédative pendant deux ou trois semaines; puis interrompre le traitement, pour le reprendre de la même manière toutes les fois que l'état de la malade l'exigera. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance d'un traitement approprié, hygiénique, moral et tonique, comme complément de l'emploi du bromure.

Parmi les nombreux médicaments préconisés dans le traite-

ment de l'angine de poitrine, on ne doit pas oublier le bromure de potassium. Quoique ce médicament rende peu de services contre cette intraitable maladie, le faible effet qu'il produit a parfois une grande valeur. Tandis que j'écris ces lignes, j'ai l'occasion d'observer chez un de mes malades, cruellement atteint de cette affection, une amélioration bien plus sensible, obtenue par le bromure, que par aucun autre des médicaments que je lui ai administrés. Ici, de même que dans beaucoup d'autres maladies dont j'ai parlé, les doses faibles sont sans effet. Il faut donner de dix à douze grains (50 à 60 centigrammes) trois fois par jour pendant un temps considérable; lorsque le paroxysme arrive, on prend une dose additionnelle de trente grains (1gr,50) en une seule fois, que l'on renouvelle au bout d'une demi-heure ou d'une heure s'il est nécessaire.

La coqueluche et l'asthme, comme l'angine de poitrine, ne sont qu'éventuellement améliorés par la dose continue de bromure; mais c'est cette heureuse éventualité qu'il importe au praticien d'avoir présente à l'esprit. Je ne connais pas de méthode ni de signe qui puisse faire distinguer un cas d'asthme ou de coqueluche susceptible d'amélioration sous l'influence du bromure, d'un cas absolument rebelle à ce médicament. La façon dont je l'emploie dans ces maladies est donc complétement empirique; mais j'en ai obtenu assez souvent un bon résultat pour que je croie devoir essayer de soumettre les malades atteints de ces affections à l'action calmante du bromure, en les laissant sous son influence au moins pendant une semaine ou deux. Trousseau (*Clinique médicale*, t. II, p. 409, 3e édit.) cite avec éloge dans ses leçons la formule suivante, qu'il dit avoir puisée à une source américaine :

℞	Iodure de potassium.........	2 gros (8 grammes).
	Décoction de polygala........	3 onces (96 grammes).
	Teinture de lobélie..........	6 gros (24 grammes).
	Teinture d'opium camphrée....	6 gros (24 grammes).

Il en prescrit une cuillerée à bouche trois fois par jour. L'addition de dix grains (50 centigrammes) de bromure à chaque dose du mélange précédent augmentera manifestement son influence sur l'asthme sans rendre son goût beaucoup plus désagréable.

Le bromure de potassium à dose simple ou continue est de peu d'utilité dans le traitement de la névralgie ou de la céphalalgie ordinaires; mais il peut amender certaines formes de ces deux affections. Le docteur Anstie a parfaitement défini le genre de névralgies que le bromure peut guérir, et je suis heureux d'appuyer mes observations personnelles de son autorité en pareille matière. Il dit (*Nevralgia and the diseases that resemble it*, par Francis E. Anstie, p. 185, édition anglaise) : « Quatre types différents au moins de narcotiques stimulants peuvent être avantageux dans le traitement de la névralgie». Il les appelle : type opium, type belladone, type chloral et type bromure de potassium, et a tracé de ce dernier l'admirable description qui va suivre (*op. cit.*, p. 191) :

« L'emploi du bromure de potassium dans les névralgies est une question fort importante et qui réclame beaucoup d'attention et de discernement. Ainsi que beaucoup d'autres, j'ai fait sur ce médicament des recherches fort étendues, dès qu'on a commencé à le prôner; mais ses effets sur les névralgies m'avaient si fort déçu, que pendant un temps je l'ai complétement proscrit du traitement de cette affection. Des expériences ultérieures m'ont prouvé cependant que, quoique son utilité fût restreinte, il était extrêmement efficace lorsqu'il était administré d'une façon convenable et dans certains cas déterminés. Dans la plupart des névralgies il reste sans effet, et qui pis est, il cause une dépression qui augmente indirectement l'excitabilité du système nerveux. Les conditions indispensables à l'efficacité de son emploi sont les suivantes : l'intégrité du système nerveux (caractérisée par l'activité intellectuelle, la facilité des exercices musculaires et le parfait accomplissement des mouvements coordonnés doit être complète); la circulation doit être régulière, de plus, le malade ne doit pas être arrivé à la période de marasme. Parmi les individus atteints de névralgies qui remplissent ces conditions, ceux qui retirent le plus de profit du traitement bromuré sont les sujets (surtout les femmes) chez lesquels une certaine excitation des facultés psychiques ou des forces physiques semble être le contre-coup naturel et inconscient de l'inactivité des fonctions sexuelles. La plupart de ces malades se recrutent dans cette classe infortunée de jeunes gens des deux sexes qui doivent à l'éducation leurs principes élevés, mais à qui la cruelle destinée refuse le mariage pendant longtemps après l'âge fixé par la nature. C'est pour eux que le bromure me paraît un remède d'une incontestable utilité. Je m'explique : Ce n'est pas à ceux qui subissent les funestes effets de la masturbation que le bromure est applicable; il doit s'adresser surtout à ceux qui sont exempts de ce vice et qui, pour s'y soustraire, ont recours à des exercices corporels ou à des travaux d'esprit incessants. L'histoire des effets de l'onanisme est vulgaire et banale, il y a quelque chose de bien plus difficile à comprendre et en même temps de bien plus digne d'être compris : ce sont les luttes inconscientes d'un organisme lié à un esprit pur, contre la tyrannie d'une fonction sexuelle puissante et non satisfaite. C'est dans de telles circonstances, dont l'appréciation réclame tout le tact du médecin, que le bromure de potassium pourra rendre parfois d'incontestables services; mais il faudra combiner ce traitement avec un régime généreux, et très-probablement avec l'administration de l'huile de foie de morue. Après avoir reconnu que le bromure de potassium était le remède approprié, nous devons le donner à doses suffisantes. La cure de l'épilepsie ne prouve-t-elle pas péremptoirement que le bromure, pour être efficace, doit être administré à hautes doses. Il est bon de commencer cependant par des doses médiocres, de dix à quinze grains (50 à 75 centigrammes), parce que nous ne pouvons pas savoir d'avance si notre malade n'est pas un de ces individus chez lesquels ce désagréable phénomène de l'acné bromique suivra l'ingestion de fortes doses; mais nous ne devons nous attendre à aucun bon résultat jusqu'à la dose de quatre-vingt-dix grains par jour (4gr,50). J'ajouterai encore que ce n'est pas, je crois, en diminuant cette sorte d'hyperesthésie des organes génitaux externes qu'éprouve le malade qu'agit le médicament. Je n'ai jamais vu une telle relation entre la maladie et le médicament en pareil cas. »

Il est bon d'ajouter à ce qui précède que, quelle que soit la dose nécessaire pour calmer l'état névralgique, il la faut continuer pendant plusieurs semaines après l'apaisement de la douleur, autrement on ne peut garantir un succès durable.

La céphalalgie qui accompagne les chagrins, les inquiétudes, les privations ou tous autres tourments moraux, cède rapidement à l'action du bromure; mais la céphalalgie qui survient dans un accès de fièvre, qui accompagne une inflammation aiguë, comme la pneumonie ou la pleurésie, ou celle qui résulte de la constipation, de l'indigestion, du froid, etc., est rarement soulagée par le bromure. Toutes les fois que la céphalalgie a pour cause l'anémie cérébrale, il y a plus de chances de l'accroître que de la calmer par le traitement bromuré.

Les personnes, surtout les femmes, hystériques ou d'un tempérament nerveux, qui sont sujettes à cette forme de migraine dans laquelle les symptômes cérébraux non-seulement précèdent, mais encore dominent les phénomènes gastriques, retirent quelquefois un grand profit de l'emploi du bromure. Il faut l'administrer dès l'apparition des phénomènes prodromiques d'un accès, et à la dose d'au moins vingt grains (1 gramme), qu'on doit répéter d'heure en heure, de telle sorte que le système nerveux en soit complétement saturé. En même temps la malade doit garder le repos, s'étendre sur son lit ou sur un sofa, après avoir desserré ses vêtements, de façon à assurer la liberté de la circulation, entretenir enfin

la chaleur des extrémités jusqu'à ce que le temps que dure ordinairement l'accès dont elle est menacée soit passé. Il est quelquefois préférable d'administrer chaque jour, pendant plusieurs mois, la dose continue dans les intervalles qui séparent chaque accès. Cette méthode diminue la violence des maux de tête, augmente les intervalles des accès et quelquefois arrête ceux-ci complétement.

Les médecins expérimentés savent bien que si cet agent employé seul peut améliorer beaucoup l'état des malades, il ne guérit que rarement, et peut-être jamais, les migraines. Elles sont trop profondément enracinées dans la constitution, par suite des écarts de régime ou des excès de table, d'un genre de vie ou d'un milieu malsains, pour être efficacement combattues par un médicament dont le rôle est de diminuer la congestion cérébrale et la sensibilité réflexe. L'addition de carbonate ou d'acétate d'ammoniaque au bromure de potassium, donné, comme nous l'avons dit, à hautes doses très-rapprochées, amènera une amélioration plus rapide que le bromure seul.

4° Du bromure envisagé comme modérateur du pouvoir réflexe dans les maladies convulsives. — L'emploi du bromure à la dose continue trouve son application la plus importante dans les maladies convulsives, et particulièrement dans le traitement de l'épilepsie et des affections épileptiformes. Son emploi dans ce but date de fort peu de temps. Les savants observateurs à qui nous devons les notions que nous possédons de son influence sur certains états convulsifs et spasmodiques sont tous vivants; ce sont : sir Charles Locock, les docteurs Radcliffe, Reynolds, Mac Donnel, Duchworth Williams, Etcheverria, A. Voisin, Bazin, Hardy et surtout l'illustre Brown-Séquard. Les deux continents ont recueilli les fruits de ses travaux personnels, et l'on apprécie ses recherches partout où la médecine est considérée comme une science.

Il faudrait écrire un traité complet de l'épilepsie pour pouvoir faire ressortir à quel point l'action physiologique du bromure exerce sa puissance sur les diverses formes et les différentes phases de cette maladie. Les limites que je me suis imposées dans ce travail ne me permettent pas de tracer même une esquisse de l'épilepsie; je me contenterai donc de dire, ce qui est évident, que plus un médecin étudiera attentivement la maladie en question, plus il emploiera avec succès le bromure ou tout autre médicament analogue lorsqu'il aura à la traiter. On peut mesurer l'étendue de nos connaissances actuelles sur ce sujet en consultant les travaux de Brown-Séquard, du docteur Reynolds et du docteur Radcliffe, et surtout l'admirable traité de l'épilepsie qu'a publié récemment G. Etcheverria (de New-York). C'est en puisant dans ses écrits et dans sa propre expérience clinique que le médecin apprendra à manier le bromure de potassium dans le traitement de cette redoutable affection.

Le docteur A. Voisin, à qui l'action physiologique du bromure n'est pas moins familière que l'étude clinique de l'épilepsie, a traité de main de maître les indications particulières de ce médicament dans cette redoutable affection. Ces préceptes thérapeutiques sont de la plus grande valeur pratique et méritent à tous égards de fixer l'attention des médecins (1).

Le témoignage d'un médecin expérimenté, l'éminent docteur West, professeur à Londres, touchant l'efficacité du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie chez les enfants, ajoute une confirmation nouvelle et éclatante à ce qui vient d'être dit sur le traitement de l'épilepsie par le bromure. Il s'exprime en ces termes :

« On peut s'attendre à ce que je dise quelque chose de ce que mon expérience m'a fait connaître sur les spécifiques de l'épilepsie. J'ai essayé tous ou presque tous les moyens en faveur desquels plaidait l'évidence ou la raison, et tous ont trompé mon attente. Le seul qui m'ait paru exercer quelque action favorable sur l'épilepsie est le bromure de potassium; j'en ai même obtenu dans quelques cas des résultats très- remarquables. Presque toujours il diminue la fréquence des attaques, parfois même il m'a semblé les prévenir entièrement. Sa valeur thérapeutique m'a été clairement démontrée par la double expérience suivante. J'arrêtais les attaques par le bromure; je suspendais l'emploi de ce médicament et je les voyais reparaître; puis je les arrêtais de nouveau en faisant reprendre le médicament. Cependant je dois avouer que dans la grande majorité des cas l'amendement ne s'est pas constamment maintenu; l'organisme a fini par s'accoutumer au médicament; et, après avoir plusieurs fois augmenté les doses, ce qui chaque fois semblait rendre au bromure son influence première, j'ai dû le suspendre à cause de la dépression du pouls, de la prostration générale et de l'apparition d'une éruption pustuleuse particulière, qui suit quelquefois l'usage trop prolongé de ce médicament. Dans d'autres cas cet agent, qui avait d'abord opéré des merveilles, perdait tout à coup son influence. La maladie aussi bien que la constitution résistaient à l'augmentation de la dose; le malade continuait son traitement, mais les attaques, d'abord suspendues, reparaissaient ensuite comme auparavant.

» Malgré toutes ces restrictions, le bromure de potassium est le seul agent qui, dans mes mains, ait présenté, jusqu'à un certain point, le caractère d'un spécifique. Je l'ordonne toujours quand aucune indication ne me dicte un traitement spécial. J'avoue que je l'emploie empiriquement, car je n'ai jamais pu distinguer d'avance les cas dans lesquels le bromure doit produire un résultat durable des cas semblables en apparence, mais beaucoup plus fréquents, qui ne subissent que temporairement son influence. » (*Lumleian Lectures on some disorders of the nervous system in childhood by* Charles West M. D., p. 45, 46. Am. Ed., 1871.)

Mon expérience personnelle du traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium est si faible qu'elle mérite à peine une mention, après ce qui a déjà été dit par Voisin, West et Etcheverria. Je n'en parlerais même pas si sur 12 individus, 5 hommes et 7 femmes (2 n'ont pas huit ans et les 10 autres sont des adultes), dont je retrouve les observations dans mes notes, 3 ne m'avaient paru radicalement guéris. Aucun de ces 3 individus n'a eu d'attaques depuis bien des années, et je regarde comme un devoir de publier tous les cas de guérison de cette triste affection, pour l'encouragement des médecins et des malades. Sur les 9 qui restent, 6 sont encore en traitement et 3 d'entre eux n'ont pas eu d'attaque depuis un an. Un des 3 derniers est mort et le bromure est resté sans effet sur les 2 autres. Tous les 12 ont été traités par la méthode, dont j'ai parlé, des hautes doses continues.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Les limites qui nous sont assignées ne nous permettant pas de reproduire les savantes pages empruntées par l'auteur américain à notre laborieux compatriote, nous renvoyons le lecteur au travail de M. le docteur A. Voisin inséré dans le *Bulletin de thérapeutique* (1871, 9e livraison) et à son important article publié dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article Épilepsie), où se trouvent consignées les intéressantes recherches de ce consciencieux observateur.
(*Note du traducteur.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Recherches physiologiques sur la corde du tympan, par M. *A. Vulpian*. (Nous avons analysé ce travail dans la Gazette hebdomadaire, n° 3, p. 34.). — (Renvoi à la section d'anatomie et zoologie.)

Phylloxera. — M. *Dumont* indique les moyens d'appliquer la submersion de la vigne pour détruire le Phylloxera dans la vallée du Rhône. (Renvoi à la commission du Phylloxera.)

Rapport entre les observations ozonométriques et la mortalité de Paris. Note de M. *O. Tamin-Despalles*. (Extrait.) — « Quand les vents passent du sud au nord, on constate qu'à l'ouest l'ozone est au maximum dans l'air, et à l'est au minimum.

» Les quantités d'acide phosphorique dosées dans les urines et résultant de l'oxydation du phosphore dans l'organisme sont, de même que les hauteurs barométriques, ozonométriques et pluviométriques, *maxima* pendant les vents d'ouest, et *minima* pendant les vents d'est.

» En comparant les chiffres des trois mois, octobre, novembre et décembre 1872, très-humides, avec ceux des années 1869 et 1871, par exemple, alors que les vents étaient plutôt du nord, du nord-est ou de l'est, et les observations pluviométriques beaucoup moins élevées (en novembre 1872, elles dépassèrent 117 millimètres, la température varia entre 10 et 20 degrés, les vents restèrent à l'ouest, le baromètre oscilla de 740 à 745; un jour même il descendit à 721), on constatera que la mortalité pour octobre, novembre et décembre fut, en 1869, de 10 145; en 1871, de 10 659, et pour 1872 de 9632 seulement (variations de population compensées).

» En août et septembre 1865, après des vents d'est, le choléra éclate à Paris. En octobre, novembre et décembre, cinquante-deux jours de vents de sud ou d'est correspondent à 18 043 décès, dont 5952 cholériques. L'épidémie sévit avec une intensité variable jusqu'en septembre 1866. A ce moment, une série de vingt-cinq jours de vents d'ouest et des pluies persistantes de 94 millimètres purifient si bien l'atmosphère, qu'en octobre, novembre et décembre, nous trouvons seulement 9776 décès, dont 200 cholériques. En résumé, née sous l'influence des vents d'est, en septembre 1865, l'épidémie est chassée par les vents d'ouest en septembre 1866, et disparaît complétement à la fin de décembre suivant. » (Comm. : MM. *Ch. Sainte-Claire-Deville*, *Fremy*.)

Modifications de la lumière chromatique a travers les verres colorés employés en oculistique. Note de M. *A. Chevalier*. — Le verre vert, que l'on a préconisé pour exciter la rétine dans certaines formes d'amblyopie, donne un résultat peu concluant. Le verre bleu noir (teinte neutre) est le plus parfait, puisqu'il éteint le jaune et le rouge plus que tous les autres.

Si l'on tient compte de la lumière modifiée et de la lumière absorbée, on pourra donc employer : le bleu noir, de teinte plus ou moins foncée, pour soustraire l'œil à la vive lumière (cataractes, photophobie); 2° le bleu noir, de teinte légère ou extra-légère, pour le travail du jour ou du soir sur les objets rapprochés. La teinte *bleue* et la teinte *enfumée* deviennent inutiles. La teinte bleu noirâtre a été indiquée pour la première fois en 1819, par l'abbé Rochon, Vincent Chevalier, Charles Chevalier. Le verre d'urane, qui s'échauffe peu, agit comme le verre vert; il est donc nuisible, et, dans tous les cas, le verre bleu noir doit être préféré.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie reçoit : *a*. Une note sur le rapport entre les observations ozonométriques et la mortalité de Paris par M. le docteur *O. Tamin-Despalles*. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Biechy* priant l'Académie d'annuler le pli cacheté qu'il avait adressé dans la séance du 23 décembre 1872. — *c*. Un rapport du docteur *Blanchard* sur une épidémie de fièvres typhoïdes compliquées d'hémorrhagies graves et de dysentéries.

M. *Chatin* dépose sur le bureau une Étude générale et comparative des pharmacopées d'Europe et d'Amérique, par M. le docteur *Verwaest*.

M. *Depaul* présente un ouvrage de M. le docteur *Ed. Langlebert* sur la syphilis dans ses rapports avec le mariage.

M. *Pidoux* offre en hommage en son nom ses Études générales et pratiques sur la phthisie.

M. *Larrey* dépose sur le bureau une brochure de M. *Marjolin* ayant pour titre : Quelques réflexions a propos de la nouvelle loi relative au travail des enfants dans les manufactures.

Grande affluence aujourd'hui à l'Académie : quatre-vingts membres présents! et même du public. On voit bien que c'est jour d'élection, un de ces jours où l'on convoque le ban et l'arrière-ban de ses amis et connaissances. M. Voillemier passera-t-il, ne passera-t-il pas? Messieurs les Académiciens le jugent-ils, enfin, digne d'entrer dans le sanctuaire? Telle est la question qu'on se pose et dont nous aurons la solution dans quelques instants.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le *Président*, pour tuer le temps, en attendant l'heure réglementaire de l'élection, donne la parole au rapporteur de la section des remèdes secrets et nouveaux.

M. *Caventou* fils, au nom de la commission, donne lecture d'une série de petits rapports fort écoutés de M. Caventou père. Quant aux autres honorables, ils causent entre eux de leurs petites affaires, sans s'inquiéter beaucoup des emplâtres ou des pommades que proposent, tous les jours à l'Académie, une foule de gens désireux de soulager l'humanité souffrante.

Ces bonnes gens et leurs remèdes exécutés en dix minutes, l'Académie procède, à trois heures et demie, à l'élection d'un membre titulaire dans section de médecine opératoire.

Pour la troisième fois la commission proposait en première ligne M. Voillemier, puis, venaient par ordre de présentation, MM. Trélat, Maurice Perrin, Léon Le Fort, Desormeaux et Guyon.

Au premier tour, comme on devait s'y attendre, les voix se sont dispersées : M. Voillemier obtient 29 voix ; M. Trélat, 23; M. Perrin, 14; M. Guyon, 1, et M. Le Fort, 0.

Au second tour, sur 79 votants, M. *Voillemier* obtient 41 voix, c'est-à-dire juste la majorité plus une, et un soupir de soulagement s'échappe de toutes les poitrines. Est-ce le plaisir de voir enfin arriver à l'Académie un homme qui devrait y être depuis longtemps, ou la satisfaction de ne pas avoir à recommencer un troisième tour de scrutin ? Nous ne savons, mais on serait presque tenté de croire à ce dernier sentiment, en voyant l'empressement avec lequel messieurs les Académiciens se sauvent dans la salle voisine, pendant que, dans l'enceinte académique, on se remet doucement à causer septicémie.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Davaine* donne lecture d'un travail fort intéressant, mais déjà un peu vieux, puisqu'il devait être communiqué à l'Académie au mois de novembre dernier.

Il constate d'abord qu'on l'a mal compris et qu'on a eu tort de vouloir réduire ironiquement à une question de lapin, c'est-à-dire à des proportions étroites et mesquines, une question qui intéresse au plus haut point la pathologie humaine.

Partout, dit ensuite M. Davaine, aussi bien chez l'être vivant que dans la substance organisée et privée de vie, les conditions de la fermentation sont les mêmes et peuvent se réduire à l'action combinée de ces trois causes : la chaleur, l'humidité et les bactéries, dont la présence est la condition *sine qua non* de toute fermentation, comme l'a démontré M. Pasteur. Mais chez les êtres vivants il y a des conditions spéciales dont il faut tenir compte, et qui peuvent faire varier l'intensité des principes fermentescibles comme l'espèce, la sensibilité propre de l'animal, la quantité plus ou moins grande de virus introduite dans l'organisme, et surtout la température, qui paraît jouer le principal rôle dans le développement des principes virulents.

De tous les animaux, le lapin est, sans contredit, le plus sensible à l'influence septique; aussi est-ce lui que M. Davaine recommande plus spécialement comme réactif pour reconnaître si un principe morbide est doué, oui ou non, de propriétés virulentes.

Dans la seconde partie de son travail, M. Davaine donne les résultats d'expériences récentes qui lui permettent de conclure que la fièvre typhoïde donne souvent lieu à des accidents septiques, si elle n'est pas elle-même une septicémie. Après avoir rappelé les différentes théories émises sur la nature de la fiè-

vre typhoïde, il se rattache à l'idée de putridité, et admet volontiers que le principe toxique de cette affection est un principe putride. Du reste, MM. Coze et Feltz ont constaté la présence de bactéries dans le sang de malades atteints de fièvre typhoïde, et les cinq observations que M. Davaine rapporte lui ont démontré qu'il n'y avait aucune différence au point de vue de la marche et des lésions entre la septicémie typhoïde et la septicémie produite par l'inoculation de matières organiques putréfiées.

M. Davaine, pour rassurer ceux que ces idées nouvelles sur la fièvre typhoïde pourraient troubler dans leur quiétude, leur répète, en terminant, les paroles que M. Andral répondait, il y a une trentaine d'années, à ceux qui l'accusaient alors de professer des doctrines révolutionnaires. M. Andral les renvoyait, pour se familiariser avec ces *nouveautés*, ...aux anciens.

Nous renvoyons nos lecteurs au Bulletin de l'Académie, où ils trouveront tout au long cette intéressante communication et la péroraison qui a valu à M. Davaine des applaudissements justement mérités.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 10 ET DU 24 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

LA PROPYLAMINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — MALADIES RÉGNANTES. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE ET SON TRAITEMENT.

Les lecteurs de la Gazette ont déjà été mis au courant de la question de la propylamine par les articles de M. Blachez, insérés dans les deux derniers numéros (voy. p. 33 et 49). Nous n'avons donc que peu de choses à ajouter pour notre compte rendu de la séance du 10 janvier, laquelle a été presque entièrement occupée par la lecture du travail de M. Beaumetz et par la discussion qui suivit.

Ainsi qu'il arrive toujours lorsqu'on vient présenter à une société de médecins un médicament nouveau paraissant jouir d'une action spécifique réelle, en s'appuyant sur des recherches et des observations consciencieuses, il se produisit à la Société des hôpitaux une certaine agitation, et chacun, désireux de contrôler par lui-même les effets du remède, fit une objection ou demanda une explication plus précise.

M. *Bourdon*, dont la vieille expérience est un peu méfiante, objecte que les faits communiqués par M. Beaumetz sont encore peu nombreux, et que d'ailleurs il a vu des cas de rhumatisme articulaire aigu s'éteindre en quelques jours sous l'influence du sulfate de quinine. Cependant il reconnaît que les faits de M. Beaumetz étant en accord avec ceux observés par M. Er. Besnier, il y a là un sujet important d'expérimentation thérapeutique à poursuivre.

M. *Er. Besnier* a été très-frappé des effets rapides de la propylamine dans six cas de rhumatisme articulaire aigu. Il l'a employée, et aussi avec succès, dans un rhumatisme blennorrhagique.

M. *Brouardel* cite également deux faits favorables à la propylamine. Le premier a trait à un malade qui avait eu antérieurement deux attaques de rhumatisme, lesquels avaient duré six semaines; cet homme est repris une troisième fois et guérit en une dizaine de jours après avoir pris la propylamine. Le second fait a été observé chez le domestique d'un de nos ambassadeurs, qui, pris d'un rhumatisme franc, a été débarrassé en deux ou trois jours de traitement.

—A la séance du 24 janvier, M. Beaumetz donne de nouveaux renseignements sur le produit que l'on trouve, sous le nom de propylamine, chez MM. Poulenc et Wittman. D'ici à peu de temps la propylamine pourra être obtenue à 80 francs le kilo, au lieu de 250 francs. De plus, M. Dessaigne a préparé avec la propylamine un sel fixe, de composition invariable, cristallisé, le chlorhydrate de triméthylamine, dont l'usage en thérapeutique serait plus commode si son action est identique avec celle de la propylamine. M. Beaumetz présente trois échantillons de ce sel, tirés l'un de la saumure de hareng, l'autre du *Chenopodium vulgare*, le troisième de l'urine humaine.

Quant au mode d'administration du médicament, on devait s'attendre à voir paraître au plus vite des préparations où sont plus ou moins habilement masqués le goût et l'odeur de la substance. C'est ainsi que M. Protière a déjà préparé des capsules et des dragées contenant chacune 5 centigrammes de propylamine.

M. *Beaumetz* ajoute encore un fait de guérison rapide d'un rhumatisme aigu à ceux qu'il a déjà présentés. Le malade, pris pour la deuxième fois de rhumatisme était guéri en huit jours, après cinq jours de traitement.

M. *Gombault* a réussi dans deux ou trois cas d'une manière aussi surprenante.

M. *Desnos* dit avoir expérimenté la propylamine en 1863 et en 1872 et n'avoir obtenu aucun résultat comparable à ceux annoncés par ses collègues.

M. *Champouillon* doute que des rhumatismes articulaires aigus puissent guérir en dix jours. Pour sa part, il a vu déjà employer beaucoup de médications dans le rhumatisme, et il reste, jusqu'à présent du moins, sceptique à l'égard de la propylamine.

La Société est d'accord pour renvoyer la discussion à ce sujet au moment où l'expérimentation, faite sur une plus large échelle dans les hôpitaux, aura fourni des éléments complets sur la question.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

M. le *Président* annonce la mort de M. Huguier, membre fondateur de la Société de chirurgie.

La séance est levée après la lecture du procès-verbal.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DISCUSSION SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. *Alphonse Guérin* reprend la discussion sur les rétrécissements du rectum. A côté de la question de médecine opératoire, il y a une autre question qui a aussi son importance, celle de l'étiologie. De quelle nature sont les rétrécissements du rectum? M. Trélat s'est demandé s'il ne serait pas possible de diagnostiquer les rétrécissements de nature tuberculeuse; M. Alphonse Guérin ne traitera point cette partie de la question. Il s'occupera surtout des rétrécissements syphilitiques du rectum. Costallat, Tanchou, puis M. Gosselin en 1854, ont admis que les rétrécissements syphilitiques succédaient aux chancres, et n'étaient point un accident constitutionnel de la syphilis. Le travail de M. Gosselin renferme douze observations; chez deux malades on a vu les chancres précéder immédiatement le rétrécissement du rectum; chez les autres malades on n'a pu suivre la filiation entre le chancre et le rétrécissement. Quand même cela serait, peut-on en conclure qu'il en est toujours ainsi? Évidemment non. Dans les hôpitaux (Midi, Lourcine), où l'on étudie les accidents primitifs de la syphilis, on a rarement l'occasion d'étudier les accidents tardifs de cette maladie; c'est à l'hôpital Saint-Louis qu'il faut les chercher. D'un autre côté, nous savons combien il est difficile de faire le diagnostic exact des ulcérations du rectum; chez la femme, en particulier, on trouve des ulcé-

rations anales lorsque toute trace de chancre a disparu à la vulve. Si dans certains cas les ulcérations anales sont superficielles, d'autres fois elles sont situées plus haut dans le rectum; leur diagnostic est alors plus difficile; et comment admettre qu'un chancre anal ira former un rétrécissement à 3 ou 4 centimètres de l'anus; il faudrait un phagédénisme bien prononcé. Si le chancre doit donner un rétrécissement du rectum, c'est à l'orifice anal et non plus haut; et ce rétrécissement ne sera pas circulaire. M. Alphonse Guérin ne peut pas admettre qu'il n'y ait de rétrécissements syphilitiques que ceux produits par des chancres; il y en a qui sont déterminés par les accidents tardifs de la syphilis.

Desault rapporte l'histoire d'une femme de quarante-six ans, qui eut la syphilis à l'âge de vingt ans; vingt-six ans après, elle éprouva tous les symptômes d'un abcès ouvert dans le rectum, et Desault reconnut un rétrécissement de cet organe. Il existait des périostoses en différents points du corps. Il est difficile de ne pas reconnaître là une manifestation de la syphilis, et ce n'est point un accident primordial de la maladie.

Il y a une grande analogie entre certains rétrécissements du rectum et les rétrécissements qui se produisent à l'extrémité supérieure du canal alimentaire, à l'isthme du gosier. Lorsque l'isthme du gosier est rétréci, on voit un épaississement et un œdème du voile et des piliers; fongosités en arrière de ces parties; le pharynx est saignant. Ou bien une gomme du voile du palais s'ouvre, l'ulcération s'étend, puis se cicatrise et amène un rétrécissement. Ces lésions n'ont pas été assez étudiées; beaucoup d'angines dites scrofuleuses reconnaissent cette cause et sont d'origine syphilitique. Les choses se passent de même au rectum. M. Alphonse Guérin a observé assez souvent des rétrécissements du rectum chez des malades atteints de syphilis constitutionnelle. Il y a quelques années, une malade se présenta à l'hôpital Saint-Louis, avec des douleurs rectales et une difficulté d'aller à la garderobe. Nasonnement de la voix, rétrécissement de l'isthme du gosier. La malade ne niait pas les antécédents syphilitiques. Au toucher rectal, les piliers du rectum sont roides, épaissis; hyperplasie des parois dans une grande étendue; rétrécissement manifeste, non annulaire, mais s'étendant assez haut; épaississement et induration des parois du rectum. Le doigt ramène du pus provenant de l'ulcération située au delà du point rétréci.

De ce que les rétrécissements résistent au traitement général antisyphilitique, ce n'est pas une raison pour en conclure qu'ils ne sont pas une conséquence des accidents constitutionnels de la syphilis. Une gomme peut disparaître sous l'influence de ce traitement, mais une fois le rétrécissement bien établi, le traitement antisyphilitique ne peut pas le faire disparaître; le traitement général ne peut donc que prévenir la formation des rétrécissements syphilitiques.

N'admettant pas une seule forme de rétrécissements, M. Alph. Guérin n'admet pas un traitement unique. Si le rétrécissement est annulaire, essayer la dilatation; les tentes, les mèches, réussissaient autrefois; c'est ainsi que Desault guérissait ses malades; peut-être avait-il eu affaire à des rétrécissements récents. Quand le rétrécissement est ancien, il faut recourir à l'incision. De même, certains rétrécissements de l'urèthre doivent être traités par la dilatation, et d'autres par l'incision. Faire la rectotomie interne quand il ne s'agit que d'un simple anneau, et la rectotomie externe lorsque les parois du rectum sont épaissies, quand le rétrécissement occupe une grande étendue. Mais lorsque les parois du rectum ne sont point indurées, M. Guérin ne voudrait point faire la rectotomie externe; il se contenterait des corps dilatants.

M. *Després* fait remarquer que M. Gosselin ne nie pas absolument les rétrécissements syphilitiques tardifs du rectum; mais, pour cet auteur, beaucoup de rétrécissements sont dus à une irritation vénérienne, conséquence des chancres vulvaires; à la suite des chancres de la vulve, il se fait une inflammation chronique du rectum qui conduit au rétrécissement. M. Després a vu des malades offrant une grande analogie avec ceux observés par M. Gosselin; il a vu des chancres remonter dans les plis de l'anus, gagner le rectum, pendant que l'extérieur guérit, et il reste une ulcération rectale: plus tard, le doigt découvre un rétrécissement. La plupart des malades observés par M. Després présentaient des condylomes à l'entrée de l'anus; plus haut, le doigt découvrait des colonnes charnues dures, et des mamelons séparés par des ulcérations; plus tard, ces lésions formaient un vrai rétrécissement avec des parois indurées. Ces rétrécissements suivent à trois ans de distance les chancres de l'anus. Chez un malade atteint de chancre phagédénique du rectum, les bords de l'ulcération s'étant rapprochés pour la cicatrisation, il se forma un rétrécissement valvulaire. Pour dire qu'un rétrécissement est la suite d'un accident tardif de la syphilis, il faudrait, dans les observations, indiquer le début réel de ce rétrécissement. Les observations recueillies par M. Després lui permettraient d'établir que les rétrécissements apparaissent entre la troisième et la quatrième année à partir du début de la syphilis.

M. *Verneuil* accepte mot pour mot ce qu'a dit M. Alphonse Guérin; il ne parlera pas non plus des rétrécissements de nature tuberculeuse; les ulcérations tuberculeuses du rectum sont fréquentes, mais ces ulcérations ne se cicatrisant pas le plus souvent, ne peuvent pas amener des rétrécissements. M. Verneuil croit comme M. Guérin à des origines multiples des rétrécissements du rectum. Ces rétrécissements, plus fréquents chez les sujets syphilitiques, peuvent se rencontrer chez des individus qui n'ont eu ni syphilis ni ulcérations vénériennes. Les ulcérations syphilitiques primitives du rectum peuvent amener des rétrécissements; M. Verneuil le croit sur la parole de M. Gosselin et de M. Després; mais il n'en a pas vu d'exemple. Ces auteurs disent que le rétrécissement peut succéder à des chancres phagédéniques, ou à des plaques muqueuses ulcérées. Cependant, l'ulcération qui succède au chancre phagédénique est à peu près inapte au tissu inodulaire; on sait qu'il n'y a pas de rétraction inodulaire après le chancre phagédénique. Dans le chancre induré, quand l'induration disparaît, il n'y a pas rétraction non plus; tout cela est à considérer. Les ulcérations syphilitiques ne donnent pas, ou presque jamais, naissance au tissu inodulaire. M. Verneuil ne s'explique donc pas que ces accidents donnent des rétrécissements du rectum. Et pour donner un rétrécissement sérieux, il faudrait supposer un chancre faisant le tour du rectum; en effet, dans les opérations, si l'on n'enlève pas plus de la moitié du cylindre muqueux du rectum, on n'a pas de rétrécissement; les chancres qui auraient cette étendue sont excessivement rares.

Quand un malade arrive à l'hôpital avec un rétrécissement du rectum, on trouve d'abord des condylomes à l'entrée de l'anus; puis des colonnes charnues entre lesquelles le doigt s'insinue à peine; on constate un épaississement énorme de la paroi rectale, suite d'une infiltration syphilitique tertiaire. A quoi succède cette infiltration plastique? Les gommes du rectum sont rares; et puis, les gommes cicatrisées ne donnent pas de tissu rétractile. M. Verneuil voit là une infiltration spécifique particulière, de même qu'il se fait des infiltrations tertiaires dans la glande testiculaire. Cette infiltration plastique de la paroi rectale et du tissu voisin forme une virole solide qui se rétracte à son tour. M. Verneuil a aussi observé le rétrécissement valvulaire chez un malade atteint de chancre et de fissure anale, sous l'influence de la fissure, contraction spasmodique, et les fibres supérieures du sphincter finissent par former une valvule qui ne se dilate plus.

— M. *Demarquay* présente un lipome sous-parotidien enlevé sur un homme de cinquante ans. Il y avait une sensation manifeste de fluctuation; la parotide étant mise à nu, on ne trouva rien; mais la sensation de fluctuation persistait. La parotide fut incisée et le lipome, du volume d'un œuf de

poule, fut facilement énucléé. Il était situé sous l'angle de la mâchoire. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic.

Une discussion s'engage sur la nature exacte de la tumeur, et sur le siége sous-parotidien ou intra-parotidien de cette tumeur. La carotide externe paraît avoir été protégée par un reste de la glande parotide, selon M. Panas; M. Paulet croit le lipome intra-parotidien; M. Lannelongue le fait anté-parotidien.

— M. *Verneuil* présente une hydatide solitaire. Un jeune homme vint à la consultation pour une tumeur mobile, indolente, peu lobulée, située sous la peau au niveau du bord antérieur du muscle pectoral. M. Verneuil diagnostiqua un lipome; c'était un kyste hydatique.

Société de biologie.

ACTION DU LINGUAL SUR LA CORDE DU TYMPAN. — DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX. — EMPLOI DE LA POMPE STOMACALE DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC. — SUR LA DISPOSITION DES PÔLES DES COURANTS CONTINUS DANS CERTAINES MYÉLITES.

Laissant de côté, pour y revenir avec quelques détails, les communications de M. Paul Bert et de MM. Tillaux et Laborde sur l'action de l'oxygène à une forte pression et les injections d'air dans la circulation, nous signalerons brièvement les communications faites dans les deux dernières séances de la Société de biologie.

Le 18 janvier, M. Vulpian rapporte que l'excitation du nerf lingual chez un chien sur lequel la corde du tympan et le nerf dentaire inférieur ont été coupés, ne produit pas d'action notable sur la glande sous-maxillaire, tandis que l'excitation de la corde du tympan amène l'hypersécrétion de la glande sous-maxillaire.

M. Lépine communique l'observation d'un malade mort d'hémorrhagie cérébrale, ayant présenté une déviation conjuguée des yeux du même côté que l'hémiplégie. Ordinairement, suivant MM. Charcot et Vulpian, la déviation conjuguée a lieu du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de l'hémorrhagie. Or, dans ce cas, la déviation siége du côté droit, l'hémiplégie à droite, et la couche optique gauche est le siége d'une hémorrhagie. Mais il coexistait dans ce cas une hémorrhagie intra-ventriculaire considérable. De plus, l'hémiplégie à droite consistait symptomatologiquement en une insensibilité du membre supérieur avec perte de mouvement de tout le côté droit; de sorte que M. Vulpian pense qu'il y avait lésion du pédoncule cérébral. Ajoutons qu'il y avait une maladie de Bright, et qu'en définitive le cas est en lui-même fort complexe.

—La séance du 25 janvier nous fournit deux communications qui ont un intérêt clinique et pratique tout particulier.

M. Leven rapporte deux observations très-curieuses, dans lesquelles il a mis en application un moyen de traitement fort usité en Allemagne, par Kussmaül. Cet auteur, dont le mémoire a été publié dans les Archives générales de médecine (avril et mai 1870), a rapporté douze observations d'emploi de la pompe stomacale pour les cas de dilatation de l'estomac due à des rétrécissements du pylore, à des cicatrices d'ulcères et même à des dégénérescences des parois de l'estomac.

M. Leven paraît être le premier médecin qui ait appliqué le procédé de l'aspiration du liquide contenu dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne introduite jusque dans ce viscère, et de l'aspiration au moyen de la seringue. De même que Kussmaül, M. Leven injecte dans l'estomac de l'eau de Vichy, pratiquant le lavage de la muqueuse gastrique. Le premier malade avait une dilatation énorme de l'estomac, il remplissait deux à trois cuvettes par ses vomissements quotidiens; il ne pouvait plus se nourrir, et était menacé de mourir d'inanition; pendant deux mois on pratiqua l'aspiration, mais dès les premiers jours le malade digérait de la viande. Il fut complétement guéri par le traitement. Dans un second cas, l'amélioration a été très-notable.

Le liquide qui remplissait l'estomac et avait amené la dilatation fut examiné avec soin : chez le premier malade, il était acide, ne contenait pas d'albumine ; chez le second, il était tout à fait neutre. M. Leven, appelant l'attention sur ces particularités, pense qu'il y a lieu de revenir sur l'ancienne classification des dyspepsies en acides et alcalines, puisque des litres de liquide neutre peuvent remplir l'estomac. En tous les cas, le traitement de la dilatation de l'estomac peut et doit être tenté par un procédé qui ne présente pas de difficultés d'application.

M. Charcot, à ce sujet, fait allusion aux observations de Kussmaül; il déclare que, dans plusieurs cas de dilatation de l'estomac chez des vieillards, il n'a pas obtenu de résultats satisfaisants.

— M. Onimus communique un fait qui montre les conditions dans lesquelles les courants continus doivent être appliqués dans certains cas de myélite.

On sait que MM. Legros et Onimus ont établi, comme règle générale, que les courants continus descendants appliqués sur le rachis diminuent les actions réflexes médullaires dans les myélites, et que les courants ascendants augmentent ou favorisent les actions réflexes; en d'autres termes, il faut mettre le pôle positif à la nuque et le pôle négatif sur le rachis, au-dessous du premier.

Il y a des exceptions à cette règle, et la pratique a montré qu'en suivant ces indications, on n'obtient pas toujours l'effet sédatif recherché. M. Onimus pense qu'on peut expliquer ces exceptions; en effet, étant donnée une myélite siégeant à la partie moyenne de la moelle, comme cela semblait exister chez un malade qu'il a observé, il peut arriver qu'on obtienne avec des courants descendants des effets très-différents suivant la distance des deux pôles.

Placez le pôle positif à la nuque, le pôle négatif à la partie moyenne du rachis, mais au-dessus du siége présumé de la myélite, le courant agit comme sédatif; il diminue les actions réflexes et la règle générale est confirmée. Au contraire, placez le pôle positif à la nuque, le négatif à la région lombaire, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous de la lésion, le courant dit sédatif, loin de calmer les actions réflexes, peut les exciter.

L'explication physiologique de ce fait est la suivante : dans ce second procédé, la lésion interrompt la transmission descendante par la moelle du pôle positif au négatif, tandis que le pôle négatif excite directement le segment de la moelle situé au-dessous de la lésion.

Comme l'a fait remarquer M. Charcot, une indication nette sur le mode d'application des courants continus est fort utile à recueillir; c'est pourquoi nous la formulons de nouveau : Dans les cas de myélite pouvant être localisée à la partie moyenne de la moelle, les courants descendants produisent d'excellents effets, à la condition qu'on placera les deux rhéophores au-dessus du siége de la lésion, le pôle positif étant naturellement porté le plus haut possible.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Influence des variations locales de la température sur la température générale du corps. — Température de l'hydrocèle, par le docteur M. Huppert.

L'observation si connue de Hunter sur la température de la tunique vaginale dans l'hydrocèle, a été souvent citée comme une preuve de l'influence que l'élévation de la température en un point enflammé peut avoir sur la température générale. On sait que Hunter trouvait seulement 33°,3 C. comme température de la tunique vaginale au moment de l'ouverture de

celle-ci, tandis que le jour qui a suivi l'opération et l'application d'une mèche la température était de 37°,1 C. Nous avons cité les recherches de B. Schmidt (voy. *Gaz. hebd.*, 1868, 27 mars, p. 205), qui montrent que la température du liquide de l'hydrocèle est relativement basse, inférieure à celle de la peau, et indépendante des influences qui refroidissent ou échauffent la peau même du scrotum.

Cette fois, le docteur Max Huppert a étudié comparativement la température locale et la température générale. Le cas dans lequel il a fait ces observations est une opération d'hydrocèle volumineuse. L'auteur s'est servi du thermomètre introduit dans la tunique vaginale incisée comme moyen d'excitation mécanique devant amener l'inflammation adhésive, de sorte que le procédé d'exploration devenait le moyen thérapeutique.

Des mensurations thermométriques, prises jour par jour comparativement dans la cavité vaginale et dans le rectum ou l'aisselle, ont permis à l'auteur les conclusions que nous analysons ou dont nous développons certains points.

La température de la cavité vaginale est inférieure de 2 à 4 degrés à la température du corps : aussitôt après l'évacuation du liquide elle mesure de 33 à 35 degrés C. dans la vaginale au lieu de 36 à 37 degrés C.

C'est la confirmation de la première partie de l'observation de Hunter.

Certaines parties de la tunique vaginale ont une température plus élevée. Ainsi, au niveau de la peau du scrotum la température étant de 32°,5 à 33 degrés, elle s'élève à 35 degrés, 35°,2 C. au niveau du testicule et de l'os pubis.

L'irritation mécanique produite par les mouvements du thermomètre élève en quelques heures la température de la vaginale ; cette augmentation est de 1°,5 à 2°,5 C., en même temps que la température générale s'élève de 0°,5 C. seulement.

La température générale s'accroît en même temps que la température locale, mais la température générale offre toujours un chiffre absolu plus élevé que la température locale.

En effet, le deuxième jour, la température prise sur le testicule étant au maximum 37°,1 C., la température de l'anus est de 38°,3 à 38°,7.

De sorte que si les températures locale et générale s'accroissent en même temps, la différence entre les deux ne reste pas constante, la température locale s'élève relativement plus que la température générale. Dans tous les cas, il se semble pas possible d'admettre une production locale de chaleur suffisant à expliquer l'élévation générale de la température. Une démonstration directe prouve donc cette fois que la chaleur des parties enflammées ne peut être la cause même de la chaleur générale, c'est-à-dire de la fièvre. Le foyer inflammatoire ne peut, comme on l'a déduit de l'expérience de Hunter, être la source suffisamment active de l'élévation totale.

Les observations de Huppert confirment celles de Hunter et de Schmidt sur la température basse de la tunique vaginale dilatée par l'hydrocèle, enlèvent toute valeur à cet argument tiré de l'élévation de la chaleur dans les parties enflammées pour expliquer la fièvre, puisqu'on ne saurait admettre qu'une partie n'atteignant pas même la température de l'anus serait la cause d'une élévation de 1 à 3 degrés dans la température générale.

Ce fait offre une importance réelle dans l'étude de la fièvre traumatique et de l'élévation de la température à la suite du traumatisme. (*Archiv der Heilkunde*, 40e année, 1 Heft, 2 janvier 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur Bourneville. — A. Delahaye, 1872.

Nous trouvons, dans la première partie de ce travail, des recherches intéressantes sur la marche de la température dans les hémorrhagies cérébrales et les ramollissements, et sur les indications qu'on peut en tirer pour le diagnostic si difficile encore de ces différentes lésions.

Les résultats de ces recherches, beaucoup plus nets dans l'hémorrhagie cérébrale que dans le ramollissement, peuvent se résumer en quelques mots. Trois cas peuvent se présenter : 1° L'hémorrhagie est foudroyante ; on n'observe alors qu'un abaissement considérable de la température. 2° L'hémorrhagie se termine par la mort dans une période qui varie de dix à vingt-quatre heures. Dans ce cas, on observe, après le refroidissement initial, une élévation rapide et considérable de la température, qui peut atteindre 42 degrés et quelques dixièmes. 3° L'hémorrhagie n'est terminée par la mort qu'au bout de quelques jours ; on voit alors à l'abaissement initial succéder une période stationnaire, pendant toute la durée de laquelle la température oscille autour d'un chiffre un peu supérieur ou égal à celui de la température normale. Cette période stationnaire peut durer quelques jours, puis survient une période ascendante qui se continue jusqu'à la mort. C'est ordinairement dans les cas où les foyers hémorrhagiques sont peu étendus et n'envahissent pas les ventricules que cette période stationnaire se prononce davantage.

Quand la maladie doit guérir, la température revient peu à peu au chiffre physiologique et s'y maintient. On est autorisé, par contre, à porter un pronostic fâcheux quand on voit la température s'élever rapidement. Ce fait d'observation n'avait pas d'ailleurs échappé à Trousseau, qui l'avait signalé dans sa clinique.

La température est à son maximum au moment de la mort, et il semble qu'en pareils cas, le refroidissement du cadavre marche avec une lenteur toute spéciale. Nous voyons qu'au bout de deux heures, le refroidissement *post mortem* n'était que de 2/10e de degré.

Ce dernier résultat aurait cependant besoin d'être constaté par des observations thermométriques comparatives faites chez des sujets qui auraient succombé à d'autres maladies.

Dans le ramollissement, les résultats fournis par l'exploration thermométrique sont moins concluants. Tout d'abord les faits de ramollissement foudroyant sont, on le sait, fort exceptionnels. Dans les cas rapides, l'abaissement initial est beaucoup moins prononcé que dans les cas analogues d'hémorrhagie. Il est rare que la température descende au-dessous de 37 degrés, tandis qu'elle peut tomber à 35,4 dans l'hémorrhagie.

La période stationnaire a, dans le ramollissement, une allure toute différente de celle qu'elle présente dans l'hémorrhagie. Elle est beaucoup plus irrégulière, offrant des rémissions et des oscillations plus ou moins étendues.

La période ascendante est plus tardive dans le ramollissement. Sa marche est moins rapide. Enfin la température terminale n'atteint pas les chiffres élevés de l'hémorrhagie, et paraît descendre plus vite après la mort.

On voit donc que les courbes thermométriques diffèrent dans l'hémorrhagie et dans le ramollissement du cerveau, et que cette différence peut tout au moins aider et fournir une donnée sérieuse au diagnostic.

C'est la conclusion que M. Bourneville a tirée d'observations nombreuses, prises avec un soin particulier et dont la lecture offre plus d'un genre d'intérêt.

Dans un deuxième fascicule, le même auteur publie le résultat de ses recherches thermométriques dans l'urémie, l'é-

clampsie puerpérale, l'épilepsie et l'hystérie. Nous en résumons également les principales conclusions.

Dans l'*urémie*, quelle que soit sa forme, on observe un abaissement progressif et considérable de la température centrale. Cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale. Dans certains cas, la température tombait, dans le rectum, au-dessous de 31° cent. Chez un malade, on enregistra, après plusieurs vérifications, le chiffre véritablement extraordinaire de 30°,1, et, après la mort, 28,1.

Éclampsie. — 1° Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début jusqu'à la fin.

2° Dans les intervalles des accès, la température reste élevée et augmente au moment des convulsions.

3° Si la terminaison doit être fatale, la température continue de s'élever. Elle revient au chiffre normal si la maladie tend à la guérison.

On saisira facilement l'intérêt de ces recherches si l'on considère qu'on établit encore aujourd'hui des rapports fort étroits entre l'urémie et l'éclampsie, et que beaucoup d'auteurs considèrent les attaques épileptiformes de l'éclampsie comme une forme particulière d'urémie.

Comme nous venons de le voir, les conclusions fondées sur la thermométrie sont tout à fait différentes. Dans l'urémie, quelle que soit sa forme, convulsive ou autre, la température baisse dès le début jusqu'à la fin et même après la mort. Dans l'éclampsie, la température s'élève au début, et dans l'état de mal et au moment de la mort; de telle sorte qu'à ce moment, chez un urémique, on a constaté 28°,1, et chez une éclamptique 43 degrés. De pareils écarts de température ne peuvent appartenir à des maladies assimilables. Il y a là, en outre, dans les cas douteux, les éléments d'un diagnostic souvent difficile.

La troisième partie du travail de M. Bourneville est consacrée à l'étude de la température dans l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie. Cette partie n'est pas terminée; nous reviendrons plus tard sur ces intéressantes recherches.

VARIÉTÉS.

Grades universitaires en vente. — Un de nos confrères de Paris nous communique la lettre suivante, adressée à son concierge, lequel utilise, en exerçant la profession de masseur, les loisirs que la *loge* ne réclame pas. On va voir comment ce *cerbère*, déjà muni de deux têtes, peut à bon marché s'en procurer une troisième, selon la règle :

Monsieur,

Si vous désirez obtenir d'une Université célèbre d'Amérique le grade et le diplôme de docteur en médecine, veuillez me le faire savoir, et je vous indiquerai mes conditions.

En attendant votre réponse, recevez mes civilités empressées.

Signé : Médicus,
46, King Street,
Jersey (Angleterre).

A cette lettre était annexé un fragment de journal contenant l'annonce ci-jointe :

PROMOTION AUX DEGRÉS UNIVERSITAIRES SANS DÉPLACEMENT.

OCCASION UNIQUE.

Les personnes désireuses d'obtenir les titres de docteur, bachelier et maître dans les différentes Facultés qui font partie de l'enseignement supérieur ou des études professionnelles comme professeurs, membres de sociétés savantes, chimistes, dentistes, étudiants, musiciens et artistes, peuvent s'adresser à MEDICUS, rue du Roi, 46, à JERSEY (Angleterre), par lettre affranchie, qui donnera gratuitement toutes les informations nécessaires.

On pourrait croire tout d'abord qu'il s'agit d'une mystification; malheureusement il n'en est rien, et il n'y a là qu'un exemple des incroyables abus auxquels a donné lieu, en Amérique, la liberté absolue de l'exercice et de l'enseignement de la médecine. Dans un pays où chacun peut de son chef se faire médecin, où l'on ne peut s'imposer à la confiance publique par un titre légal dont l'obtention soit entourée de garanties réelles, officielles, on cherche tout naturellement à remplacer ce parchemin par d'autres ayant l'apparence de titres scientifiques. On conçoit donc qu'à côté d'universités, de sociétés, d'académies vraiment dignes de la science qu'elles honorent, il s'en crée beaucoup d'autres dont le but est de favoriser le charlatanisme en donnant, moyennant finances, des titres que le public, trompé par une similitude préméditée, confond facilement avec les titres sérieux; et l'on comprend, par exemple, sans qu'il soit besoin de passer l'Atlantique, que le public lisant l'annonce d'un médicament approuvé par l'*Académie nationale* puisse croire qu'il s'agit de l'*Académie nationale de médecine.*

Les abus que cette lettre met en lumière n'intéressent pas seulement ceux qui, regardant la liberté absolue et l'absence de toute règle comme une panacée universelle, réclament la liberté absolue de l'exercice de la médecine, la liberté absolue de l'enseignement supérieur, la suppression de tout ce qui est *officiel*, c'est-à-dire de tout ce qui est créé et surveillé par l'État, agissant comme le représentant légal et autorisé de l'universalité des citoyens; ils n'intéressent pas seulement ceux qui veulent l'abolition des titres, des Facultés, des Académies, et qui oublient que dans notre pays le travail, le concours, l'élection par ses pairs, ouvrent à tous les portes de ce monde, dit officiel; ces abus intéressent vivement tous, même dans l'état actuel des choses.

Dans presque tous les pays de l'Europe, Angleterre, Autriche, Allemagne, Russie, un médecin étranger ne peut exercer que s'il s'est soumis aux examens donnant droit au titre légal dans le pays même. La France, plus libérale, se montre moins exigeante; on ne croit même pas utile de demander à un jury d'examen, à une Faculté, son avis sur l'opportunité d'admettre un étranger à la libre pratique; et depuis plusieurs années nous voyons la simple signature d'un ministre livrer la santé et la vie de nos concitoyens à des étrangers qui n'ont même pas dans leur pays le droit d'exercer la médecine. Il y a peu d'années encore, Iéna et Giessen, qui ne donnaient aux *Allemands* le titre de docteur qu'après un examen sérieux qui méritait le nom de *rigorosum*, l'accordaient aux étrangers *in absentia*, et à prix d'argent. Ce diplôme, vendu *honoris causa*, n'avait, il est vrai, aucun effet en Allemagne; mais il donnait à des étrangers le moyen d'obtenir de nos ministres le droit d'homicider légalement les citoyens français. Aujourd'hui encore, que le seul titre légal en Allemagne est depuis longtemps celui de médecin-praticien (*Arzt*), aujourd'hui que le titre de docteur ne donne que le droit de se présenter aux examens d'état pour obtenir le titre de *Arzt*, à combien d'ignorants étrangers n'a-t-on pas permis de pratiquer la médecine en France, grâce à la confusion que créait la similitude lexicologique, mais non scientifique du titre de docteur!

Ce qui existe pour l'Allemagne existe à un plus haut degré encore pour l'Amérique. Médecins, chirurgiens américains (sans compter les dentistes) foisonnent à Paris; il est temps d'arrêter cette invasion qui dure depuis trop longtemps; il est urgent qu'une loi nouvelle vienne couper court à tous ces abus, en ne conférant le droit légal d'exercer la médecine en France qu'à ceux qui ont passé devant une de nos Facultés un ou plusieurs des examens probatoires exigés pour le doctorat. Nous savons du reste que la Société de médecine du VIIIe arrondissement (Élysée) prépare en ce moment sur ce sujet une pétition à l'Assemblée nationale.

Association générale. — M. le président Tardieu vient d'adresser à MM. les députés de l'Assemblée nationale, au nom du conseil général, sur la composition des commissions administratives des hôpitaux, une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. LÉGISLATION DES EAUX MINÉRALES. TRAVAIL DES NEFANTS DANS LES MANUFACTURES. — On sait que l'Académie de médecine est saisie, par un rapport de M. Gubler, de la question de l'inspectorat des eaux minérales. Il importe qu'elle mette bientôt à son ordre du jour une question qui fait du chemin à l'*Assemblée nationale*, où vient d'être votée (séance du 24 janvier) la prise en considération de la proposition de M. Parent et de quelques-uns de ses collègues, concluant à la suppression de l'inspectorat (V. le rapport de M. Talon sur cette proposition, *Gaz. hebd.*, 1872, p. 446).

L'ASSEMBLÉE NATIONALE s'occupe aussi, d'une manière active, de la loi sur le travail des enfants dans les manufactures. C'est une grave question sur laquelle la GAZETTE HEBDOMADAIRE ne fera pas défaut, non plus que sur la précédente.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (année 1873).

Le jeudi 27 février 1873, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie dans les hôpitaux et hospices.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de *onze heures à trois heures*. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 3 février, et clos le samedi 15 février, à trois heures.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — La séance annuelle a eu lieu dimanche dernier, sous la présidence de M. Nélaton.

Ont été nommés, pour 1873 : *président*, M. Nélaton; *vice-présidents*, MM. Béclard et Gueneau de Mussy; *secrétaire annuel honoraire*, M. Laloy.

Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1872.

RECETTES :

Fonds de secours 30 972.	Rente 3 p. 100.	19 326	»
	Cotisations (portion du fonds de secours)	11 646	»
Fonds de réserve 43 085 95.	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve).	6 695	»
	Don et legs.	35 030	»
	Reliquat de l'année 1871 . . .	1 360	95
	Total.	74 057	95

DÉPENSE ET EMPLOI :

Secours à 6 sociétaires et 29 veuves ou enfants de Sociétaires.	24 390	»
Secours à 29 personnes étrangères à l'Association.	4 650	»
Recouvrements des cotisations.	558	»
Frais d'impression.	420	»
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses. . .	810	85
Achat de rente 3 p. 100.	42 234	80
Total.	73 063	65

BALANCE

Recettes	74 057	95
Dépenses.	73 063	65
Reste.	994	30

Cette séance a été marquée par un incident qui n'est pas sans importance. M. Orfila, après avoir annoncé un legs de 1500 francs de rente par M. Louis, et un don de 10 000 fr. par M. Nélaton, a demandé dans son rapport qu'il ne fût plus capitalisé, sur la cotisation de chaque sociétaire que 4 francs au lieu de 8. Cette proposition, votée déjà par la commission générale, a été rejetée, au scrutin, par l'assemblée, après une longue discussion et plusieurs épreuves douteuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — L'importante question de la reconstruction de l'École de médecine, agitée depuis plusieurs années, semble devoir être favorablement résolue dans un avenir prochain. Le savant doyen, M. Wurtz, a déjà constaté les bonnes dispositions de la ville de Paris et de l'Assemblée nationale. Celles du ministre de l'instruction publique sont acquises depuis longtemps.

Pour intéresser plus vivement l'Assemblée à cette œuvre si utile dont il poursuit depuis cinq ans la réalisation, M. Wurtz avait prié les membres de la réunion des médecins, membres de l'Assemblée, présidée par M. Littré, de vouloir bien visiter, dimanche 26 janvier, les locaux de la Faculté de médecine. Douze d'entre eux, parmi lesquels nous citerons MM. Littré, Bouisson, Théophile Roussel, Testelin, se sont rendus à cette invitation. Ces messieurs, accompagnés de M. Wurtz et des chefs de service, ont visité pendant trois heures les amphithéâtres, les collections, la bibliothèque, les laboratoires; ils ont été unanimes à constater leur insuffisante.

Puis le doyen leur a exposé le plan d'agrandissement projeté et proposé par les soins des architectes de la ville de Paris. Ce projet a reçu l'assentiment des médecins de l'Assemblée, et il y a lieu d'espérer qu'ils pourront facilement convaincre à leur tour leurs collègues lorsque arrivera la discussion du budget.

— AVIS. Bonne position de médecin vacante dans la commune d'Arron (Eure-et-Loir), embrassant sept ou huit communes environnantes. Rapport annuel 7 ou 8000 francs. Allocation fixe de 1200 fr. par la Société de secours mutuels. — S'adresser à M. Petit, 16, rue de Condé, Paris.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 18 au 24 janvier 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 17 — Typhus, 0. — Érysipèle, 13. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 53. — Dysenterie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 269. — Affections chroniques, 356 (1). — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 17. — Total, 852.

Londres : Décès du 12 au 18 janvier 1873, 1143. — Variole, 6; rougeole, 6; fièvre scarlatine, 12; diphthérie, 5; croup, 10; coqueluche, 28; fièvre typhoïde, 18; diarrhée, 11; bronchite, 140; pneumonie, 47; érysipèle, 8.

(1) Sur ce chiffre de 356 décès, 167 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS DE L'ÉDITEUR.

Les quittances des abonnements pour 1873 viennent d'être remises par nous aux banquiers qui se chargent d'en faire opérer le recouvrement dans les départements.

Celles relatives à la GAZETTE HEBDOMADAIRE et au BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE seront présentées *à jour fixe* le 20 février.

Celles des autres recueils médicaux édités par notre maison seront présentées vers le 10 février.

Le présent avis ne concerne naturellement ni les abonnés qui nous ont déjà soldés ou fait solder, ni ceux qui ont fait réunir leurs abonnements en une traite au 10 février, ni les abonnés de l'étranger que nous prions de nous couvrir directement ou par l'intermédiaire de leur libraire.

G. M.

Paris. — SOMMAIRE. Clinique hospitalière. — Relapsing fever : M. Potain. — Traitement de la métrite : M. Gallard. — **Cours publics.** Clinique médicale : Leçons sur les urines. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Influence des variations locales de la température sur la température générale du corps. — Température de l'hydrocèle. — **Bibliographie.** Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. — **Variétés.** Grades universitaires en vente.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 6 février 1873.

Assemblée nationale : DU TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES MANUFACTURES.

Nous avons déjà (numéro du 29 novembre) étudié cette question. L'intérêt qui s'y attache est tel, qu'on ne saurait craindre d'y revenir, à ce moment surtout où elle est envisagée sous toutes ses faces par les orateurs les plus autorisés de l'Assemblée nationale. Le côté qui nous intéresse ici plus spécialement est celui des inconvénients que peut avoir un travail mal réglé pour la santé et le développement de l'enfant. Nous n'oublions pas, cependant, qu'il y a là une question complexe, et que plusieurs intérêts respectables sont en présence. Il ne s'agit pas seulement de voir ce qui conviendrait le mieux au jeune ouvrier; mais il faut aussi envisager l'intérêt des parents, celui de l'industrie. Il s'agit de concilier, autant que possible, ces exigences diverses, et l'on ne doit pas se dissimuler qu'il y a de tous côtés des sacrifices à faire. Il y aura, quoi qu'on fasse, des intérêts froissés, et il faut s'attacher de préférence à respecter ceux qui s'imposent au législateur. Un des orateurs, M. Féray, l'a dit, en des termes qui lui font honneur : « des deux intérêts engagés dans la question, l'un, celui de l'industrie, est considérable; l'autre, celui des classes ouvrières, est sacré, et nécessairement il doit dominer le premier ».

Il s'agit tout d'abord de savoir si l'on peut exiger douze heures de travail d'un enfant de douze ans.

Au point de vue hygiénique, médical, on peut répondre hardiment par la négative. Il serait difficile de contester la valeur des arguments qui ont été produits dans ce sens par l'un des orateurs les plus compétents de l'Assemblée, M. le docteur Théophile Roussel. On a beau soutenir que le travail exigé des enfants est peu fatigant, qu'il n'oblige pas à un grand déploiement de forces musculaires; on oublie que le fait seul d'une station aussi prolongée, et devant une machine qui ne repose pas, est dangereux pour un enfant dont les os ne sont pas consolidés, au moins dans leurs épiphyses. L'attention continuelle qu'on lui demande et qu'il faut exiger absolument, devient une véritable fatigue qu'il ne soutient pas sans danger.

La commission propose la limite de treize ans, à défaut de celle de quatorze ans qu'elle aurait voulu obtenir. Elle voudrait qu'au-dessous de cet âge on ne pût pas exiger un travail de douze heures.

Sans méconnaître absolument les avantages qu'il y aurait, au point de vue physiologique et hygiénique, à adopter le vœu de la commission, les adversaires de cette proposition ont mis en avant plusieurs objections, et l'une des principales est le tort causé aux familles par la non-valeur prolongée de l'enfant. On craint encore d'apporter une perturbation trop sensible dans les habitudes de l'industrie, d'émettre une loi absolument impraticable.

C'est pour répondre à ces arguments que M. Joubert a proposé d'introduire dans les manufactures françaises le travail à *mi-temps*, auquel on pourrait employer les enfants dès l'âge de dix ans. Dans cette combinaison, l'enfant ne serait assujetti qu'à un travail de six heures. Il partagerait sa journée entre l'usine et l'école, et pourrait atteindre ainsi, avec profit pour son instruction, et sans préjudice sérieux pour les intérêts de la famille, la limite de treize ou quatorze ans à laquelle on voudrait reculer l'âge du grand travail.

Cette proposition a été vivement combattue; mais nous avouons que parmi les arguments qui lui ont été opposés, il n'en est aucun qui nous ait paru irréfutable. On a prétendu que le travail à *mi-temps* était impraticable. Mais cette difficulté insurmontable n'existerait donc que chez nous. Cette disposition existe en Angleterre et en Prusse, et l'on s'en trouve bien. En Angleterre, aucun enfant au-dessous de treize ans ne peut travailler dans les ateliers plus de six heures et demie par jour. En Prusse, l'enfant ne peut être occupé plus de six heures avant l'âge de quatorze ans. Il en est de même dans certains cantons suisses. On voit qu'autour de nous on fait une part autrement large aux besoins de l'enfant, et ces concessions sont le fait d'études prolongées, d'expériences multiples, d'améliorations successives. Ce sont des règlements qui ont subi l'épreuve du temps, dont on a reconnu la sagesse, qui ne sont pas, selon toute apparence, nuisibles à la prospérité de l'industrie.

Est-il vrai, comme on l'a dit, que l'enfant, une fois introduit dans l'atelier, ne puisse revenir avec fruit à l'école et qu'il y devienne même une cause de trouble et d'indiscipline pour les autres écoliers. La fréquentation de l'atelier ou de l'usine abolirait-elle donc aussi rapidement toute idée de discipline et de déférence? Ce serait alors le cas de prolonger autant que possible la fréquentation de l'école où l'enfant recevrait une empreinte plus profonde de principes opposés. Mais ce sont là évidemment des arguments de circonstance, et de pareilles difficultés n'arrêteraient personne.

Nous avons rencontré, dans le cours de cette discussion, une opinion qui nous a paru singulièrement hasardée. N'a-t-on pas soutenu que des enfants de douze ans, après une journée de douze heures, pouvaient poursuivre leur instruction dans les écoles du soir? Une simple addition faite par M. Joubert a montré ce qu'une telle assertion avait d'irréfléchi. Douze heures de travail avec les deux heures de repas font une journée de quatorze heures. Il reste à l'enfant dix heures pour son sommeil, son souper, pour le trajet de son domicile à l'usine, pour les soins, malheureusement trop sommaires, qu'il pourra prendre de sa personne. Où voit-on le temps qu'il

pourra consacrer à la fréquentation de l'école? Dans quel traité d'hygiène a-t-on puisé les principes d'un pareil régime! Nous voyons bien qu'un des membres de l'Assemblée a mis en regard du régime du jeune ouvrier celui du collégien soumis à un travail de onze à douze heures et « couché sur des pupitres à déchiffrer du grec ou du latin ». Nous ne trouvons là que deux faits déplorables, chacun de leur côté, et qui ne se justifient pas par la nécessité en ce bas monde de « tout acheter par des sacrifices ». Ces sacrifices doivent être condamnés quand ils portent sur le développement, sur les forces, sur la santé. Ce ne sont pas là matières à sacrifice, et nous ne croyons pas que le régime des colléges puisse servir de critérium à quelque régime que ce soit. Il appelle des réformes sérieuses; on s'en préoccupe de tous côtés, et nous avons la ferme espérance que les projets d'amélioration qui se produisent ne resteront pas stériles et aboutiront quelque jour à une salutaire réforme. Laissons donc l'argument à sa valeur.

En résumé, l'objection tirée des besoins de la famille et des intérêts de l'industrie trouve sa réponse dans l'institution du travail à demi-temps qui permet d'employer des enfants plus jeunes et met plus de sujets à la disposition de l'industriel.

La commission n'avait pas seulement à s'occuper de la limite d'âge. Il fallait aussi qu'elle réglât le travail de nuit et le travail des femmes.

Le travail de nuit est éminemment antihygiénique, mais il est nécessaire à l'industrie. Il ne s'agit pas de le supprimer, il faut le rendre aussi peu dangereux que possible. On reconnaît tout d'abord que le travail de nuit ne peut employer que des sujets suffisamment résistants. La limite d'âge adoptée pour les garçons est celle de seize ans. Pour le médecin elle n'est pas suffisamment reculée.

Quant aux femmes, on propose de leur interdire le travail de nuit. Il y a là une grosse question : on objecte que cette défense est préjudiciable à la liberté de la femme. Mais, d'un autre côté, quand on considère tous les inconvénients qu'entraîne dans le ménage l'absence de la femme pendant la nuit, le dénûment du foyer, le trouble jeté dans la famille, on se sent en présence d'intérêts d'une telle importance qu'on est disposé à approuver le projet de la commission. Le travail de nuit, si pénible, si ruineux pour l'homme, est incomparablement plus fatigant pour la femme, et il est telles circonstances où il devient véritablement dangereux. Un médecin n'admettra jamais, par exemple, qu'une femme grosse puisse affronter de pareilles fatigues; elle encourrait des dangers sérieux au double point de vue de sa propre santé et de l'avenir de sa grossesse. Rappelons qu'à la veille de la révolution de 1848, une loi protectrice des femmes, leur interdisant le travail de nuit, avait été votée par la Chambre des Pairs. Les événements en annulèrent l'effet.

Nous n'avons pas épuisé les réflexions que comporte la grave question du travail des enfants. Il faudrait montrer à l'aide de recherches, de statistiques bien faites, les résultats qu'il exerce sur le développement de l'enfant, sur sa santé, son avenir, sa mortalité. En adoptant le projet de la commission, on ne fera qu'un pas dans une carrière où nos voisins nous ont précédés et nous précéderont encore. C'est là ce qu'il faut bien savoir. Ce qu'on nous propose de faire aujourd'hui, d'autres l'ont fait; ils ont fait plus que nous. Demain encore ils nous devanceront, et leur prospérité industrielle n'a rien à envier à la nôtre. Tout ce qui touche à l'enfant, cette matière première de tout progrès, doit éveiller notre sollicitude. De pareils intérêts méritent bien quelques sacrifices. Il n'y a qu'un avis à cet égard dans l'Assemblée et dans le public.

Blachez.

COURS PUBLICS

Médecine pratique.

La syphilis chez la femme. — Troubles nerveux de la période secondaire. (Leçons professées à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.)

(Fin. — Voy. les numéros 40 et suiv., 1872, et 1 et 4, 1873.)

II

Il n'est pas, messieurs, que le système cérébro-spinal sur lequel réagisse la syphilis pour y déterminer divers désordres. Le système nerveux sympathique ou ganglionnaire peut être aussi affecté par elle; il l'est même assez fréquemment, chez la femme du moins, dans le cours de la période secondaire.

Ce sont les troubles apportés par la syphilis dans ce dernier système qu'il nous reste à étudier actuellement.

I. Parmi les manifestations de ce genre, je vous signalerai en première ligne un ordre de phénomènes des plus curieux et se reliant à l'influence encore obscure de la syphilis sur les fonctions les plus intimes de l'organisme; je veux parler des *troubles de caloricité.*

Ces troubles secondaires des fonctions des caloricité consistent en ceci :

1° Des *refroidissements partiels*, des *algidités locales*, circonscrites surtout aux extrémités des membres;

2° Des *sensations plus générales de refroidissement*, de froid intérieur, paraissant intéresser tout l'organisme.

Le simple énoncé de ces phénomènes vous dit assez, messieurs, que nous allons aborder un champ d'étude inexploré. Et cependant, chose bizarre, ces troubles de caloricité ne sont pas de découverte récente. On les trouve signalés çà et là dans quelques observations déjà anciennes. Seulement on ne s'y est jamais arrêté — je ne sais pourquoi, — on n'a jamais tenté de les rattacher à une influence syphilitique.

Comme symptomatologie, ces accidents sont des plus simples, ainsi que vous allez en juger.

1° Le premier n'est rien autre qu'un *abaissement de la température normale des extrémités.* Cet abaissement de température a ses degrés. Il peut être léger, moyen, excessif. Dans le premier cas, les extrémités sont fraîches simplement; dans le second, elles sont froides; dans le troisième, elles sont véritablement glacées.

Je vous ai déjà montré plus d'une vingtaine de nos malades affectées de ces singulières algidités périphériques. Permettez que je vous en présente encore deux autres aujourd'hui.

La première est une jeune femme qui a contracté la syphilis il y a cinq ou six mois. Elle s'est négligemment traitée, comme la plupart des malades que nous recevons ici, et depuis trois semaines elle subit une poussée assez intense d'accidents divers : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, céphalée, troubles nerveux multiples. Depuis le même temps environ, elle a été prise, à son grand étonnement, d'un *froid continu* des extrémités; ses mains et ses pieds sont « toujours glacés », dit-elle, et « elle ne peut parvenir à les réchauffer ». Veuillez vous rendre compte par vous-mêmes du phénomène. En touchant les mains ou les pieds de cette femme, vous serez surpris de la sensation de froid que vous éprouverez. Cet état algide des extrémités est, je vous le répète, continu chez cette malade. Il persiste même au lit.

Voyez maintenant cette seconde malade. Elle est syphilitique depuis un an, et nous l'avons déjà traitée ici même, il y a quelques mois, pour de légers accidents secondaires. A peine guérie, elle nous a quittés, bien entendu, et ces jours derniers elle a été ramenée vers nous par de nouvelles manifestations (syphilide papuleuse, syphilides vulvaires et buccales, céphalée, fièvre à accès intermittents, insomnie, alopécie, etc.). Or, coïncidemment avec ces derniers symptômes, il s'est produit un *refroidissement* notable des extrémités, lequel peu à peu a dégénéré en une algidité véritable. Les mains de cette femme, que je touche en ce moment, sont absolument froides, froides comme un marbre, comme la peau d'un cholérique ou d'un cadavre. Les pieds également sont refroidis au même degré. L'avant-bras et la jambe donnent aussi à la main une sensation de fraîcheur insolite. La chaleur normale ne reparaît guère que vers la racine des membres.

Ces algidités périphériques ne sont pas très-rares ici. Nous en observons en moyenne une vingtaine de cas par année, si ce n'est plus.

Elles sont généralement circonscrites aux *mains* et aux *pieds*. Parfois elles se continuent, en s'atténuant, sur le segment inférieur de l'avant-bras et de la jambe. Quand elles sont très-intenses, elles peuvent se prolonger un peu plus haut vers la racine des membres, s'affaiblissant toujours de plus en plus à mesure qu'elles s'éloignent des extrémités.

Légères ou moyennes, elles ne constituent qu'une singularité sans la moindre importance. Mais s'exagérant, atteignant un haut degré, elles créent une incommodité réelle, pénible même, et s'accompagnent de certains troubles. Les mains deviennent « *gourdes* » et comme percluses par le froid; elles perdent leur agilité habituelle et ne sont plus capables d'un travail délicat. C'est ce dont se plaignent nos malades, en nous disant « qu'elles ne peuvent plus ni coudre, ni enfiler leurs aiguilles, que leurs mains sont comme mortes, qu'elles sentent à peine ce qu'elles ont entre les doigts, etc... ».

L'exploration thermométrique rend un compte exact de cet abaissement de la température périphérique. Ainsi, tandis qu'en moyenne la température de la main (déterminée par l'application d'un thermomètre spécial à cuvette plate) oscille sur un sujet sain entre 30 et 36 degrés centigrades, celle qu'on obtient par le même procédé sur ces malades algides descend à 28, 26, 25 et jusqu'à 23 (1).

Non-seulement donc le thermomètre démontre un abaissement bien réel de la chaleur périphérique et confirme en cela l'impression perçue par le simple toucher, mais il témoigne de plus que cette chute de température peut être *considérable* en certains cas.

2° A ces refroidissements locaux s'ajoute parfois un autre phénomène dont il me reste à vous entretenir. Celui-ci consiste en une *sensation générale de froid*.

Ce second phénomène n'est pas moins simple que le premier. Il se réduit à un sentiment de froid interne et général, ayant tout le corps pour siége, et n'offrant en somme rien de plus spécial qu'un refroidissement vulgaire, que le refroidissement, par exemple, qu'on éprouve à la suite d'un changement de temps, d'un abaissement subit de température.

Souvent léger et éphémère, il est peu remarqué ou passe même inaperçu. Mais s'accentuant davantage, il devient une incommodité réelle dont se plaint la malade. « C'est singulier, vous dit-elle alors, depuis quelque temps j'ai toujours froid; j'ai beau me couvrir, me chauffer, me tenir au coin du feu, je me sens toujours glacée ». Bien des fois j'ai constaté ici ce curieux phénomène sur des femmes de mon service qui, même en été, se couvraient comme en hiver, s'enveloppaient frileusement de châles et de couvertures, gardaient constamment le lit « pour avoir moins froid », se refusaient à descendre dans les cours « par peur de l'air », réclamaient incessamment des boules d'eau chaude, et témoignaient en un mot autant par leur habitus que par leurs dires d'une sensation vraiment étrange de refroidissement continu.

En quelques cas bien plus rares, exceptionnels même, cette sensation de froid interne (qui coïncide toujours, inutile de l'ajouter à nouveau, avec des refroidissements périphériques facilement appréciables) s'exagère encore et devient un véritable *état algide*, qui se complique de frissons, de tremblements, de claquements de dents, etc. — J'avais dans mon service, l'été dernier, une malade affectée de ce symptôme bizarre à un degré vraiment extraordinaire. Par une température tropicale dont tout le monde souffrait, elle se disait *gelée* et grelottait d'un bout du jour à l'autre. Ses extrémités étaient froides, cholériques. Pendant une quinzaine de jours elle resta dans cet état sans parvenir à se réchauffer.

Qu'ils se présentent sous l'une ou l'autre des formes que je viens de vous décrire, qu'ils soient objectifs ou subjectifs, ces troubles de calorification ne peuvent évidemment se produire que par l'intermédiaire de la circulation. Il faut donc, quand ils existent, que la circulation soit affectée, modifiée, et c'est en effet ce que démontre l'observation. Le pouls des malades sur lesquels on surprend de tels symptômes perd de son amplitude, de sa force normale, et cela proportionnellement à l'intensité des phénomènes algides. Il devient alors *petit*, comme si l'artère avait subi un retrait. Lorsque l'algidité est extrême, il en arrive même à être à peine sensible, filiforme, misérable.

Les phénomènes d'algidité syphilitique sont généralement assez rebelles. Il est rare qu'ils se dissipent en moins de deux à quatre semaines; le plus habituellement ils se prolongent avec des rémissions ou des intermissions irrégulières, pendant deux mois, trois mois, et au delà. La médication spécifique n'exerce même sur eux qu'une action assez lente et ne les modifie qu'au prix de doses élevées, bien supérieures à celles qui suffisent à influencer les manifestations extérieures et communes de la diathèse.

Ces accidents n'ont pas de gravité par eux-mêmes; ils n'ont, en certains cas, qu'une gravité *apparente*, qui pourrait donner le change et faire penser à des phénomènes pernicieux. Toutefois ils comportent indirectement, au point de vue de la diathèse, un pronostic actuel assez défavorable. Il est d'observation, en effet, qu'ils ne se produisent guère que dans certaines formes de syphilis secondaire à déterminations multiples et rebelles, affectant d'emblée les fonctions splanchniques, et éprouvant les malades bien plus rudement, bien plus sérieusement que ne le fait une vérole vulgaire à symptômes extérieurs.

Comme origine, enfin, comme pathogénie, il est bien certain que ces accidents dérivent du système nerveux; il est vraisemblable même, pour préciser davantage, qu'ils doivent tenir à un trouble morbide du *grand sympathique*. Cette dernière opinion n'est qu'une hypothèse, assurément; mais c'est une hypothèse en harmonie avec les données de la physiologie

(1) On sait que la détermination des températures périphériques est une recherche des plus délicates, qui exige l'emploi d'instruments spéciaux d'un maniement difficile et peu pratique. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai dû me satisfaire d'un procédé moins exact, mais suffisant dans l'espèce. J'ai fait construire dans ce but un thermomètre à mercure, dont la boule inférieure est remplacée par une large cuvette aplatie en forme de pièce de monnaie, épaisse de 2 à 3 millimètres et mesurant en diamètre 2 centimètres et demi environ. Ce thermomètre se prête à être appliqué sur une surface plate, telle que le métacarpe, le métatarse, la face dorsale des doigts, etc. — Pour obtenir une indication de cet instrument, je l'applique sur le pied ou la main, je le recouvre d'ouate, afin de le préserver de la température extérieure, puis, après l'avoir bien fixé par quelques tours de bande, je le laisse en place pendant vingt à trente minutes. Je note la température à ce moment. — Comme terme de comparaison, j'ai toujours soin d'appliquer ce thermomètre successivement sur deux malades placées dans les mêmes conditions de température ambiante, l'une affectée d'algidités périphériques et l'autre exempte de tout phénomène de ce genre. La différence des résultats obtenus dans ces deux expériences correspond à l'abaissement de température déterminé par la maladie.

Ce procédé, certes, ne fournit la température vraie des extrémités ni à l'état morbide ni à l'état sain. Mais il permet une comparaison, un rapport; il donne des indications *relatives* cliniquement suffisantes, les seules en somme que nous ayons intérêt à constater.

contemporaine, avec les expériences nombreuses qui représentent le grand sympathique comme présidant aux fonctions de circulation locale et réglant par l'intermédiaire de ses filets vaso-moteurs la température propre de chaque partie du corps.

II. C'est encore à des troubles de même ordre et de même provenance qu'il convient sans doute, messieurs, de rapporter certains autres phénomènes assez communs de la période secondaire, tels que les suivants.

Nombre de malades, nombre de femmes surtout, à cette époque de la diathèse, se plaignent d'éprouver de temps à autre des *frissons* passagers. Ces frissons ont pour caractère de se produire inopinément, sans cause, soit dans la journée, soit plus spécialement *la nuit*;—ils durent peu, quelques instants, quelques minutes, une minute même, mais se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés; — ils sont peu intenses et consistent moins, à vrai dire, en des frissons réels qu'en des frissonnements, des horripilations éphémères; — ils se relient souvent à une sensation de froid plus ou moins durable, mais d'autres fois ils existent indépendamment de tout péhnomène de cette nature, etc...

Que peuvent être de tels symptômes? N'est-il pas rationnel de les considérer comme l'effet d'un trouble circulatoire et de les rattacher par suite à quelque névrose du grand sympathique?

III. Absolument opposé comme apparences, mais identique comme nature, comme origine, est un autre phénomène qu'il n'est pas rare d'observer à la même période de la diathèse. Celui-ci consiste en des *bouffées de chaleur* qui se portent tout à coup à la tête et se répandent « comme des vapeurs » en différentes parties du corps. Ces sortes de « congestions », comme les appellent les malades, se produisent d'une façon tout aussi inopinée que les frissons dont je vous parlais tout à l'heure, soit dans l'exercice, soit au repos, soit même au lit. Toujours très-passagères, elles ne durent pas au delà de quelques instants, mais elles fatiguent et inquiètent souvent les malades par leurs répétitions fréquentes.

Il est à croire qu'elles relèvent, ainsi que les accidents qui précèdent, d'un trouble de l'innervation vaso-motrice. Elles rappellent, en effet, comme nature de phénomènes, les congestions locales qu'on développe artificiellement en coupant les filets du grand sympathique. Relisez à ce sujet, messieurs, les curieuses expériences de Pourfour du Petit, de Claude Bernard, de Brown-Séquard, etc., et dites-moi s'il n'existe pas entre les résultats de ces expériences et les diverses manifestations morbides que nous étudions actuellement la plus frappante et la plus curieuse analogie.

IV. Enfin un dernier phénomène de même ordre complète la série de ces manifestations singulières et peu connues.

Les femmes syphilitiques sont très-sujettes à des *sueurs*, à des *poussées sudorales*, se produisant en diverses conditions et sous diverses formes que voici.

Tantôt ces sueurs sont *générales* et *intermittentes*. Elles surviennent alors, soit surtout dans l'état de veille, soit pendant le sommeil. Dans le premier cas, elles se manifestent dès que les malades prennent un peu d'exercice, dès qu'ils marchent, dès qu'ils montent un escalier, qu'ils font un léger mouvement; parfois même elles apparaissent au repos, au lit, sans la moindre provocation, et cela quel que soit d'ailleurs l'état de la température ambiante, en hiver comme été, à l'air libre comme dans un appartement clos. — Plus souvent encore elles ont pour caractère de ne se produire que *pendant la nuit*. Nombre de nos malades nous racontent ainsi, à notre visite du matin, qu'elles ont été réveillées la nuit par des « poussées de sueurs extraordinaires », assez abondantes parfois pour mouiller le linge et les draps.

Ces sueurs sont passagères. Elles peuvent ne durer que quelques instants. Elles sont sujettes, en revanche, à de fréquents retours, et se répètent parfois à maintes et maintes reprises dans le cours de la journée ou de la nuit.

Tantôt, au contraire, ce sont des *sudations continues* et *partielles* que l'on observe, localisées presque exclusivement aux extrémités des membres. Voyez comme exemple cette jeune malade. Je n'ai pas besoin de vous dire si elle est syphilitique; le seul aspect de son visage vous a déjà édifiés sur ce point. Indépendamment de l'éruption que vous apercevez, cette femme est affectée d'une foule de manifestations spécifiques et surtout de troubles nerveux : céphalée, névralgies et douleurs névralgiformes multiples, insomnie, analgésie, tremblement, accès fébriles, etc. Or, coïncidemment avec ces divers phénomènes, elle a été prise, depuis une quinzaine de jours environ, d'un état sudoral continu des extrémités, notamment des extrémités supérieures. Touchez ses mains, vous serez étonnés de les trouver absolument humides, mouillées, baignées de sueur et d'une sueur qui perle incessamment par fines gouttelettes, comme une rosée. Ce curieux incident est tout nouveau pour cette malade, ainsi qu'elle l'affirme très-formellement; aussi s'en plaint-elle avec amertume, car « jamais elle n'a été sujette, dit-elle, à semblable désagrément ».

C'est là, messieurs, un phénomène qu'il n'est pas rare de rencontrer en relation chronologique avec des poussées de syphilis secondaire. Impossible donc de ne pas le rattacher à une influence diathésique, quelque singulière que puisse paraître cette filiation au premier abord.

Cette forme de sueurs continues affecte surtout, je vous le répète, les extrémités des membres, notamment la face palmaire des mains. Je ne l'ai jamais observée sur le visage, non plus que sur le tronc.

Elle comporte divers degrés. Tantôt elle ne consiste qu'en une simple moiteur; tantôt à un degré extrême, comme chez la malade que je viens de vous présenter, c'est une véritable *rosée de sueur* qui baigne incessamment les pieds et les mains.

Cette *hyperidrose secondaire*, comme je l'ai appelée (de ὑπερ en excès, et ἱδρως sueur), persiste toujours un temps assez long. Je ne l'ai jamais vue durer moins de plusieurs semaines. Souvent elle se prolonge deux, trois mois, voire même davantage en quelques cas.

On a voulu considérer les états sudoraux de la syphilis secondaire comme un résultat de la chloro-anémie que détermine souvent la diathèse à cette période. (Chacun sait en effet combien les sudations sont fréquentes chez les sujets anémiques et plus encore chez les cachectiques.) Je ne saurais accepter cette opinion, pour ma part. Il est possible, certes, que l'anémie syphilitique, quand elle existe, prédispose à ces sueurs et en favorise la production; mais, à coup sûr, elle ne les explique pas dans tous les cas. La preuve, c'est qu'on les observe souvent sur des sujets qui ne sont rien moins qu'anémiques, chlorotiques ou cachectiques. Pour moi, les sueurs syphilitiques se produisent sous une influence *directe* de la diathèse, au même titre que toute autre manifestation spécifique.

Et comment s'exerce cette influence? Nul doute qu'elle ne dérive encore du système nerveux ganglionnaire, lequel, comme l'enseigne la physiologie contemporaine, tient sous sa dépendance les fonctions sécrétoires, la sécrétion de la sueur en particulier.

Tel est, messieurs, le groupe des manifestations diathésiques qu'on peut rationnellement imputer à un trouble survenu dans le système ganglionnaire. Ce groupe complète la série des accidents *nerveux* de la syphilis, à la période secondaire.

Nous n'en avons pas fini toutefois avec cet ordre d'accidents. Plus d'une fois encore, en effet, nous aurons à reconnaître l'intervention du système nerveux dans les troubles morbides de diverses fonctions et dans la pathogénie de symptômes multiples qu'il me reste à vous faire connaître. La fièvre syphili-

tique, par exemple, n'est vraisemblablement que la réunion d'un certain nombre de phénomènes identiques avec ceux que nous venons d'étudier. C'est elle qui fera l'objet de notre prochaine réunion.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edw. Clarke et R. Amory (de Boston). — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Seconde partie.

(Fin. — Voyez les numéros 1 et 5.)

Hystérie. — Dans le traitement des attaques d'hystérie ordinaire, il vaut mieux avoir recours à des agents thérapeutiques, tels que les lotions froides, les inhalations d'éther et tous ceux qui sont connus sous le nom d'*antispasmodiques*, qu'au bromure de potassium; si pourtant il s'agit d'attaques épileptiformes, l'emploi de ce médicament sera presque toujours couronné de succès. On les traitera comme l'épilepsie mais durant moins longtemps; six mois à un an suffiront, suivant la gravité du cas et le temps écoulé depuis le début de la maladie jusqu'au commencement du traitement.

Comme prophylactique de l'hystérie sans complication de convulsions épileptiformes, le traitement bromuré rend parfois de précieux services. La dose continue calme les tempéraments hystériques ou névropathiques et les réprime si bien que les tracas inévitables de la vie journalière et les sujets quotidiens de contrariété n'arrivent plus que rarement à produire une crise. Je pourrais citer bien des observations à l'appui de ce que j'avance; mais je ne ferais ainsi qu'augmenter les dimensions de ce travail, qui a déjà de beaucoup dépassé les limites dans lesquelles je l'avais primitivement conçu.

En administrant dans les cas d'hystérie la dose continue, le médecin doit se rappeler qu'elle n'a pas une action curative, mais simplement sédative sur le système nerveux, dont elle diminue momentanément l'excitabilité anormale. Pour combattre la cause morbide, il est nécessaire d'accompagner l'administration du bromure d'une autre médication. Souvent moral, ce traitement doit d'autres fois être diététique ou hygiénique, parfois tonique, parfois aussi purement local.

Cette dernière remarque en appelle une autre au sujet de l'opinion émise par M. Voisin. L'auteur dit que le bromure de potassium guérit l'épilepsie. D'abord le mot *guérir* est impropre à indiquer l'action d'un médicament; en second lieu, il me semble que l'action du bromure sur l'épilepsie, de même que sur l'hystérie, est simplement de différer suffisamment les attaques pour donner au travail d'assimilation le temps de réparer le tissu nerveux, de manière à l'empêcher de retomber sous le joug de l'épilepsie. Lorsqu'un chirurgien applique une attelle sur un os brisé, l'attelle maintient l'os et permet ainsi à la fracture de se consolider. Le bromure de potassium est à la moelle d'un épileptique et aux centres nerveux d'une hystérique ce que l'attelle est à l'os fracturé : on calme la moelle pendant un temps assez long pour lui permettre de revenir à la santé si la chose est possible. On ne peut pas plus dire de l'attelle que du bromure qu'ils guérissent, quoiqu'ils le puissent faire indirectement.

L'avantage pratique que je trouve à considérer ainsi l'action du médicament est le suivant : en maintenant le système nerveux de son malade sous l'empire de la dose continue, le médecin qui conservera cette notion dans son esprit pourra surveiller attentivement la question tout aussi importante du travail d'assimilation.

On n'applique guère le bromure de potassium au traitement de la chorée, et cependant, donné concurremment avec la solution arsenicale de Fowler, il rend dans cette maladie d'excellents services.

6° Du bromure de potassium envisagé comme sédatif dans la congestion des centres nerveux. — Brown-Séquard, Laborde, Voisin et d'autres ont démontré (et j'ai déjà beaucoup insisté sur ce point) que les artérioles de l'axe cérébro-spinal se contractent sous l'influence du bromure de potassium, de façon que les centres nerveux renferment alors moins de sang qu'ils n'en contiennent d'ordinaire. Que ce soit l'effet de l'action directe de ce sel sur les extrémités centrales ou périphériques des nerfs ou sur les capillaires sanguins eux-mêmes, c'est là une question dont l'intérêt est plutôt physiologique que thérapeutique. Le fait dont l'importance doit surtout frapper le médecin est que le bromure de potassium lui fournit un moyen de diminuer dans des limites définies et à son gré la quantité de sang qui circule à travers le cerveau et la moelle. Cette action donne l'explication des phénomènes physiologiques, et par conséquent des indications thérapeutiques énoncées plus haut. Il ne reste plus grand'chose à dire sur ce sujet; notons cependant ce fait, que dans les cas d'irritation ou de douleur spinales, et dans toutes les névralgies qui dépendent d'une congestion de la moelle, il y a évidemment indication d'administrer la dose continue assez longtemps pour rétablir d'une façon permanente la circulation dans les centres nerveux. Je l'a souvent employée dans ce but avec le plus grand succès.

Lorsque j'ai traité de l'utilité de la dose continue dans diverses maladies, je n'ai pas parlé de son emploi dans les affections utérines et ovariennes, parce que j'ai cru qu'il valait mieux réserver ce sujet pour maintenant. Tous les médecins connaissent bien les névralgies, l'excitabilité réflexe et l'hyperesthésie qui si souvent accompagnent ces maladies. Outre le traitement local nécessaire, quel qu'il soit, il n'y a peut-être pas de médicament qui apporte plus de soulagement à ces fâcheux symptômes. Mais il faut se souvenir, et c'est là une raison suffisante pour aborder maintenant ce sujet, que la névralgie, l'excitabilité réflexe et l'hyperesthésie consécutive à l'irritation et à la congestion spinales, peuvent exister dans la sphère utérine sans qu'il y ait trace d'affection locale. Ces symptômes n'impliquent pas nécessairement l'existence de troubles dans les organes génitaux de la femme, et par conséquent n'exigent pas toujours un examen local. Lorsqu'ils dépendent d'une congestion de la moelle, on doit attendre de la médication bromurée un succès bien plus complet et bien plus durable que lorsqu'ils sont dus ou joints à une maladie ovarienne ou utérine; dans le premier cas un traitement local ferait plus de mal que de bien. Très-souvent, surtout chez les jeunes filles, il vaut mieux essayer la dose continue de bromure avant de recourir à un examen local.

Antagonisme du bromure de potassium et de la strychnine. — M. Saison (thèse de Paris, juillet 1868) a appelé l'attention sur l'antagonisme physiologique du bromure de potassium et de la strychnine. L'antagonisme est très-manifeste dans l'action de ces deux substances sur la moelle et sur le bulbe, et très-peu marqué dans leur action sur le cerveau. Sous l'influence du bromure, les capillaires se contractent, le bulbe et la moelle s'anémient. La strychnine, au contraire, dilate les capillaires et produit la congestion de ces mêmes parties. Le bromure calme et repose; la strychnine, au contraire, provoque des convulsions. Le premier produit la détente nerveuse et diminue l'excitabilité réflexe; le second augmente cette excitabilité et provoque la contraction.

M. Saison dit : « J'ai fait de nombreuses expériences comparatives sur l'antagonisme de ces deux agents, injectant de la strychnine dans un membre et du bromure dans l'autre. Il y eut des convulsions et de l'engourdissement tétanique, avec allongement du pied strychnisé. Il n'y avait ni convulsion, ni distension de l'autre pied. Peu de temps après j'injectai un mélange des solutions de strychnine et de bromure; les convulsions furent très-faibles et durèrent moins. Les animaux vécurent plus longtemps qu'après l'injection d'une dose égale

de chacun de ces agents pris séparément. J'ai pu conserver la vie pendant plus d'une heure à une grenouille strychnisée en lui injectant de temps en temps du bromure de potassium. »

Ici comme ailleurs l'observation clinique complète et confirme l'expérimentation physiologique. Lorsqu'on administre simultanément ces deux agents à un individu, il faut, pour produire leur action spécifique, une plus forte dose de chacun d'eux que s'ils étaient donnés séparément. Mon attention a été appelée pour la première fois sur cet antagonisme par le professeur Brown-Séquard, dans une consultation que j'eus avec lui. Je l'ai depuis remarqué plusieurs fois. Ordinairement on ne doit pas administrer le bromure et la strychnine en même temps; cependant il serait logique de les donner simultanément si l'on voulait obtenir le maximum de l'action du bromure sur le cerveau et le bulbe et son action minima sur la moelle. Par cette administration simultanée on combat l'influence du bromure sur la circulation de la moelle, mais non sur celle du cerveau. La strychnine exerce son action minima sur le cerveau et son action maxima sur la moelle. On peut avoir à diminuer certaines congestions cérébrales, particulièrement celle de la substance grise, tout en conservant autant que possible la nutrition, pour prévenir l'anémie spinale. Lorsqu'on emploie le bromure en pareil cas l'addition de strychnine combat l'action du premier sur la moelle sans exercer son influence sur la circulation encéphalique. Telle est, en tout cas, la meilleure explication que je puisse donner de l'heureuse action simultanée qu'ont parfois ces deux médicaments, dont l'action physiologique sur la moelle est si opposée.

L'observation suivante, rapportée par le docteur Charles B. Gillespie, de Freeport (Pensylvanie), donne un exemple clinique de l'antagonisme physiologique de ces deux agents et de l'annihilation des effets toxiques de la strychnine par le bromure de potassium.

Obs. VIII. — Je fus appelé le 17 décembre à la campagne, à quelques milles de Boston, pour un homme qui, au dire de la personne qui vint me chercher, avait été frappé d'une attaque accompagnée de violentes convulsions. Je trouvai le malade étendu sur la face, sur un petit lit roulant. Ses mains serraient convulsivement le bois de son lit, et au moindre mouvement de ceux qui l'entouraient il était agité des plus violents spasmes cloniques. En relevant sa tête, je reconnus le malade pour un individu qui était allé le matin même acheter à mon commis 3 grains de strychnine, pour tuer les rats, disait-il. Il était évident qu'il avait pris lui-même le poison, et le malheureux m'avoua qu'il avait avalé *presque toute la strychnine* quelques heures auparavant, ce qu'il regrettait vivement. Il me supplia de le sauver, promettant solennellement que s'il en réchappait cette fois il ne ferait plus jamais une pareille tentative. Cette courte explication fut interrompue une demi-douzaine de fois par des convulsions extrêmement violentes. Son pouls dur et petit était à 70, la respiration bonne. Toute la surface du corps était très-froide, l'expression de la face anxieuse, la vue et l'ouïe parfaitement normales. La grande difficulté pour lui donner à boire était d'approcher la tasse de sa bouche sans provoquer des convulsions; mais lorsqu'on y était arrivé il en avalait le contenu convulsivement et à pleines gorgées. Il n'était guère maître de ses bras; dès qu'il laissait aller ses poings sur le bois de son lit ceux-ci s'agitaient violemment et continuaient ainsi jusqu'à ce que le malade fût arrivé à saisir quelque chose de résistant et d'immobile. Les mouvements convulsifs devenaient manifestement plus violents et plus répétés et commençaient à envahir les muscles respirateurs. N'ayant pas sur moi le médicament que je désirais, je lui donnai une cuillerée à café d'extrait liquide de jusquiame et, me hâtant de courir chez moi, j'en rapportai *une once* de bromure de potassium que je fis dissoudre dans *trois onces* d'eau. J'ordonnai *une demi-once* de cette solution toutes les trente minutes, et j'avais tant de confiance dans son efficacité en pareil cas que je laissai à un des domestiques le soin d'administrer le médicament avec des instructions précises. Je ne revins que le lendemain matin voir le malade, que je trouvai hors de danger. Les attaques avaient notablement diminué de fréquence et d'intensité, et lorsqu'il eut pris la dernière dose de bromure, à minuit, il put se lever sans le secours de personne et se promener dans sa chambre. Les seuls effets fâcheux qui fussent restés étaient une excessive prostration musculaire et nerveuse avec un léger frisson convulsif qui disparut complétement dans la journée. En trente-six heures il fut debout et reprit ses occupations.

Il est regrettable que l'observation ci-dessus n'indique pas la quantité totale de bromure pris par le malade. Chaque demi-once (16 grammes) de la solution contenait 80 grains (4 grammes), et l'on devait lui en administrer cette dose toutes les demi-heures. Nous ne savons pas pendant combien de temps il en a pris; nous pouvons penser qu'il en a ingéré plus d'une demi-once en deux ou trois heures, et peut-être l'once tout entière.

BROMURE D'AMMONIUM

Action physiologique. — En étudiant l'action physiologique du bromure d'ammonium sur l'organisme, on a reconnu qu'au point de vue de son absorption et de son élimination il se comportait absolument de la même manière que le bromure de potassium. On peut donc à ce sujet appliquer au premier ce qu'on a dit du second. On a remarqué la même rapidité d'absorption et d'élimination, variant également avec les différents états de l'estomac et de son contenu. Le goût du bromure d'ammonium est plus fortement salé et plus désagréable que celui du bromure de potassium; on le prend par conséquent moins volontiers. Après l'ingestion, l'estomac tolère aussi bien l'un que l'autre; cela est vrai du moins pour les doses faibles. En grande quantité, le sel ammonique irrite plus la muqueuse que le sel potassique. On peut, si cela est nécessaire, les ordonner simultanément : ils traverseront l'économie et en sortiront aussi vite que s'ils étaient absorbés séparément.

Il ressort des recherches des physiologistes que le bromure d'ammonium, introduit dans l'organisme, exerce sur lui une action semblable à celle du bromure de potassium. On peut le donner dans le but d'émousser la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge et du palais, de diminuer la sensibilité cérébro-spinale ou de calmer la sensibilité réflexe générale. Il peut aussi produire de l'acné sur la peau, comme le fait si souvent l'autre bromure. Il affaiblit l'activité intellectuelle. Si on l'administre à doses fortes et continues, il produit une sorte d'hébétude et de stupeur. Le docteur Brown-Séquard pense que le bromure d'ammonium a une influence spéciale sur la moelle allongée et sur la partie supérieure de la moelle épinière; il en a déduit quelques indications thérapeutiques importantes.

Mais malgré la similitude d'action physiologique de ces deux sels, la saveur plus désagréable et les propriétés plus irritantes du bromure d'ammonium rendent son administration moins facile que celle du bromure de potassium.

Action thérapeutique. — Le bromure d'ammonium n'est guère employé seul. Quelques médecins l'ont recommandé dans l'asthme, et il peut certainement rendre service dans cette maladie en diminuant l'action spasmodique, et surtout en calmant l'hyperesthésie du pharynx et du larynx. Il a été recommandé également dans les maladies nerveuses, et particulièrement dans celles du système ganglionnaire et dans les hypertrophies glandulaires. D'après les résultats de mon expérience personnelle, je le crois égal en valeur thérapeutique au bromure de potassium.

Pour obtenir son pouvoir thérapeutique maximum il faut le joindre et non le substituer au sel de potassium. Je n'ai pas remarqué que l'action hypnotique de la dose unique de ce dernier agent fût augmentée quand on l'associait au bromure d'ammonium, mais l'influence sédative que la dose continue de bromure de potassium exerce sur le pouvoir réflexe du système nerveux paraît très-notablement accrue par cette association des deux médicaments. 10 grains (50 centigrammes) de bromure de potassium et 3 à 5 grains (15 à 25 centigrammes) de bromure d'ammonium donnés ensemble trois fois par jour exercent une influence sédative plus grande que 12 ou 15 grains (60 à 75 centigrammes) de l'un ou de l'autre administrés trois fois par jour séparément. Le professeur Brown-Séquard a le premier attiré l'attention sur l'augmentation de l'effet sédatif obtenu par l'association de ces médicaments. (*Lectures on the diagnosis and treatment of fonctionnal nervous affections*, p. 86, 87.)

J'ai observé, dit-il, un fait très-curieux en employant simultanément le bromure de potassium et le bromure d'ammonium.

J'ai acquis la certitude que sans produire aucun des phénomènes qui constituent ce qu'on appelle le bromisme (c'est-à-dire l'anesthésie de la gorge, des narines, etc., faiblesse, surtout dans le cou et la colonne vertébrale, perte de la volonté, somnolence, stupeur, etc.), je pouvais donner dans un jour 60 grains de bromure de potassium et 30 de bromure d'ammonium; tandis que si je remplaçais les 30 grains de ce dernier sel par 20 grains du premier, de façon à donner en tout 80 grains de bromure de potassium, le bromisme apparaissait ordinairement; et si, au lieu des 60 grains de bromure de potassium j'ajoutais aux 30 grains de bromure d'ammonium de 20 à 25 grains de ce dernier sel, je produisais encore du bromisme. De sorte que 90 grains, c'est-à-dire une dose plus grande des deux médicaments pris ensemble, ne produisent pas de bromisme, tandis qu'une dose plus faible de l'un d'entre eux employé seul le déterminera. Si nous regardons le bromisme comme un effet fâcheux, et si nous appelons effet heureux l'influence favorable de ces médicaments sur l'épilepsie et les autres névroses, nous pouvons dire qu'en les associant à certaines doses on augmente leur action favorable en diminuant leurs effets fâcheux. Etcheverria, au contraire, dit qu'il « n'a trouvé aucun avantage notable à combiner le bromure d'ammonium avec le bromure de potassium, et que ce mélange rend encore plus odieux au palais du malade la saveur déjà si désagréable de la solution bromo-potassique ». Mon expérience personnelle, fondée moins sur le traitement de l'épilepsie que sur celui des névroses en général, me porte à admettre l'opinion du professeur Brown-Séquard. Le mélange des deux sels exerce une influence sédative plus heureuse que chacun d'eux séparément. Il est intéressant et instructif de comparer à ce propos les règles proposées par Voisin pour l'administration du bromure de potassium aux épileptiques avec celles que donne Brown-Séquard pour l'administration du mélange ci-dessus dans le traitement de la même maladie. La similitude des deux opinions augmente la valeur de chacune d'elle.

Brown-Séquard s'exprime ainsi (*op. cit.*, p. 83) :

« Les règles relatives au traitement de l'épilepsie à l'aide des bromures de potassium et d'ammonium, employés ensemble ou séparément, sont si importantes, que je saisis cette occasion de les énoncer rapidement, remettant les détails au moment où je traiterai spécialement de l'épilepsie. Ces règles sont les suivantes :

» 1° On peut éviter pendant le jour le sommeil causé par le médicament en n'en donnant dans la journée que des doses relativement faibles, et une beaucoup plus forte assez avant dans la soirée.

» 2° Les quantités des deux médicaments doivent être assez grandes pour produire une anesthésie manifeste, sinon complète, de l'arrière-gorge et de la partie supérieure du larynx et du pharynx. Ces quantités sont, suivant l'idiosyncrasie du malade, de 45 à 80 grains de bromure de potassium et 28 à 45 grains de bromure d'ammonium lorsqu'on ne donne que l'un de ces sels, et une moindre dose de chacun d'eux, mais surtout du second quand on les administre tous les deux ensemble.

» 3° Considérant que le bromure de potassium (et aussi le bromure d'ammonium, quoique à un degré moindre) produisent rarement un bon effet sur l'épilepsie sans donner en même temps naissance à une éruption d'acné sur la face, le cou, les épaules, etc., et qu'il semble moins y avoir une relation positive entre l'intensité de l'éruption et l'efficacité du médicament contre l'épilepsie, il est très-important d'augmenter la dose quand il n'y a pas d'éruption, ou même quand l'éruption tend à disparaître, à moins que la quantité donnée dans les vingt-quatre heures ne soit telle déjà que tout accroissement de cette dose produise une grande somnolence dans la journée, un amoindrissement manifeste de la volonté, une diminution de l'activité intellectuelle, un engourdissement des sens, l'inertie des muscles releveurs de la tête, l'affaiblissement des forces physiques et la titubation dans la marche.

» 4° Un malade soumis à l'action de l'un des bromures ou à celle de tous les deux ensemble, retirant un effet salutaire du traitement, ne peut sans imprudence en suspendre l'usage fût-ce même un seul jour, jusqu'à ce que quinze ou seize mois au moins aient passé sur sa dernière attaque. Il arrive très-souvent que des malades, pour avoir négligé de suivre cette règle, voient reparaître leurs attaques (après en avoir été délivrés pendant plusieurs mois), un, deux ou seulement plusieurs jours après la suspension du traitement. Plusieurs fois après une guérison apparente de dix, onze ou douze mois, dans un cas, après treize mois et quelques jours, la maladie a reparu à la suite d'une suspension du traitement de quelques jours ou d'une semaine seulement.

» 5° Les effets débilitants du bromure sur des malades déjà affaiblis, comme le sont beaucoup d'épileptiques, peuvent être prévenus ou atténués par l'usage de la strychnine, de l'arsenic, de l'oxyde d'argent, de l'ammoniaque, de l'huile de foie de morue, de l'hydrothérapie, il faut en même temps ordonner du vin et un régime généreux (1).

6° Le fer et le quinquina, qui donnent généralement de mauvais résultats chez les épileptiques (sauf dans le cas où leur affection nerveuse est causée ou du moins entretenue par la chlorose, l'anémie ou la cachexie palustre), sont encore plus inefficaces chez les malades traités par le bromure.

» 7° Une légère purgation toutes les cinq ou six semaines accroît ordinairement l'efficacité des bromures contre l'épilepsie. »

Dose. — On peut donner le bromure d'ammonium à la dose de 30 grains (1gr,50) ou moins; une plus grande quantité donnée en une seule fois pourrait irriter l'estomac. On l'administre dans l'eau, dans du sirop, avec une infusion amère ou sous forme de teinture. S'il y a indication, on peut le donner avec le bromure ou l'iodure de potassium, les iodures d'ammonium ou de sodium, le bromure de lithium, le carbonate d'ammoniaque, le valérianate d'ammoniaque, le carbonate de soude, l'éther chlorhydrique, etc.

BROMURE DE LITHIUM

Le bromure de lithium est un sel blanc, déliquescent, d'un goût salé et légèrement amer. Sa déliquescence oblige à le donner en solution et non en poudre. Il contient environ 92 pour 100 de brome, et en cela il diffère du bromure de sodium qui en renferme 78 pour 100 et du bromure de potassium qui n'en contient que 66 pour 100.

L'action physiologique du bromure de lithium a beaucoup d'analogie avec celle des bromures de potassium et d'ammonium. Il produit le sommeil, diminue la sensibilité réflexe et la force musculaire. D'après Weir Mitchell, il cause un sommeil plus rapide et plus profond que le bromure de potassium. Je n'ai pas entendu parler d'expériences faites dans le but de déterminer sa vitesse et son mode d'absorption et d'élimination. Il est probable que sous ce rapport il ressemble au bromure de potassium. Mon expérience clinique, qui n'est pas grande à cet égard, confirme les données du professeur Mitchell qui dit, dans son article déjà cité, que le bromure de lithium « agit efficacement dans certains cas où le bromure de potassium a échoué, qu'il agit aussi puissamment à dose moindre que ce dernier et que, comme hypnotique, il est supérieur au bromure de potassium et aux autres bromures ». La seule objection que j'adresserais à ce médicament est son

(1) Si l'on fait usage de la strychnine ou de l'arsenic, on doit se souvenir que ces puissants agents, surtout la strychnine, peuvent combattre, non-seulement la mauvaise influence des bromures, mais encore leur efficacité contre l'épilepsie; il devient donc nécessaire, lorsqu'on emploie ces agents, d'augmenter la dose des bromures. L'antagonisme entre la strychnine, dont l'action est d'exciter le pouvoir réflexe des centres nerveux et les bromures qui diminuent ce pouvoir, peut être assez fort pour anihiler complétement l'action des bromures et partiellement celle de la strychnine. J'ai vu un malade prendre 132 grains (6gr,60) de bromure dans la journée sans éprouver le moindre symptôme de bromisme et sans que le médicament réussisse à calmer l'épilepsie dont était atteint ce malade, qui prenait en même temps un tiers de grain de strychnine par jour, tandis que le même individu était fortement bromuré après avoir pris 80 grains (4 grammes) de bromure sans strychnine. (*Note de Clarke.*)

prix encore trop élevé pour vulgariser son emploi. Lorsque le bromure de potassium ne réussit pas à produire son effet physiologique habituel (ce qui arrive quelquefois, mais rarement), lorsque l'estomac ne peut plus le tolérer, ou bien s'il exerce une fâcheuse influence sur l'organisme, on peut lui substituer avec avantage le bromure de lithium. Dans les cas où le bromure de potassium, après avoir amené tout d'abord un paisible sommeil, était plus tard devenu impuissant, j'ai vu le sel lithique produire cet effet hypnotique que le premier médicament ne pouvait plus déterminer.

On peut le donner à la dose de 10 à 20 grains (50 centigrammes à 1 gramme) au plus, trois fois par jour. On sera bien rarement obligé d'aller jusqu'à 60 grains (3 grammes) par jour. De même que le bromure de potassium, on peut l'administrer à la dose unique hypnotique relativement forte, le soir ; ou à la dose continue répétée plusieurs fois par jour, pendant des semaines. Ce médicament, administré de la sorte, produit de l'acné aussi vite et aussi facilement que le bromure de potassium.

BROMURE DE SODIUM

Le bromure de sodium ressemble entièrement par son action, sa saveur, sa solubilité et par ses effets physiologiques aux bromures de potassium, d'ammonium et de lithium. Son goût est peut-être moins désagréable que celui des autres bromures.

M. Voisin regarde son action physiologique et sa valeur thérapeutique comme égales ou à peu près semblables à celles du bromure de potassium. Le docteur Amory a démontré par ses expériences que ce sel avait une action thérapeutique moindre que celle du bromure de potassium. Il ne possède aucun avantage sérieux sur les autres bromures dont j'ai parlé et par conséquent il n'y a pas lieu de désirer le substituer à eux dans la thérapeutique.

Conclusions des expériences faites par le docteur Robert Amory sur l'action physiologique des bromures de potassium et d'ammonium.

I. Les muqueuses absorbent facilement le bromure de potassium toutes les fois qu'on les met en contact avec lui.

II. La peau absorbe facilement le bromure si la solution de ce médicament est à une température inférieure à 75 degrés F. Si la température dépasse 96 degrés F., l'absorption n'a pas lieu.

III. L'élimination se fait par la peau et par les reins ; la salive étant une sécrétion, la présence du médicament dans ce liquide ne prouve pas que l'élimination s'opère.

IV. A doses thérapeutiques, le bromure ne s'élimine ni par les intestins, ni par les poumons.

V. Le bromure de potassium traverse l'organisme sans se décomposer. Claude Bernard ayant démontré que la plupart des transformations chimiques que subissent les médicaments s'opèrent dans les reins, la théorie du docteur Bill qui admet un échange mutuel dans le sang entre les chlorures et les bromures me semble erronée. S'il y a échange réciproque, il se fait dans les reins ou en d'autres termes hors de l'économie.

VI. L'effet du médicament s'opère par l'action directe qu'exerce celui-ci sur les vaisseaux sanguins ou sur le système vaso-moteur d'où dépend la contraction de ces vaisseaux. Cette explication est applicable à toutes les conditions physiologiques ou thérapeutiques auxquelles donne lieu l'administration du médicament.

VII. Il est probable que l'action du médicament ne varie pas en raison inverse des doses administrées. Plus forte est la dose, plus forte et plus durable sera l'action sur le système vaso-moteur.

VIII. L'action du bromure sur le système nerveux en général est une action secondaire et connexe de celle que subissent les vaso-moteurs. Que cette action se fasse sentir sur certaines parties congestionnées, cela n'est pas contraire aux fois de la physiologie. L'état pathologique du malade ne lui permettant pas de résister aux influences perturbatrices, les vaisseaux sanguins se dilatent et par conséquent sont surchargés ; la présence du médicament détermine une action contraire qui fait contracter les vaisseaux. Cette influence s'exercerait sur la partie malade de l'organisme plus puissamment que sur la partie saine.

IX. L'action du bromure d'ammonium est presque à tous égards la même que celle du bromure de potassium. Plus de vingt expériences ont confirmé la vérité de ce que j'avance.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Substances alimentaires conservées par l'action du froid. Note de M. *Boussingault*. — Il y a quelques années (c'était en 1865), du bouillon de bœuf, enfermé dans des flacons, fut plongé durant quelques heures dans un mélange réfrigérant dont la température descendit à — 20 degrés. Aujourd'hui ce bouillon a toutes les qualités qu'il possédait lorsqu'il a été soumis à l'action du froid. Du jus de canne à sucre, exposé en vase clos à la même température de — 20 degrés, a été préservé de toute altération.

M. *Larrey*, à propos de la communication de M. Boussingault, rappelle que son père avait constaté maintes fois, dans la campagne de Russie, la conservation relative, ou à divers degrés, des corps d'hommes ou d'animaux morts et ensevelis sous la neige, comparativement aux cadavres laissés à la surface du sol ou à l'air libre, et atteints plus rapidement de putréfaction.

Phylloxera. — Les communications se multiplient sur ce sujet. Nous en avons une aujourd'hui de M. Marès, suivie d'observations de M. Dumas. Mais ces communications ne touchent pas assez directement la médecine pour que nous croyions devoir nous y arrêter, jusqu'à ce qu'il soit sorti quelque donnée susceptible d'intéresser l'hygiène publique.

Opération de la cataracte. — M. *Tavignot* adresse une note relative à l'opération de la cataracte par le procédé sous-capsulaire. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Gelée des vignes. — M. le Président de la Société des agriculteurs de France informe l'Académie que la section de viticulture de cette Société se propose de faire, pendant la prochaine session annuelle qui aura lieu du 10 au 18 février, une expérience de nuages artificiels propres à empêcher la gelée des vignes. Il exprime le désir que l'Académie veuille bien nommer une commission pour assister à cette expérience et en rendre compte à l'Académie. L'expérience sera faite à Suresnes, le dimanche 16 février, à deux heures et demie. La commission se composera de la section de physique et de la section d'économie rurale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'intérieur demande à l'Académie des tubes de vaccin pour l'établissement pénitentier de Castelluccio (Corse). (*Commission de vaccine.*) — *b.* M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aube pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire pour le prix Capuron. — *b.* Trois nouveaux mémoires pour le prix d'Ourches. — *c.* Un pli cacheté de M. *Bricemorel*, pharmacien de Châteauroux. — *d.* Une lettre de candidature de M. le docteur *Guipon*. — *e.* Une note de M. le docteur *Guibert* sur le traitement de la coxalgie.

M. *Barth* dépose sur le bureau deux brochures de M. le docteur *Leflaire*, l'une sur la pustule maligne, l'autre sur les indications et les contre-indications de l'opération du cancer au sein.

M. *Giraldès* offre en son nom à l'Académie une série d'ouvrages anglais.

M. *Boudet* présente un mémoire de M. *Dehaut* sur un nouveau mode de préparation des granules médicamenteux.

M. *Gosselin* offre en hommage, au nom de l'auteur, un travail sur le paraphimosis, par M. *Mauriac.*

M. *Gavarret* dépose enfin sur le bureau un ouvrage de M. le docteur *de Sinety* sur l'état du foie chez les femelles en lactation.

Séance courte mais intéressante, et dont M. Béhier a fait tous les frais.

Après les préliminaires d'usage, l'Académie procède à l'élection de trois membres chargés de formuler la question du prix biennal fondé dernièrement par une disposition testamentaire de M. Falret. L'Académie accepte à l'unanimité MM. Tardieu, Chauffard et Baillarger, que le conseil désignait à ses suffrages.

M. *le Président*, d'accord avec le bureau, propose ensuite à l'Académie de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la question de l'inspectorat, dont on s'occupe également en ce moment à l'Assemblée nationale. La commission nommée dans ce but à Versailles désirerait, pour prendre une décision, connaître au moins l'opinion de l'Académie.

La proposition est acceptée, et satisfait ainsi le désir que nous exprimions dans notre dernier numéro (p. 80). Il est vrai que cet avantage va être obtenu au prix d'un inconvénient.

C'est un contre-temps fâcheux. La discussion sur la septicémie a déjà été interrompue une fois; il faut l'ajourner de nouveau. Qui sait quand on la reprendra? L'inspectorat a bien des partisans et des adversaires; une séance suffira-t-elle pour entendre les arguments des uns et des autres? Ce n'est pas probable, et la septicémie peut se morfondre quelque temps. Mais on ne peut tout faire à la fois.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Béhier* vient donner connaissance à l'Académie des expériences qu'il a faites à son laboratoire de l'Hôtel-Dieu avec M. Liouville, son chef de clinique.

M. Béhier commence par prévenir ses auditeurs qu'il ne vient pas leur proposer une nouvelle théorie. La question de la septicémie n'est pas mûre, et « le moment n'est pas encore venu de comprendre tous les faits en une formule unique, dogmatique et absolue ».

Au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique, les expériences de M. Davaine lui paraissent incomplètes; on constate bien la présence de bactéries dans le sang et la mort de l'animal; mais on ne dit pas s'il y a des lésions et quelles sont ces lésions.

C'est à ce point de vue surtout que la communication de M. Béhier présente de l'intérêt, car elle vient combler une lacune des expériences, d'ailleurs si précises, de M. Davaine.

Le travail de M. Béhier comprend deux parties. La première n'est que la répétition et, ajoutons, le complément des travaux de M. Davaine; la seconde contient quelques essais, des tentatives encore insuffisantes, il est vrai, mais qui ont eu au moins pour résultat de montrer l'obscurité qui règne sur certains points de la question.

Existe-t-il des altérations de tissu chez les animaux morts de septicémie? Dans toutes ses expériences, qu'elles aient été faites avec du sang de bœuf, du sang humain pris sur des malades, de la sérosité ou des matières fécales fournies par les animaux septicémisés, M. Béhier a toujours constaté un ensemble de symptômes et de lésions tellement net et frappant qu'on se demande comment ces lésions ont pu échapper aux yeux d'un observateur tel que M. Davaine.

Sur l'animal vivant, en effet, voici ce qu'on observe : un empâtement, un gonflement diffus de toute la région cervicale et de la face; une sorte de jetage par les narines; de la congestion, de la rougeur et une insensibilité remarquable de l'une ou l'autre oreille; de l'œdème de ces oreilles et des phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre plus ou moins abondante.

L'animal mort, on trouve à l'autopsie de la congestion ou de l'inflammation des séreuses et de presque tous les organes; et le sang ou la sérosité des phlyctènes examiné au microscope présente des globules blancs irréguliers, des globules rouges altérés, des corpuscules généralement fort nombreux, arrondis ou pourvus d'un appendice caudal et animés d'un mouvement brownien fort remarquable. Ces corps, isolés ou réunis en chapelets, sont disséminés au milieu d'une multitude innombrable de bâtonnets bactériens, quelquefois immobiles mais le plus souvent en mouvement, et doués d'une grande vitalité apparente.

Ces lésions, répète M. Béhier, nous les avons retrouvées invariablement chez tous les animaux que nous avons mis en expérience.

M. Béhier a constaté en outre que ces animaux mouraient beaucoup moins vite que ne l'avait dit M. Davaine.

Un autre point sur lequel il ne s'accorde pas avec M. Davaine, c'est la marche de la température. M. Davaine, en effet, avait dit que la température de l'animal, assez basse au début, allait en augmentant jusqu'au moment de la mort. M. Béhier a trouvé, au contraire, que cette température baissait d'une façon sensible et que le thermomètre pouvait tomber à 33 et même 32 degrés.

Quant aux dilutions infinitésimales, ses expériences ne font que confirmer les données de M. Davaine, et, à ce propos, M. Béhier envoie en passant une pierre dans le jardin de ceux qui nient sans vouloir rien vérifier par eux-mêmes.

La seconde partie n'est pas la plus importante de cet important travail. Elle consiste en essais d'inoculation à des lapins de sang syphilitique ou tuberculeux, de sérosité provenant d'érysipèle de la face ou de la cavité pleurale. Les expériences demandent à être continuées.

En résumé, dit M. Béhier, pour terminer comme j'ai commencé, je pense que la question présente encore trop d'obscurité pour se presser de tirer des faits une théorie bien assise et nettement démontrée.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCES DU 10 ET DU 24 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

LA PROPYLAMINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — MALADIES RÉGNANTES. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE ET SON TRAITEMENT.

(Fin. — Voyez le numéro 5.)

— M. *Ernest Besnier* lit le rapport sur les maladies régnantes pour les mois d'octobre, novembre et décembre 1872.

Pendant ce trimestre, la constitution atmosphérique a été remarquable par l'élévation de la température, l'abaissement de la pression barométrique, la permanence des pluies, l'intensité de l'état hygrométrique et l'action presque permanente des vents du sud. La constitution médicale a conservé les caractères de bénignité signalés dans le précédent rapport : la mortalité générale des hôpitaux est restée inférieure à celle des mois correspondants de l'année 1869, les affections éruptives ont presque disparu et il n'y a eu aucun décès par variole pendant ce trimestre dans les hôpitaux ; les pneumonies ont été relativement rares ; les affections rhumatismales ont eu très-peu de gravité. D'autre part, la fièvre typhoïde a subi une exacerbation marquée, la diphthérie a sévi avec autant d'intensité que l'hiver précédent et les affections puerpérales ont été nombreuses.

Selon son habitude, M. Besnier a réuni, dans une série de tableaux intéressants à consulter, tous les documents statistiques concernant la constitution médicale de ces trois derniers mois comparés à ceux des cinq dernières années. En 1869, la mortalité avait été en octobre de 987 décès, en novembre de 1176, en décembre de 1099, tandis qu'en 1872 elle a été de 891 décès en octobre, de 869 en novembre et de 929 en décembre.

Affections des voies respiratoires. — La *grippe* sous toutes ses

formes, laryngo-bronchique, abdominale, etc., s'est montrée fréquente et accompagnée des symptômes généraux des fièvres catarrhales.

Les *hémorrhagies pulmonaires* ont été assez souvent observées par M. Ferrand, soit chez des phthisiques, soit chez des cardiaques, pour lui faire admettre qu'il y avait eu là une influence particulière due à l'abaissement anormal de la pression atmosphérique.

Les *pleurésies*, toujours nombreuses, ont fourni de nombreux exemples de guérison par la thoracocentèse faite avec ou sans appareils aspirateurs. L'opération pratiquée au début de la maladie, alors que l'épanchement séreux était abondant et avant l'emploi des moyens médicaux ordinaires, a donné plusieurs fois une guérison complète.

Deux fois la pleurésie s'est accompagnée d'emblée de gangrène pulmonaire : l'épanchement était purulent. M. Bucquoy, qui signale ces deux faits et rappelle leur analogie avec le cas de M. Dolbeau, se propose de traiter ultérieurement de cette forme particulière de la maladie.

Affections pseudo-membraneuses. — L'endémo-épidémie diphthéritique, si grave cette année, a repris dès le mois d'octobre son mouvement ascensionnel. Rien de nouveau, d'ailleurs, à signaler en dehors de ce qui a été dit dans les précédents rapports. Cependant, il faut noter qu'un certain nombre d'adultes ont été gravement atteints. M. Desnos a observé un cas bien net de contagion : Un homme, entré dans son service pour une angine couenneuse, meurt par suite de l'extension de la maladie au larynx et aux bronches ; pendant tout le temps de la maladie, il avait été soigné par un malade qu'une affection chronique retenait depuis longtemps dans les salles. Deux jours après la mort du premier, le second fut pris d'angine couenneuse qui, heureusement, se limita au pharynx et finit par guérir.

Affections rhumatismales. — Nombreuses sous toutes leurs formes, mais sans aucune gravité. Très-peu de complications viscérales.

Fièvres éruptives. — La rareté des fièvres éruptives, et en particulier de la variole, pendant ce trimestre, où l'on n'a compté aucun décès variolique dans les hôpitaux, montre bien que ces fièvres ont perdu presque tout pouvoir de diffusion contagieuse ; elles ont cessé d'être épidémiques. On peut saisir la différence qu'il y a entre la maladie sporadique et la maladie épidémique : l'une est stérile, l'autre au contraire est féconde. En ce moment, les cas de variole ne deviennent pas, comme nous l'avons vu en 1870-71, un foyer d'extension de la maladie : et cependant on prend actuellement moins de précautions, on vaccine moins, on isole à peine les malades, etc. Au point de vue épidémiologique, les faits observés en ce moment ont donc une grande importance.

Au point de vue de la pathologie générale, les faits enseignent aussi, et à l'encontre de l'opinion généralement reçue, que la maladie sporadique n'est pas moins grave que la maladie épidémique. En effet, d'après les documents les plus précis, la mortalité moyenne, par variole épidémique, n'est pas plus élevée que celle due à la variole sporadique : de 1862 à 1869, la mortalité moyenne par variole dans les hôpitaux a été de 12,28 pour 100, tandis que, d'autre part, calculée pour les deux années épidémiques seules de 1868 et 1869, la mortalité moyenne n'a pas sensiblement varié : 11,77 pour 100.

M. Besnier montre qu'il en est de même pour la scarlatine, le choléra, la fièvre jaune.

Érysipèles. — Augmentation en nombre, en gravité ; contagion souvent constatée ; caractère bulleux et phlycténoïde de l'éruption, état général adynamique, telles sont les particularités notées.

Fièvres intermittentes. — Nombreuses, d'origine parisienne, ou récidives de fièvres contractées dans les pays marécageux. Un cas de fièvre pernicieuse observé par M. Cadet de Gassicourt, chez un homme atteint de fièvres intermittentes au Mexique et ayant conservé une grosse rate : guérison par le sulfate de quinine.

Fièvres typhoïdes. — Dès octobre, recrudescence dans les hôpitaux civils et dans la ville : en décembre seulement la recrudescence apparaît dans les hôpitaux militaires. Les cas ont été généralement bénins, mais à début incertain. Quelques cas de fièvre à rechute ; les rechutes, généralement de courte durée et sans gravité, excepté dans deux cas observés par M. Isambert, où la mort a été précédée de délire et de sidération rapide.

Les hémorrhagies intestinales ont été signalées plusieurs fois et, malgré leur abondance, elles n'ont eu que rarement de fatales conséquences. Les opinions sont encore très-partagées sur la valeur pronostique de cette complication. Il est d'ailleurs très-difficile d'établir d'une manière précise la valeur d'un phénomène qui est sujet à tant de variations qu'une hémorrhagie. Suivant l'abondance et la répétition de l'écoulement du sang, suivant sa cause, suivant la résistance du sujet, le fait est plus ou moins grave. Néanmoins, une hémorrhagie intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde est toujours un événement solennel. Ajoutons toutefois que la thérapeutique intervient souvent avec succès.

Affections des voies digestives. — Angines catarrhales, diarrhées de même nature, stomatites diverses et stomatites ulcéro-membraneuses assez graves chez les enfants, telles sont les affections les plus fréquemment observées.

Affections puerpérales. — La mortalité des femmes en couches a été assez élevée pendant tout le cours de 1872. En octobre, sur 514 accouchées, il y eut 26 décès, ou 4,99 pour 100 ; en novembre, 481 accouchements, 20 décès, 4,15 pour 100 ; en décembre, 582 accouchements, 25 décès, 4,29 pour 100.

Plusieurs cas de fièvre puerpérale, de péritonite ou de phlegmons des ligaments larges, se sont produits dans le service de M. Hérard depuis le jour (18 décembre) où une femme fut prise de métro-péritonite mortelle à la suite d'une opération obstétricale. On fit promptement passer les femmes malades dans les services ordinaires et, dès ce moment, l'état sanitaire du service d'accouchement s'est amélioré. Cependant, pendant ces dernières semaines, on y vit encore paraître des cas de *phlegmasia alba dolens*, d'abcès du sein, d'érysipèles, de métrite.

M. *Ern. Besnier* fait suivre son rapport d'un aperçu sur la constitution régnante de Lyon et de Bordeaux pendant ces trois derniers mois. Il ne s'est produit dans ces deux villes aucune particularité très-remarquable, et l'ensemble de la constitution médicale diffère peu de celui constaté à Paris.

— A la suite de la lecture de ce rapport, une discussion s'engage sur les érysipèles de la face, sur leur traitement et sur la contagion de la maladie.

Selon MM. Moissenet, Bourdon, Moutard-Martin, Champouillon, l'érysipèle de la face était infiniment moins grave et moins fréquent il y a trente ans qu'aujourd'hui. Chomel, dit-on, n'aurait jamais perdu un malade de cet érysipèle. Quelle est la cause de cette plus grande gravité ? M. Vidal est tenté d'admettre que l'alcoolisme, que la scrofule, sont des circonstances très-aggravantes pour l'érysipèle.

Quant à M. Raynaud, auquel on doit un remarquable article sur l'*Érysipèle* dans le Dictionnaire de médecine pratique, il admet qu'il y a cinq ou six espèces d'érysipèle, depuis la lymphangite simple jusqu'à l'érysipèle traumatique accompagné de pyohémie, et qu'on ne saurait par conséquent raisonner sur la question sans tenir compte de ces différentes espèces.

M. Raynaud se propose de revenir sur ce sujet dans une prochaine communication.

Quant à la contagion de la maladie, elle est généralement

admise au moins pour certaines formes : MM. Bourdon, Vidal, Labbé, citent des exemples probants de cette contagion.

La thérapeutique de l'érysipèle, au moins en ce qui concerne les topiques, est également le sujet d'une discussion assez vive. MM. Bourdon et Vidal sont partisans des applications de collodion sur les limites de la plaque érysipélateuse, et prétendent arrêter la marche envahissante de l'inflammation cutanée, même dans les érysipèles des blessés, au moyen de la barrière de collodion.

MM. Labbé et Raynaud doutent de l'efficacité du moyen. M. Labbé croit cependant que le collodion appliqué sur les paupières empêche la suppuration de se faire dans ces parties. Si l'on voit l'érysipèle s'arrêter au menton et au cou lorsqu'on a étendu une barrière de collodion sur ces points, c'est que dans sa marche naturelle l'érysipèle de la face dépasse très-rarement ces limites et qu'il semble fuir les parties de la peau qui sont doublées d'un muscle peaucier.

Le vésicatoire appliqué au centre de la plaque a été défendu par M. Moissenet. Il a recours au vésicatoire, surtout dans les érysipèles bulleux ou phlycténoïdes, et les succès qu'il en a retirés ne lui permettent pas de douter de l'efficacité du moyen. M. Labbé ne croit pas, ainsi que l'enseignait Velpeau, qu'on puisse jamais arrêter l'érysipèle. M. Gosselin professe la même opinion. M. Moissenet croit qu'au moins on ne peut refuser aux vésicatoires une action révulsive des accidents méningés qui compliquent quelquefois les érysipèles de la face.

La discussion est remise à quinzaine, et comme il y a des divergences d'opinion assez tranchées, elle promet d'être intéressante.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1873.

OSSIFICATION DU CRANE DES POISSONS (POUCHET). — BRUIT DE POT FÊLÉ (GRANCHER ET CORNIL). — INJECTION D'AIR DANS LA CAROTIDE (LABORDE). — RÔLE DE LA CORDE DU TYMPAN (VULPIAN). — FORMATION DE LA FIBRINE (RANVIER).

M. *Pouchet* communique, pour prendre date, les résultats généraux de ses recherches sur le développement de la tête des poissons. L'ossification présente des particularités fort curieuses. Le point de départ n'est pas, comme chez les mammifères, la corde dorsale, mais c'est autour de l'oreille comme centre qu'elle s'effectue; en outre le développement des os se produit par scission, c'est-à-dire que les pièces cartilagineuses sont en très-petit nombre par rapport aux pièces osseuses correspondantes chez le poisson adulte. Les os en se développant se partagent en plusieurs pièces : c'est le contraire de ce qui s'observe chez les mammifères, où les divers points d'ossification se réunissent. Ce phénomène, d'ailleurs conforme à ce qu'on observe dans les pièces osseuses multiples des nageoires et de la queue, était inconnu de Cuvier, Owen, Agassiz, de sorte qu'il y a lieu de revenir sur les déductions nombreuses ayant eu pour point de départ le fait de la multiplicité des os du crâne chez les poissons.

—MM. *Grancher* et *Cornil* poursuivent sur le cadavre des expériences intéressantes à propos des phénomènes de l'auscultation. Introduisant dans la trachée un soufflet et produisant une respiration artificielle, ces observateurs étudient les divers bruits perceptibles à l'auscultation et à la percussion. Aujourd'hui il s'agit du bruit de pôt fêlé. On sait que suivant Barth et Roger ce bruit s'entend plus particulièrement à la percussion de la région sous-claviculaire lorsqu'il existe une caverne pulmonaire ayant une certaine étendue, située assez superficiellement, possédant des parois minces et souples et surtout contenant de l'air et du liquide. « Pour manifester ce dernier phénomène d'une manière distincte, disent les auteurs du Précis de percussion, il faut en général ne frapper qu'un seul coup, en recommandant au malade de tenir la bouche ouverte. »

MM. Cornil et Grancher, observant le bruit de pot fêlé sur le cadavre, ont trouvé que la condition importante pour percevoir ce bruit est que la poitrine soit en état d'expiration ; lorsqu'elle est en état d'inspiration le bruit de pot fêlé n'est plus perçu. L'explication de ce phénomène serait que dans une caverne à parois minces, celles-ci ne sont mobiles et ne produisent le bruit de pot fêlé que si l'air ne les distend pas.

Comme application pratique, il faudra percuter le phthisique pendant l'expiration et non pas seulement pendant que la bouche est entr'ouverte. Les conditions de l'expérimentation sur le cadavre ne sont pas les mêmes que celles de la percussion sur le vivant, et l'on est en droit de demander aux deux observateurs qu'ils confirment par eux-mêmes cliniquement la donnée expérimentale. Pour le fait présent, la contraction musculaire, l'influence de la circulation, semblent n'avoir qu'une importance médiocre, cependant une constatation facile à faire déciderait seule de l'intérêt clinique du fait observé expérimentalement.

M. *Laborde* présente un chien dans la carotide duquel il a injecté 15 centimètres cubes d'air. L'animal, qui a d'abord été pris de pleurosthotonos, puis est tombé dans le coma, semble devoir revenir à la vie. L'expérience commencée ne peut encore être discutée. Réunie à celle de M. Tillaux, elle reparaîtra dans la *Gazette*.

— M. *Vulpian* continue ses expériences sur la révision des fonctions de la corde du tympan. Le fait nouveau important que ces recherches mettent en évidence, est l'action de ce nerf sur les vaisseaux de la langue. Sur un chien, M. Vulpian mettant à nu le nerf dentaire, le nerf lingual et la corde du tympan, coupe le nerf dentaire et le nerf lingual avant sa réunion avec la corde du tympan. Électrisant le bout périphérique de la corde du tympan, il observe de ce côté de la langue une rougeur et une dilatation considérables, la corde du tympan excitée produit dans la muqueuse linguale des phénomènes tout à fait comparables à ceux qu'elle opère par rapport à la circulation et à la sécrétion de la glande sous-maxillaire. La corde du tympan est donc un nerf dilatateur des vaisseaux de la muqueuse linguale.

Ce fait présente un certain intérêt au point de vue pathologique, il est peut-être destiné à expliquer l'action de la corde du tympan sur le goût, et l'affaiblissement du goût dans la paralysie du nerf facial.

M. Lépine remarque à ce propos que chez la grenouille, où les glandes salivaires sont remplacées par des glandules de la face dorsale, l'excitation des nerfs dorsaux amène de la congestion et de l'hypersécrétion.

—M. *Ranvier*, étudiant au microscope les phénomènes de la formation de la fibrine dans le sang des grenouilles, pense avoir observé la première phase de la coagulation de la fibrine. Il se produit au milieu des globules des amas de granulations communiquant entre elles par des traînées résistantes ; on voit se former autour des amas de granulations des prolongements en forme de rayons d'étoile qui représentent le début de la formation de la fibrine. Ces granulations et leurs prolongements ne ressemblent pas aux phénomènes sarcodiques. Ces premières recherches demandent un complément nous permettant une exposition plus précise.

A. H.

Sociétés savantes des départements.

Société des sciences médicales de Lyon (compte rendu des séances du mois de décembre 1872, in *Lyon médical*, 19 janvier 1873).

Observation de rhumatisme articulaire aigu survenu dans le cours d'une blennorrhagie, par M. P. Meynet.

Voici les parties essentielles de cette intéressante histoire :

Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, sain et bien constitué, s'étant livré au coït, présenta, le 13 juin 1872, les premières manifestations d'une *uréthrite aiguë intense, blennorrhagique.*

Le lendemain, il prit un bain prolongé, et fut saisi, en sortant de l'eau, par des frissons et une *douleur à l'articulation tibio-tarsienne gauche.* La nuit, une forte fièvre survint et la jointure se tuméfia.

Les jours suivants l'inflammation s'étendit à diverses parties et affecta successivement l'articulation tibio-tarsienne droite, le genou droit, les deux épaules, le genou gauche, les deux poignets et quelques articulations vertébrales. Dans tous ces points l'inflammation, bien développée, très-vive même, s'accompagnait d'une forte tuméfaction et de rougeur à la peau. La fièvre s'accrut encore. Le malade était couvert de sueurs et de moiteurs.

Poudre de Dower, vésicatoires et frictions calmantes sur les articulations, nitrate de potasse. — Cependant l'uréthrite, arrivée au plus haut degré, s'était spontanément calmée. Le dixième jour, elle faisait à peine souffrir le malade et s'effaçait peu à peu.

Le onzième jour, *le cœur se prit.*

Le douzième jour, l'inflammation de l'endocarde se trahissait par des signes manifestes, obscurcis le lendemain par un épanchement péricardiaque. A mesure que se développait l'affection du cœur, l'inflammation perdait de sa violence dans les articulations.

Digitale, sangsues et vésicatoires sur la région du cœur. — Il se fit une amélioration sensible : la plupart des jointures affectées se dégagèrent; l'inflammation cardiaque perdit de sa violence; la fièvre se modéra; le malade put dormir et prendre quelque nourriture.

Le vingtième jour, tout était changé : dyspnée extrême, point de côté très-douloureux au niveau du mamelon gauche, pouls petit et très-fréquent, peau couverte d'une sueur froide, anxiété et frayeurs, signes d'un *épanchement pleurétique.*

Potion alcoolique, vésicatoires, vin de colchique, infusion d'Uva ursi. — Malgré ce traitement l'épanchement pleurétique augmenta; le péricarde lui-même se prit de nouveau; tout l'effort de la maladie semblait se porter sur le cœur et la plèvre. Le malade était bien abattu. Il y avait de l'œdème aux malléoles.

Le trente-septième jour, M. Meynet ponctionna la plèvre : il en sortit 1800 grammes de sérosité fortement chargée de sang. Le malade refusa de se soumettre à la ponction du péricarde.

Vésicatoire sur la région du cœur, alimentation modérée mais fortement nutritive. — Il y eut pendant quelques jours une légère amélioration. Le quarante-cinquième jour, l'épanchement thoracique s'était reproduit. En même temps l'œdème s'était étendu au tronc et aux membres supérieurs. Les urines étaient rares, colorées, non albumineuses. La situation paraissait désespérée.

Toniques, sirop de digitale de Labélonye, vin hydragogue de Debreyne, tisanes diurétiques, lait d'ânesse. — Alors il survint une diurèse abondante et continue : le malade rendit jusqu'à 6 litres d'urine en vingt-quatre heures.

Le cinquantième jour, les divers épanchements étaient bien diminués.

Cette amélioration, inespérée en quelque sorte, se poursuivit rapidement. Les forces revinrent et, quoique très-affaibli, le malade put quitter Lyon le soixante et unième jour pour se rendre dans son pays.

Trois mois après, le jeune homme s'était complétement rétabli. Il ne lui restait plus — reliquat d'une maladie aussi grave — qu'une lésion de la valvule mitrale décelée par un bruit de souffle très-doux.

M. Meynet ne croit pas que l'affection blennorrhagique ait été la cause unique des troubles morbides divers que nous venons d'énumérer. Il pense que les manifestations inflammatoires qui ont frappé les articulations, le cœur, la plèvre, sont de *nature rhumatismale*, qu'il s'agit enfin d'un rhumatisme articulaire aigu survenu dans le cours d'une blennorrhagie. Il appuie sa manière de voir sur les considérations suivantes :

Les inflammations articulaires blennorrhagiques ne surviennent, en général, que du huitième au dixième jour de l'écoulement; elles sont limitées, tenaces et ne se généralisent pas; il est tout à fait extraordinaire que l'inflammation affecte le cœur et les plèvres; les arthrites blennorrhagiques s'accompagnent habituellement d'iritis; enfin la fièvre, lorsqu'elle s'élève, n'est jamais très-vive.

Si tels sont les caractères essentiels et constants de la blennorrhagie articulaire, nous ne pouvons que souscrire au jugement porté par M. Meynet sur la nature de la maladie qui a si violemment frappé le cœur, les articulations, la plèvre de son jeune malade; et nous dirons avec lui qu'il n'était pas affecté d'une seule maladie, mais de deux; qu'il était affecté d'une *blennorrhagie* et tout ensemble d'un *rhumatisme aigu.*

A la suite de ces remarques, M. Meynet n'a point oublié de faire observer « l'action rapidement bienfaisante des diurétiques à haute dose, qui, en une dizaine de jours, ont réussi à faire disparaître sans retour le liquide accumulé dans les différents organes ».

Appelons, enfin, l'attention sur la qualité du liquide extrait de la plèvre : il était fortement chargé de sang. L'hémorrhagie intra-pleurale, sans doute accidentelle et non liée à la nature de la maladie, ne paraît avoir eu aucune influence sur l'évolution ultérieure de la pleurésie. L'opération avait été exécutée au moyen de l'appareil de M. Dieulafoy et avec l'aspirateur de M. Potain.

V. Audhoui.

REVUE DES JOURNAUX.

Des flexions et des versions utérines, et en particulier du traitement mécanique des déplacements en arrière de l'utérus, par le docteur B. S. Schultze.

Nous ne pouvons que présenter ici les conclusions de ce long mémoire, dans lequel l'auteur s'efforce de démontrer l'utilité du traitement des déviations utérines par des moyens mécaniques, et spécialement à l'aide d'un nouveau pessaire plus ou moins perfectionné qu'il a imaginé à cet effet.

L'auteur cherche donc à établir dans son travail que :

1° La position normale de l'utérus à l'état de vacuité est l'antéversion ou l'antéflexion. Lorsqu'une femme se tient debout, la face postérieure de la matrice regarde exactement en haut.

2° L'antéversion et l'antéflexion ne doivent être considérées comme des états pathologiques que lorsque l'utérus est immobilisé dans sa position vicieuse ou limité seulement dans les mouvements qu'on imprime à cet organe.

3° L'épaississement ou la brièveté des ligaments de Douglas (conséquences habituelles de la paramétrite) constituent les causes habituelles de la persistance de l'antéversion et de l'exagération anomale de l'antéflexion.

4° Au contraire, l'allongement de ces mêmes replis de Douglas (par inertie des fibres musculaires, que l'auteur désigne sous le nom de *retractores uteri*) conduit nécessairement à la rétroversion et à la rétroflexion, dont elle est la cause la plus fréquente.

5° La ligne de flexion de l'utérus suit exactement la face primitivement antérieure ou postérieure de l'organe. Si le corps de l'utérus fléchi est plus ou moins dévié à droite ou à gauche, il y a presque toujours simultanément une rotation de l'organe sur son axe.

6° L'antéversion ou l'antéflexion normale de l'utérus à l'état de vacuité, la flexion anomale en arrière par fixation postérieure, la rétroversion et la rétroflexion par laxité du ligament de Douglas. Ces diverses déviations sont accrues par la pression exercée par les viscères abdominaux.

7° Le cathétérisme utérin est insuffisant pour reconnaître la situation normale de l'utérus et le sens de ses déviations. La palpation bimanuelle pratiquée avec soin conduit plus sûrement au diagnostic.

8° L'antéversion et l'antéflexion persistantes de l'utérus ne peuvent être avantageusement combattues qu'à l'aide des moyens résolutifs tendant à faire disparaître les exsudats qui maintiennent la matrice dans sa position vicieuse.

9° Les rétroversions et les rétroflexions doivent, quand elles sont encore réductibles, être traitées à l'aide de la main et non de la sonde utérine ; mais dans la plupart des cas il est nécessaire de recourir à l'intervention de moyens mécaniques destinés à maintenir l'utérus dans sa position normale (c'est-à-dire dans une antéversion légère).

10° Le seul moyen rationnel de contention de l'utérus déplacé en arrière est la rétroposition de la portion vaginale. Les innombrables pessaires intra-utérins ne contribuent guère, en général, à produire cet effet. L'auteur assure que le pessaire vaginal modifié par lui remplit avantageusement cette indication, et il ajoute que la pression intra-abdominale maintient l'utérus en antéversion normale dès que la portion vaginale est fixée en arrière.

11° La pression exercée par les viscères abdominaux n'est pas capable de modifier la flexion. Lorsque dans des cas pareils de flexion, les douleurs s'effacent par la rétroposition de la portion vaginale, il peut être indiqué d'ajouter au pessaire vaginal une sonde intra-utérine. (*Archiv für Gynækologie*, IV Band, 3 Heft, p. 373-417, 1872.)

Travaux à consulter.

De la supériorité de l'éther sur le chloroforme comme anesthésique, par le docteur J. Morgan. — L'auteur se base, pour proclamer la supériorité de l'éther, sur des statistiques que nous avons citées l'année dernière ; on remarquera quo pour le chloroforme il y a 152 260 inhalations et 53 morts, pour l'éther 92 815 inhalations et 4 morts. Ces chiffres sont des statistiques anglaises et américaines ; mais pour le chloroforme, ces statistiques ne représentent nullement la masse considérable des inhalations faites en Europe. (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 30 décembre 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques, par le docteur J. A. H. Depaul, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, officier de la légion-d'honneur, etc., rédigées par le docteur de Soyre, chef de clinique adjoint (premier fascicule, 304 pages. Chez Delahaye, 1872).

De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. Thèse présentée au concours pour l'agrégation de chirurgie (section d'accouchements), par le docteur A. Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, ancien interne lauréat des hôpitaux (in-8 de 148 pages. Chez A. Delahaye. Paris, 1872).

Des applications de l'histologie à l'obstétrique. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, etc., par le docteur G. Chantreuil, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc. (in-8, 189 pages. Chez A. Delahaye. Paris, 1872).

Les trois ouvrages dont nous nous proposons de présenter ici un résumé sommaire pourraient à eux seuls caractériser l'école obstétricale de Paris ; nous y trouvons, en effet, à côté des paroles du maître, les louables efforts et les légitimes aspirations de deux élèves dignes de lui. C'est après avoir parcouru ces trois ouvrages que l'on est pénétré de la vérité de cette assertion formulée par M. le professeur Depaul dans sa préface : « Il n'y a en Angleterre, ni en Allemagne, ni en Italie, ni en Amérique, un enseignement obstétrical mieux organisé que le nôtre. Je l'affirme après avoir visité quelques universités étrangères dont on a beaucoup parlé et après obtenu, pour beaucoup d'autres, des renseignements qui ne peuvent laisser aucun doute dans mon esprit. Je l'affirme, parce que je vois, chaque année, un certain nombre de médecins de ces pays venir compléter chez nous leur éducation spéciale, et parce que c'est un titre pour beaucoup d'entre eux que d'avoir étudié à Paris, pour monter plus tard dans une chaire. Je l'affirme enfin, parce que les travaux des accoucheurs français ne sont inférieurs ni par la quantité ni par la qualité. » Jamais vérité ne trouva une application plus juste. Les leçons de clinique obstétricale d'un professeur aussi éminent ne suffiraient-elles pas à convaincre les détracteurs les plus acharnés de l'enseignement officiel et les sceptiques les plus endurcis ?

La valeur incontestable de cet ouvrage et le nom de son auteur sembleraient tout d'abord devoir rendre notre tâche facile. Et cependant, en face de cette œuvre qui résume en elle les résultats d'une longue expérience, on hésite à faire œuvre d'analyste ; on hésiterait bien plus encore à faire œuvre de critique.

M. Depaul consacre ses quatre premières leçons à l'étude des divers modes d'exploration applicables à la pratique obstétricale. Le *toucher* occupe le premier rang ; il peut être pratiqué de trois façons différentes : 1° par le vagin ; 2° par le rectum ; 3° par l'abdomen. Le manuel opératoire du toucher vaginal est exposé avec un soin minutieux que justifient pleinement les paroles d'un célèbre auteur : « Étudier les accouchements sans s'exercer au toucher, c'est apprendre des mots qui ne représentent rien, c'est acquérir des idées stériles et dont on ne saurait faire aucune application. » Aussi comprendra-t-on, d'après cela, les détails dans lesquels est entré l'éminent accoucheur relativement à la position que l'on doit faire prendre à la femme, et aux divers points que l'on doit surtout rechercher dans cet examen : l'état des organes génitaux externes, du vagin, du col utérin, des membranes, etc. Le toucher, pendant le travail, est de la plus haute importance pour le diagnostic des présentations et des positions, mais il faut avoir grand soin, ainsi que le fait si judicieusement observer M. Depaul, d'attendre pour diagnostiquer une position que la dilatation de l'orifice ait à peu près l'étendue d'une pièce de 5 francs.

L'utilité du toucher n'est pas limitée à la grossesse et à l'accouchement, car après l'expulsion du fœtus, ce moyen peut encore fournir d'utiles données sur la présence du placenta dans le col ou dans le vagin, sur l'existence de caillots dans la cavité vaginale ou utérine, etc...

Outre les notions précédentes que l'on peut acquérir à l'aide de ce mode d'exploration, le toucher pratiqué avec la main tout entière fournit, dans certains cas, de précieux renseignements.

Après avoir consacré quelques mots au ballottement et à la façon de le percevoir, M. Depaul termine sa leçon par cette phrase qui la résume tout entière : « J'ai désiré que vous fussiez instruits des avantages que l'on peut retirer d'un mode d'exploration que je proclame, sans contredit, comme la clef de voûte de la pratique obstétricale.»

Le deuxième mode d'investigation qui s'associe, du reste, presque toujours avec le toucher, le *palper abdominal*, fait le sujet de la seconde leçon. L'auteur examine successivement la position que l'on doit donner à la femme, le manuel opératoire, l'état des parties situées immédiatement au-dessous de la paroi abdominale et des organes contenus dans l'abdomen, les mouvements actifs du fœtus, le diagnostic des présentations et des positions. Il consacre enfin quelques lignes à la version par manœuvres externes qui n'est qu'une modalité du palper abdominal, et réserve la dernière page au toucher rectal, qui n'a qu'un rôle très-limité dans les accouchements, et ne peut servir que dans quelques cas exceptionnels.

Les trois leçons suivantes, qui ont trait à l'*auscultation obsté-*

tricale, sont assurément les plus intéressantes de cet ouvrage, car elles contiennent le résumé des nombreux travaux entrepris depuis déjà près de trente ans, par ce laborieux investigateur, auquel ils ont valu une si légitime et si précoce renommée. Cet intéressant chapitre doit être lu et médité aussi bien par les élèves désireux d'entreprendre l'étude difficile de la science obstétricale, que par les praticiens et les maîtres eux-mêmes, jaloux de l'approfondir.

Les six leçons qui précèdent servent pour ainsi dire d'exorde utile aux dix suivantes consacrées à la *grossesse*, que l'auteur définit avec Desormeaux : l'état de la femme qui a conçu et qui porte dans son sein le produit de sa conception. La durée normale de la grossesse est de deux cent soixante-dix jours ou neuf mois solaires. Cependant, les observations recueillies par des hommes dignes de foi permettent (au moins dans certains cas) d'assigner à l'accouchement un terme moins absolu. M. Depaul expose en détails cette question des naissances précoces ou tardives qui a soulevé de si vifs débats à la fin du siècle dernier, et qui offre un si grand intérêt au point de vue médico-légal. A cet égard, il semble croire que la loi a fixé une limite trop large. « Dans près de trente cas, dit-il, dans lesquels j'ai pu avoir une date certaine sur le début de la grossesse, j'ai toujours vu l'accouchement se faire du deux cent soixante-cinquième au deux cent soixante-dixième jour. J'ajoute même que, pour mon compte, je n'ai jamais vu les deux cent soixante-dix jours dépassés que lorsqu'un obstacle matériel existait, qui s'opposait à la réalisation des vœux de la nature, et, dans ce cas, celle-ci ne manquait pas d'affirmer ses droits en mettant en jeu la contractilité utérine à l'époque voulue. »

Passant ensuite à la grossesse utérine simple, le savant professeur étudie les phénomènes qui se passent dans l'organisme de la femme et qui consistent dans des modifications anatomiques et physiologiques, en laissant de côté ceux qui, appartenant au fœtus, ont rapport à son développement et à sa manière d'être dans le sein maternel.

Il examine successivement les modifications que la grossesse imprime à chacune des trois couches qui caractérisent essentiellement l'utérus à l'état de vacuité : 1° la couche séreuse, le péritoine ; 2° la couche musculaire (résumé des travaux qui ont été accomplis à ce sujet par madame Boivin (1821), par Deville (1844), et plus récemment par M. Hélie (de Nantes), dans son important mémoire); 3° la membrane muqueuse qui tapisse toute sa cavité. — C'est aux changements apportés par la grossesse à chacun des éléments de cette dernière qu'est consacrée la neuvième leçon. Ces modifications peuvent être résumées de la façon suivante : la muqueuse utérine, dans sa portion pariétale et réfléchie, subit, pendant les premiers mois de la grossesse, un travail d'hypertrophie généralisé à tous ses éléments : follicules, cellules propres, matière amorphe, capillaires, augmentent considérablement de volume; les cellules propres deviennent plus nombreuses et des granulations graisseuses se remarquent dans leur épaisseur et dans la matière amorphe interposée; épaississement très-notable de la muqueuse qui, de 3 millimètres, peut atteindre 1 centimètre, changement de coloration de celle-ci, enfin l'épithélium qui, dans la plus grande partie de son étendue, est devenu pavimenteux, est remplacé en plusieurs places par de grandes cellules qui se retrouvent dans la caduque expulsée avec les membranes de l'œuf.

Enfin la muqueuse interutéro-placentaire ne devient pas caduque comme le reste, et loin de perdre sa vascularité, celle-ci s'exagère au contraire au point que les vaisseaux qui la parcourent forment de larges sinus pleins de sang, que leur largeur a fait appeler *lacs sanguins* (recherches du professeur Robin sur la disposition des vaisseaux de la sérotine).

Tels sont, en quelques mots, les modifications apportées dans l'utérus par la grossesse, sur lesquelles M. le professeur Depaul insiste avec d'autant plus de raison que ces faits, généralement trop ignorés des élèves, sont d'une haute importance pour l'étude des maladies du placenta, et éclairent la pathogénie restée si longtemps obscure des avortements.

Les annexes de l'utérus (ligaments larges, ligaments ronds, trompes, vagin, etc.) présentent aussi des modifications analogues à celles que nous venons de signaler ; mais de toutes les plus intéressantes sont les modifications subies par les ovaires et par les mamelles. Elles font le sujet de la dixième leçon qui renferme l'histoire du corps jaune et le résumé complet de tous les travaux importants entrepris sur leur formation depuis la découverte de de Graefe et les théories de Malpighi, de Haller, de Buffon et de Baudelocque, jusqu'aux recherches de Baer, de Raciborski, et des professeurs Coste et Robin. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à ces pages intéressantes qui contiennent l'exposé le plus clair et le plus complet de la question.

L'étude des changements que subissent les mamelles sous l'influence de la grossesse (gonflement douloureux, modifications particulières des auréoles — tuméfaction pseudo-œdémateuse de la peau, développement de tubercules papillaires, coloration brune plus ou moins foncée —, sécrétion du lait), terminent cette remarquable leçon.

La *grossesse gémellaire* forme un des plus intéressants chapitres de cet ouvrage; au point de vue de sa fréquence, M. Depaul, s'appuyant sur ses propres statistiques et sur les relevés d'un de ses anciens élèves, le docteur Lebel, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions que P. Dubois (*Gaz. des hôpitaux*, 1843). Selon ces deux professeurs, les conditions qui favorisent les grossesses multiples sont plus communes dans la Grande-Bretagne qu'en France et en Allemagne et elles sont plus communes encore dans cette dernière contrée que dans la nôtre. Examinant ensuite les causes de la grossesse gémellaire, l'auteur formule son opinion de la façon suivante : « 1° La superfécondation est peut-être possible dans les quatre ou six premiers jours de la grossesse, c'est-à-dire pendant le temps que l'ovule met à parcourir la trompe ; dans tous les cas si cette superfécondation a lieu, ce ne peut être que très-exceptionnellement, et cela ne doit produire qu'un nombre extrêmement restreint de grossesses gémellaires ; 2° quant à la superfétation proprement dite, c'est-à-dire une fécondation nouvelle s'opérant après l'arrivée du premier ovule dans la cavité utérine, je me refuse à y croire tant que de nouvelles observations, entourées de preuves vraiment scientifiques, ne viendront en démontrer la possibilité. »

Quelle influence les vices de conformation de l'utérus (utérus biloculaire — *duplex*, *bicornis*, *unicornis*, *bilocularis*) peuvent-ils avoir sur la grossesse et principalement sur la grossesse gémellaire ? Il semble démontré qu'en dehors des cas fort rares d'utérus double et des circonstances également exceptionnelles qui peuvent favoriser une superfécondation, les grossesses gémellaires, dans les cas où chacun des fœtus est contenu dans un œuf complet, reconnaissent pour cause une même fécondation s'effectuant sur deux ovules. Ces deux ovules proviennent le plus généralement du même ovaire et ont été produits dans deux vésicules de de Graaf, bien distinctes, puisque l'on voit deux corps jaunes sur le même ovaire.

Dans les cas où les deux fœtus sont contenus, soit chacun dans une cavité amniotique avec un chorion, soit tous deux dans une même cavité amniotique et entourés d'un seul chorion, il ne peut plus être question ni de superfétation, ni de superfécondation, ni d'utérus double. Les deux produits sont évidemment le résultat d'une même fécondation ; ils proviennent forcément d'une seule vésicule de de Graaf, mieux encore : du même ovule.

M. Depaul admet, avec M. Robin, que l'ovule peut contenir deux vésicules germinatives considérées comme noyau de la cellule. Leur existence, dans l'espèce humaine, indiquerait la présence de deux masses vitellines confondues ; il en résulterait, après la fécondation, deux taches embryonnaires sur un

même blastoderme, et par conséquent deux embryons contenus dans un même chorion, mais pouvant avoir chacun leur amnios propre.

Quant au diagnostic des grossesses gémellaires, on doit reconnaître que ce n'a été que depuis la découverte de l'auscultation obstétricale qu'il s'est enrichi d'un signe infaillible : il est fourni par la constatation des deux pulsations fœtales non isochrones. Le toucher peut donner un très-utile renseignement au point de vue des grossesses gémellaires. M. Depaul signale à ce sujet un fait qui lui est personnel et qui ne se trouve indiqué par aucun des auteurs qui l'ont précédé; c'est une dépression sur les membranes, une sorte de sillon qui partage le kyste amniotique en deux parties. Quoique cette disposition soit très-rare, puisque M. Depaul, dans sa longue pratique, ne l'a rencontrée que deux fois, il n'en constitue pas moins, quand il existe, un caractère important et pathognomonique des grossesses gémellaires.

On pourra reconnaître une grossesse triple quand on rencontrera trois doubles battements distincts, non isochrones, et ayant chacun leur rhythme particulier.

Le savant professeur de l'hôpital des cliniques est d'autant plus fondé à admettre la possibilité de ce résultat, que Nægele fils a pu reconnaître une grossesse tri-gémellaire à l'aide de l'auscultation.

Tels sont, avec les conditions de l'accouchement dans les cas de grossesses gémellaires, les points les plus importants de cette étude généralement si négligée par la plupart des auteurs classiques.

Suit une intéressante description de la môle vésiculaire (division, historique, nature, diagnostic, pronostic, traitement) qui résume en moins de vingt pages tout ce que l'on sait sur ce sujet.

Enfin, les deux dernières leçons consacrées à l'éclampsie laissent, dans l'esprit du lecteur, le désir de poursuivre cette étude si magistralement tracée et le regret de la voir brusquement suspendue. Mais nous espérons bien que le zèle infatigable de M. de Soyre ne la laissera pas plus longtemps inachevée et qu'il nous sera bientôt permis de revenir sur ces savantes leçons que nous avons lues et méditées avec autant d'agrément que de profit.

L. L.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE (Caisse des pensions viagères d'assistance).

M. le Président de l'Association générale vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les Présidents des Sociétés locales :

Paris, le 8 janvier 1873.

Monsieur et très-honoré Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le projet de règlement, préparé et adopté par le Conseil général pour le fonctionnement de la *Caisse des pensions viagères d'assistance*.

Ce projet, vous le savez, ne doit devenir définitif qu'après avoir été discuté et adopté par l'Assemblée générale des présidents et délégués des sociétés locales, qui aura lieu le 20 avril prochain.

Vous trouverez, sans doute, convenable et opportun de consulter par un mode quelconque les membres de la société locale que vous présidez, afin qu'à notre prochaine assemblée générale, toutes les opinions puissent être librement exprimées sur un sujet qui intéresse si directement tous les membres de l'association.

Le vœu le plus vif du conseil général est que la *Caisse des pensions viagères d'assistance* puisse commencer à fonctionner immédiatement après l'assemblée générale de 1874, c'est-à-dire quatre ans avant les prévisions des statuts, si l'assemblée générale de 1873 en vote le règlement. Le conseil général, vous le voyez, attache une importance capitale à l'institution de cette caisse, qui sera le couronnement de notre œuvre, et lui attirera certainement la sympathie prévoyante d'un plus grand nombre de sociétaires.

Déjà, sans pression aucune, et dans la spontanéité des sociétés locales, un grand nombre d'entre elles ont voté le versement d'une partie de leur réserve à la *Caisse des pensions viagères d'assistance* (1), convaincues que cette institution, sagement et prudemment dirigée, peut seule conduire, avec le temps et les libéralités qu'il est permis d'espérer, à la réalisation du vœu suprême de la famille médicale : la pension de retraite.

A cette occasion, permettez-moi, Monsieur le président, d'appeler en même temps votre attention sur un sujet qui a également son importance.

Par les comptes rendus des sociétés locales, le conseil général a pu constater que dans plusieurs sociétés les placements de fonds leur appartenant ne se font pas toujours suivant les prescriptions réglementaires, ces sociétés plaçant volontiers leurs fonds de réserve en rentes sur l'État et en valeurs industrielles.

Cette manière de faire n'est pas conforme aux dispositions du décret du 26 mars 1852, qui n'admet pour les sociétés de secours mutuels que deux modes de placements de leurs fonds.

1° A la caisse d'épargne;

2° A la caisse des dépôts et consignations.

Le conseil général croit devoir vous rappeler ces dispositions, et insister sur l'importance qu'il y a à ne pas s'en écarter, d'abord parce que c'est la loi, puis parce que cette loi est sage et tutélaire.

Les sociétés de secours mutuels ne doivent se livrer à aucune spéculation; leur capital ne doit jamais être compromis, et ce capital doit toujours rester *un dépôt disponible*, ce qui cesserait d'être s'il était placé *en rentes* ou autres valeurs, d'une réalisation impossible ou onéreuse, suivant telles circonstances qu'on ne peut prévoir.

Il ne peut y avoir d'exception à cette règle que pour les titres de rente ou autres donnés à une société pour être conservés tels, de par la volonté du donateur; tel serait, par exemple, un titre de rente donné par un sociétaire pour perpétuer sa cotisation après sa mort.

Le conseil général ne doit pas laisser ignorer à MM. les présidents, trésoriers, secrétaires et membres des commissions administratives que leur responsabilité personnelle se trouverait engagée par des placements de fonds extra-règlementaires tandis qu'elle est complètement couverte par des placements régulièrement faits.

Le conseil général compte que vous voudrez bien, Monsieur le président, prendre ces remarques en sérieuse considération, et veiller à ce que, dans votre société, tout soit fait conformément au décret qui nous régit, comme toutes les sociétés de secours mutuels.

Le conseil général vous sera aussi reconnaissant d'inviter M. le secrétaire et M. le trésorier de votre société à vouloir bien se mettre en mesure d'adresser en temps utile le compte rendu et la situation financière de la société à M. le secrétaire général.

Veuillez agréer, Monsieur le président, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

Le Président, A. Tardieu.

GRADES UNIVERSITAIRES EN VENTE.

Sous ce titre de *Grades universitaires en vente*, nous avons déjà, dans le dernier numéro (p. 79), fait connaître l'offre adressée à tout venant par un certain *Medicus* (de Jersey), de lui obtenir le grade et le diplôme d'*une université célèbre d'Amérique*; et nous ajoutions qu'il ne s'agissait certainement pas là d'une mystification. On va voir si nous nous étions trompés.

Il y a huit jours, un valet de chambre de notre connaissance a écrit audit *Medicus* pour lui manifester le désir de réhausser par un titre scientifique la pratique du massage et autres menues opérations auxquelles il déclarait se livrer. Courrier pour courrier, il a reçu la réponse suivante :

28 janvier 1873.

Monsieur,

En réponse à la lettre que vous avez bien voulu m'écrire, j'ai l'honneur de vous informer que j'ai en mon pouvoir les moyens de vous faciliter l'obtention du diplôme que vous pouvez désirer de l'Université américaine de Philadelphie, dont je vous remets les statuts ci-inclus.

J'entreprends toutes les formalités à mes frais, risques et périls; ainsi vous obtiendrez votre diplôme sans vous voir obligé de vous déplacer.

(1) La Société centrale, à Paris, a voté un versement de 10 000 francs à la *Caisse des pensions viagères*.

La totalité des frais s'élèvera à six cents francs, sans avoir aucun autre débourse à faire.

Je suis à votre service pour tout ce qui pourra vous être utile et agréable, et vous prie d'agréer mes civilités empressées.

P. F. A. Van der Vyver,
Docteur en droit.

46, rue du Roy, Jersey (Angleterre).

A cette lettre était joint un grand placard donnant des indications détaillées sur l'organisation de l'*Université de Philadelphie* et spécialement du Collége médical. En voici deux extraits :

Pour une circulation privée parmi MM. les Étudiants et Candidats.

L'UNIVERSITÉ AMÉRICAINE DE PHILADELPHIE
514, Pine-Street, Philadelphie (Amérique).

Cette Institution a été originairement établie comme Collége de Médecine en 1842, dans le but d'instruire les Étudiants qui se destinent à l'Art Médical et d'avoir la faculté de distribuer des Diplômes de Médecin et de Chirurgien. Sa charte a été successivement étendue et d'autres priviléges lui ont été conférés.

Une Université a été créée sous le nom de " Université Américaine de Philadelphie. "

Par l'extension donnée à sa Charte, elle a obtenu l'autorisation d'instruire toutes les diverses classes d'Étudiants, et de leur accorder des diplômes suivant l'usage reçu, c'est-à-dire dans les Arts, la Théologie, les Lois, la Médecine, la Philosophie, la Musique, etc., etc.

. . . .

LE COLLÉGE DE MÉDECINE.

Ses Principes sont Eclectiques, c'est-à-dire qu'il choisit et adopte tous les remèdes et traitements qui ont été reconnus avantageux tant en Allopathie qu'en Homœopathie, sans s'astreindre à suivre exclusivement aucune des deux écoles, employant par le fait ce qui est connu comme " Le système américain de médecine pratique. "

. . . .

Nota. — Il est très-important de savoir que les personnes en Europe qui désirent être promues, sans déplacement, par cette Université, doivent adresser leur demande à M. P. F. A. Van der Vyver, docteur en droit, à Jersey (Angleterre).

Philadelphie, octobre 1872.

C'est donc à Philadelphie que réside cette fabrique « célèbre » de diplômes qu'on peut livrer à prix débattu. Or, sans vouloir nuire ici à M. Van der Vyer, ni aux agents d'une honnête industrie qui tend incontestablement à élargir la base de l'échange international, il est impossible de ne pas désirer savoir comment ces diplômes sortent de l'Université de Philadelphie ; s'ils portent, à la sortie, les signatures officielles ; et, dans le cas contraire, où et de quelle manière ces signatures sont remplies. Peut-être, à Philadelphie même, jugera-t-on opportun de répondre à ces questions.

La Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice de l'enfance de Paris a tenu sa séance générale annuelle le 26 janvier, sous la présidence de M. J. Béclard.

Dans un discours souvent interrompu par d'unanimes applaudissements, l'honorable président a tracé en termes éloquents, élevés, pathétiques, le rôle et le devoir des mères dans la famille, dans la société et dans la nation. Il a montré la part considérable qu'elles peuvent prendre au relèvement de notre malheureux pays, en formant des générations saines, robustes, solides d'esprit et de corps.

M. le docteur A. Mayer a présenté un compte rendu des travaux et des actes de la société.

M. le docteur Linas, rapporteur d'une commission composée de MM. Bergeron et Canuet, a lu le rapport du prix sur la question du *Rachitisme et de ses causes.*

M. le docteur *Chonneau-Dubisson* (de Villers-Bocage) a obtenu le prix de 500 francs; M. le docteur *Michaux-Bellaire* (de Poitiers), une première mention, avec médaille d'argent ; M. le docteur *Salmon* (de Quettehow), une seconde mention avec médaille de bronze ; Madame *Makenet* (de Paris) et M. le docteur *Chéneau* (de Brécy-sur-Cher), une mention honorable.

Sur le rapport de M. Léon Duchesne, des récompenses ont été décernées aux médecins-inspecteurs de la société : la médaille d'or à M. le docteur *Horace Bureau-Riofrey ;* des médailles de vermeil à MM. les docteurs, *Carassus* et *Flain*; une médaille d'argent à M. le docteur *Tassin.*

M. le docteur Malingre a lu le rapport sur les récompenses attribuées aux mères-nourrices et aux nourrices.

Le bureau de la Société pour l'année 1873 est ainsi constitué : *Président*, M. Béclard; *vice-président*, MM. Bergeron et Marjolin; *secrétaire général*, M. A. Mayer; *secrétaires annuels*. MM. Léon Duchesne et Laffilte.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Senn, de Genève. — M. le docteur Lannelongue est nommé chirurgien du collége Rollin, en remplacement de M. Manec, démissionnaire.

École des beaux-arts. — M. Mathias Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, en remplacement de M. Huguier, décédé.

Corps de santé de la marine. — Une commission, dont le travail est déjà fort avancé, a été nommée pour proposer les réformes destinées à améliorer la situation du corps de santé de la marine. Elle se compose de MM. l'amiral Jurien de la Gravière, *président ;* J. Roux, *inspecteur général ;* Walther, Vincent, *inspecteurs adjoints ;* J. Rochard, Jossic, Arland, *directeurs ;* Le Roy de Méricourt, directeur des *Archives de médecine navale ;* C. Duplessy, *chef de bureau.*

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 25 au 31 janvier 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 41; — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 44. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 258. — Affections chroniques, 348 (1). — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 13. — Total, 822.

Londres : Décès du 19 au 25 janvier 1873, 1247. — Variole, 7 ; rougeole, 10 ; fièvre scarlatine, 7; croup, 13; coqueluche, 60; fièvre typhoïde, 23; diarrhée, 13; bronchite, 132 ; pneumonie, 69.

Bruxelles : Décès du 12 au 18 janvier 1873, 93. — Rougeole, 3 ; scarlatine, 1 ; croup et angine couenneuse, 1 ; bronchite et pneumonie, 15; entérite et diarrhée, 3.

Rome : Décès du 13 au 19 janvier 1873, 194. — Fièvre typhoïde, 7; variole, 5; rougeole, 2; diphthérie et croup, 15 ; pneumonie, 14 ; bronchite, 16.

(1) Sur ce chiffre de 348 décès, 160 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS. — La table et le titre de la Gazette hebdomadaire, année 1872, seront distribués dans quelques jours.

Paris. — Sommaire. Assemblée nationale : Du travail des enfants dans les manufactures. — **Cours publics.** Médecine pratique : La syphilis chez la femme. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Sociétés savantes des départements. — **Revue des journaux.** Des flexions et des versions utérines, en particulier du traitement mécanique des déplacements en arrière de l'utérus. — **Bibliographie.** Leçons de clinique obstétricale. — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. — Des applications de l'histologie à l'obstétrique. — **Variétés.** Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Grades universitaires en vente.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 13 février 1873.

SUR LA PROPYLAMINE ET L'APOMORPHINE. — INSPECTORAT DES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX.

Le branle est donné. La plupart des médecins emploient la propylamine. Ceux qui, moins favorisés, n'ont pu encore l'administrer, attendent avec impatience l'occasion propice ; et elle ne leur échappera pas. Bon gré mal gré, tous les rhumatisants de la saison absorberont leur dose de propylamine. L'expérimentation atteint déjà les proportions les plus vastes ; et, sans doute, nous ne tarderons pas à connaître dans ses plus petits détails les vertus d'un agent si merveilleux.

Les noms imposés à la propylamine sont nombreux. M. V. Guibert nous en donne la nomenclature dans son *Traité des médicaments nouveaux*, p. 300, Bruxelles, 2e édition, 1865; la voici :

Azoture de trityle. Trityl-d'ammoniaque. Tritylamine. Métacétamine. Anylamine. Propyliaque. Ammoniaque composée.

M. V. Guibert a expérimenté sur lui-même la propylamine. Il nous semble bon de rappeler les résultats principaux de ses expériences.

La propylamine déposée sur la peau ne provoque aucune sensation particulière. Si l'on frictionne la peau avec cette substance, la peau rougit fortement.

Déposée sur la muqueuse des lèvres, on observe d'abord un sentiment de fraîcheur bientôt suivi d'un sentiment de cuisson. L'épiderme est attaqué, détruit; il s'exfolie, et il reste une très-superficielle ulcération.

M. V. Guibert se met au lit. Alors, il absorbe vingt gouttes de propylamine étendue d'eau. Le pouls tombe de 66 pulsations à 59. Le lendemain, il en prend une petite cuillerée et demie ; le pouls tombe à 54 pulsations. Le surlendemain, il va jusqu'à trois cuillerées à café. Le pouls s'abaisse de 8 à 9 pulsations.

Pendant ces expériences, les assistants remarquent que la face de l'expérimentateur devient très-pâle, et lui-même éprouve une sensation de froid.

M. V. Guibert conclut de son expérimentation que « la propylamine est une substance légèrement excitante de la peau, caustique des muqueuses et hyposthénisante du système artériel ».

Nous accordons la justesse des deux dernières conclusions ; mais la première nous paraît en contradiction absolue avec les résultats expérimentaux. La face de M. Guibert était très-pâle quand il avait absorbé la propylamine, et il éprouvait un sentiment de froid. Il n'y avait donc pas d'excitation de la peau, même légère ; il y avait un état anémique de la peau, qui s'accorde, du reste, parfaitement avec l'état de dépression du pouls. Mais, peut-être, l'auteur, a-t-il voulu faire allusion à la rougeur de la peau que provoquent les frictions ; et alors il eût mieux valu dire que la propylamine possède une action rubéfiante.

M. V. Guibert n'a pas fait un grand usage thérapeutique de la propylamine. Il s'en est servi une fois sur lui-même.

« Pendant les journées humides du mois de novembre 1860, écrit-il, nous avons souffert de douleurs rhumatismales dans le genou droit, avec hyperesthésie ou sensibilité extrême et sensation de brûlure dans la peau de la cuisse au-dessus de la rotule. Nous avons fait à deux reprises des *frictions locales* avec un morceau de flanelle imbibée de propylamine, et, en même temps, nous avons pris deux soirs de suite vingt gouttes de cette substance dans trois onces d'eau distillée. La douleur a cessé rapidement et l'affection a complétement disparu. »

Remarquons bien que l'action rubéfiante de la propylamine a, peut-être, été pour beaucoup dans la prompte disparation des douleurs qu'éprouvait M. V. Guibert.

FEUILLETON.

Grades universitaires en vente (1).

Nous avons l'extrême satisfaction d'annoncer aux amateurs des diplômes de l'Université de Philadelphie, offerts par M. Van der Vyver, que cet honorable Flamand n'est pas si turc qu'il en avait l'air. C'est au contraire un commerçant fort traitable, vendant son parchemin le plus cher qu'il peut, chose assez naturelle, mais plein de compassion pour les petites bourses. Les six cents francs qu'il demandait à sa pratique dans la lettre connue de nos lecteurs (voyez le n° 6, p. 95), n'étaient qu'une mise à prix, comme il en faut bien, et comme il y en a en effet à la Halle, dans toute vente à la criée. Le valet de chambre ambitieux qui avait rêvé de tâter le pouls de ses concitoyens avec la permission de M. le ministre de l'instruction publique, n'ayant pu se décider à sacrifier pour ce coup de hasard une année de gages, l'excellent docteur en droit de Jersey lui écrit de nouveau pour lui demander, avec une nuance de style particulièrement délicate, « à quelle condition *il espérait* obtenir le diplôme de docteur en médecine ». On sollicite une réponse, et le marché en est là.

Nous ne serions peut-être pas revenu sur cette petite négociation, s'il ne nous était tombé sous la main un document qui tend à présenter sous une nouvelle forme l'ingénieux cosmopolitisme de l'Université de Philadelphie. C'est une thèse pour le doctorat en médecine, écrite en français et en latin, ou à peu près, qui a été soutenue en 1872, à Londres, *devant les délégués* de cette université. On ne peut supposer que ces délégués soient des membres titulaires du collége des médecins, et que M. Cockran, ou M. Clark, ou M. Sites, passent de temps à autre les mers pour venir entendre une dissertation médicale : celle que nous avons sous les yeux les aurait d'ailleurs décidés à n'y plus revenir. Le collége a donc à l'étranger

(1) Voyez les numéros 5 et 6 aux *Variétés*

Nous en étions là de nos recherches, lorsque nous avons reçu une lettre de notre très-honoré confrère M. Bernheim, professeur agrégé à l'École de Nancy.

M. Bernheim signale à notre attention une thèse soutenue, en 1870, à Strasbourg sur le sujet qui nous occupe. Ce renseignement précieux nous a permis de lire le très-intéressant travail de M. Fargier-Lagrange intitulé : ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE SUR LA TRIMÉTHYLAMINE.

Cette thèse a été écrite sous l'inspiration de M. le professeur Coze. Elle renferme des détails curieux, et une longue et consciencieuse étude chimique.

La propylamine ou triméthylamine a joui déjà d'une grande vogue : on en a usé et abusé. Lisez l'énumération des états morbides dans lesquels elle a été employée.

M. Awénarius. — Rhumatisme partiel. Rhumatisme universel. Péricardite rhumatismale. Hémiplégies. Paraplégies.

M. Hétet. — Eczéma chronique.

M. V. Guibert. — Rhumatisme. Aphthes. Muguet.

M. de Kaléniczenco. — Bronchites intenses. Maladies du foie. Maladies de la rate. Hémorrhoïdes. Maladies scrofuleuses, rhumatismales, goutteuses. Névroses. Rachitisme. Maladies de la peau. Leucorrhée. Dysménorrhée. Aménorrhée. Anémie. Chlorose.

M. Coze. — Arthrite déformante. Tumeurs blanches. Méningite spinale chronique avec contracture et déformation des articulations.....

Et toujours avec le plus étonnant succès !

La propylamine est un corps très-répandu dans la nature. On le retire d'une foule de substances animales et végétales; on le retire du vin et de l'huile de foie de morue. M. Awénarius faisait exclusivement usage de la propylamine extraite de l'huile de morue; et M. Fargier raconte, à ce propos, une historiette qui ne manque pas de sel.

Un jour, Awénarius administre sa précieuse drogue. Le lendemain, pas de guérison ! Awénarius s'inquiète, sa panacée serait-elle en défaut? — Ce n'est par possible ! Il s'informe... Et voilà qu'au lieu d'administrer au patient de la propylamine de morue, on l'a soumis à la propylamine extraite de la saumure de harengs ! Cette erreur grave fut promptement réparée et le malade guérit aussitôt.

Et nous, qui administrons de la saumure de harengs à nos malades, croyant marcher sur les traces du docteur Awénarius !

L'enthousiasme soulevé par cette substance, a été tel que M. de Kaléniczenco, de Charcow, ne voit plus que la propylamine dans la matière médicale. L'huile de foie de morue n'est plus qu'une solution de propylamine : propylamine et huile de foie de morue sont devenues synonymes. Ce professeur a même décrit un *exanthème propylamique*.

Mais, arrivons aux faits consignés dans la thèse de M. Fargier-Lagrange.

La propylamine donnée à la dose de 5 à 10 gouttes accélère le pouls. A la dose de 50 gouttes et au delà, elle le fait baisser. Son action est d'abord stimulante, puis sédative.

Sur cinq malades affectés de maladies chroniques, dont l'histoire est relatée dans cette thèse, la propylamine administrée assidûment à la dose de 60 centigrammes par jour a fait tomber le nombre des pulsations du pouls et abaissé la chaleur animale. Nous relevons les faits suivants :

OBS. I. — *Femme. Arthrite déformante.* — Premier jour de l'administration du médicament : température, 36°,5 ; pouls, 68.

Quinzième jour : température, 35°,8 ; pouls, 51 ; apaisement des douleurs.

OBS. II. — *Femme. Arthrite déformante.* — Premier jour de l'administration du médicament : température, 36°,8 ; pouls, 76.

Dix-neuvième jour : température 35°,9; pouls, 64 ; apaisement des douleurs.

Chez cette malade, on a constaté aussi que, pendant cette période, l'urée était excrétée en moins grande quantité.

Des faits et des expériences consignés dans sa thèse, M. Fargier-Lagrange tire les conclusions suivantes qui nous paraissent parfaitement justes :

« La propylamine diminue les combustions intra-organiques et abaisse le chiffre de l'urée ;

» Elle diminue l'activité circulatoire et abaisse la température (c'est ce qu'avait bien vu M. V. Guibert) ;

» Elle exerce une action sédative sur le système nerveux et diminue manifestement les douleurs névralgiques et articulaires. »

Un dernier fait : M. de Kaléniczenco a observé que dans les maladies rhumatismales la propylamine agissait avec efficacité surtout dans les formes caractérisées par une inflammation articulaire vive, une fièvre continue et une impossibilité absolue de mouvoir les membres. Cette observation clinique cadre très-bien avec les conclusions du travail de M. Fargier et les résultats obtenus par M. V. Guibert.

---

des procurateurs, tout comme la cour romaine; il a des légats *a latere* qui sacrent et qui baptisent avec la même efficace que lui, et qui ont de plus le don de faire tomber la grâce sur qui il leur plaît. Se figure-t-on des docteurs de la Faculté de Paris nous arrivant tout faits de la Pensylvanie ou de l'Ohio ? On les prendrait pour des *phénomènes* de foire; on regarderait s'ils ne sont pas de carton ; on les casserait pour voir ce qu'il y a dedans, et tenez pour certain qu'on n'y trouverait pas grand'chose. Si encore ces *délégués* de Londres avaient droit d'examen ; s'ils interrogeaient les candidats dans cinq ou six séances successives ! Ce ne serait, à dire vrai, qu'une singerie; un peu de sérieux et de sévérité ferait manquer le but; mais il y aurait au moins une forme, une apparence, un décor qui masquerait la pauvreté de la pièce. Rien de tout cela; une dissertation, écrite n'importe sur quoi, n'importe comment, n'importe par qui, pourvu que le candidat l'ait sous le bras en se présentant devant les délégués, voilà toute la cérémonie.

Mais au fait, ces délégués, quels sont-ils? combien sont-ils? comment les nomme-t-on? quels sont leurs titres? sont-ils américains ? sont-ils anglais? ont-ils vu le jour au Kamschatka ou dans l'Araucanie? Chose étrange, notre *thèse* n'en dit pas un mot. Ces messieurs sont bien modestes. C'est pourtant un beau titre que celui dont ils auraient à se parer devant le monde savant, puisqu'ils résument et concentrent dans leur personne la quintessence du collége médical de la capitale d'un grand État. Est-ce que, d'aventure, ils seraient aussi *délégués* que les candidats sortant de leurs mains sont *docteurs?* Avons-nous affaire à des ombres ou à de vrais primates comme vous et votre serviteur ? Franchement nous souhaiterions que la première supposition fût la vraie. Ce ne serait plus qu'une spéculation obscure, et la tromperie serait moins scandaleuse avec le caractère privé qu'avec celui d'une sorte d'institution.

Il faut pourtant que nous disions quelques mots du spécimen de thèse inaugurale qui a été l'occasion de ces remarques. C'est une production triomphante. On sent que l'auteur vient

Pour le moment et vu ces grands succès thérapeutiques de la propylamine, nous la laissons parler elle-même, craignant de ne pas si bien dire.

— Nous avons donné, en 1871, page 434, quelques renseignements sur l'apomorphine; et, nous disions alors, que l'apomorphine — obtenue par la digestion de la morphine dans l'acide chlorhydrique concentré et bouillant — possède une action vomitive sûre et assez énergique. De récentes expériences entreprises par M. Siebert à Dorpat et à Halle par M. Quehl, ont confirmé ce que nous savions déjà de cette substance et fourni quelques résultats nouveaux.

L'apomorphine introduite dans l'organisme provoque, suivant les doses, un état nauséeux, des vomissements et certains troubles des fonctions encéphalo-rachidiennes. M. Siebert s'est particulièrement occupé de l'action nauséeuse et vomitive; M. Quehl, tout en étudiant cette action, s'est étendu plus longuement sur les perturbations cérébrales que cet agent détermine chez les animaux.

L'état nauséeux apomorphique présente, d'après les observations de M. Siebert, tous les caractères connus de l'état nauséeux simple, accidentel, ou de celui que provoquent, soit l'ipéca, soit le tartre stibié.

Quand les nausées apparaissent, le pouls s'accélère, la respiration devient plus fréquente et irrégulière : ces phénomènes sont au maximum quand l'état nauséeux atteint le plus haut degré.

Si la dose administrée est assez forte, il survient des vomissements; et alors le pouls est rapide, la respiration accélérée, inégale, anxieuse : ces phénomènes diminuent d'intensité entre chaque effort de vomissement; ils s'exaspèrent si l'effort est considérable. D'ailleurs, il n'y a aucune relation constante entre le nombre des pulsations et le nombre des mouvements inspiratoires. La pression sanguine n'est que bien peu modifiée, et la température animale ne subit point de perturbation notable.

Quand les nausées et les vomissements ont cessé, il survient une dépression générale qui se traduit par une grande lenteur du pouls et de la respiration : le nombre des pulsations et celui des mouvements respiratoires tombent au-dessous de la normale. Cet état d'anéantissement dure quelques heures, puis cesse peu à peu, et tout rentre dans l'état habituel.

En injectant l'apomorphine dans le tissu cellulaire sous-cutané, une dose d'environ 6 milligrammes suffit pour provoquer les vomissements. La dose doit en être beaucoup plus forte quand o l'administre par la bouche : alors, au re dedin M. Siebert, 10 centigrammes ne produiraient pas toujours l'effet vomitif.

D'après les expérimentations de M. Quehl, de faibles doses d'apomorphine déterminent l'effet vomitif; de fortes doses ne font plus vomir, mais elles troublent profondément les fonctions cérébro-rachidiennes.

Les observations dont je vais donner l'idée générale ont été faites sur des chiens.

L'animal empoisonné par l'apomorphine éprouve un grand affaiblissement musculaire : il traîne les membres postérieurs, titube, chancelle, tourne en cercle — ce qu'a bien vu M. Siebert — et, à bout de forces, finit par tomber sur le sol. Alors, ses membres exécutent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. L'animal pousse des cris, et quelquefois la pupille est dilatée.

Si l'on augmente encore la dose, l'animal est de plus en plus abattu, il cesse de manger, tombe dans la somnolence et demeure dans cet état pendant quelques jours : il est fortement narcotisé. Enfin, il revient à lui, alors même que la dose du poison a été très-forte et que l'effet produit a été très-prononcé.

L'examen cadavérique des animaux qui ont succombé a permis de constater que cette substance ne laissait aucune trace immédiatement évidente de son action, soit sur la muqueuse gastro-intestinale, soit sur les centres nerveux.

L'apomorphine nous paraît reproduire, quoique modifiées, les diverses propriétés de la morphine dont elle dérive; l'intensité de son action émétique dépasse de beaucoup l'action vomitive ou plutôt nauséeuse de l'opium et de ses alcaloïdes; en retour, elle narcotise moins facilement et moins promptement.

V. Audhoui.

Voilà de grands établissements sanitaires qu'on appelle des hôpitaux; ils appartiennent aux communes; s'ils viennent de fondations particulières, ils ont dû recevoir l'autorisation préalable, et sont rangés dans les établissements d'intérêt public. Dans aucun cas ils ne sont libres. Comme il faut qu'une maison hospitalière soit ouverte, sans acception de personnes,

---

de sortir d'un pas difficile, et que, content de lui, il s'évente. Dès la couverture, dans une devise, il déclare en trois langues, en latin, en anglais et en français, que «rien ne l'ébranle». On le voit, du reste, et c'est ce qui l'amène à publier et à numéroter la liste de ses titres antérieurs, qui remplit une page. Ne lui dites pas qu'il n'a jamais été (car nous croyons assez bien connaître cette histoire) « officier de santé » ni « chirurgien sous-aide des hôpitaux militaires », mais simplement pharmacien requis à l'hôpital militaire d'une station thermale; il vous répondrait : « *Rien ne m'ébranle!* » N'ajoutez pas que le titre de « chirurgien-major d'une légion mobilisée » pris, dans le désarroi de l'invasion, par un pharmacien, fût-il « de l'école de Dijon », est absolument illusoire : « *Me omnia commovent, non quatiunt!* » N'affirmez pas surtout qu'il ne possède aucunement les *douze inscriptions* de la Faculté de médecine de Paris annoncées sur sa liste de titres; que ces douze inscriptions, il les a en effet demandées en décembre 1871 et janvier 1872, se disant muni de quatre inscriptions de la Faculté de Strasbourg; qu'il n'a pas justifié de ces dernières; que les premières lui ont été refusées par la Faculté de Paris; qu'il a enfin tout récemment renouvelé, mais en vain, sa demande, en l'appuyant de l'obtention d'un diplôme de l'université de Philadelphie; taisez-vous sur tout cela, vous dis-je; il vous répliquerait : « *All agitate me, nothing meshake!* », troisième formule de sa devise.

C'est ainsi drapé que le nouveau docteur de Philadelphie se présente à ses amis et connaissances. Corneille, entre divers titres de célébrité, a celui du grand nombre de ses dédicaces : une au moins par pièce. Notre thèse, pour elle toute seule, en a cinq : c'est au moins un motif de rapprochement. Par exemple, sur la valeur relative du fond, la comparaison, nous sommes obligé de le déclarer, ne se soutient pas. On rencontre bien par ci par là, dans cette étude *sur les tempéraments* en général, quelques passages assez remarquables; ceux-là sont extraits de Confucius, de Lucrèce, de Condillac, de Voltaire, de Molière, etc., et ont de plus l'a-

à toutes les souffrances; qu'elle ne soit pas un lieu de privilége ni de spéculation mensongère; qu'elle soit salubre; que tous les moyens de secours y soient réunis, bien ordonnés et bien distribués; que tous les employés y fassent leur devoir : — on installe dans cette maison un agent de surveillance; on la place, non par la volonté des communes ou des fondateurs, mais par l'ordre de l'État, sous l'autorité d'une commission administrative; on l'astreint aux visites d'un inspecteur; on la dote d'un médecin en chef nommé par la commission, mais ne pouvant être révoqué sans l'autorisation du préfet. Presque jamais l'État ne fait, dans cette haute tutelle de l'assistance publique, la part assez large à l'élément médical, et celui qui donne des soins aux malades se perd dans le nombre des autres agents de l'administration. Comme de juste, le corps médical se plaint.

Voici d'autres établissements également sanitaires, appartenant : ceux-ci à l'État, ceux-là aux communes, d'autres aux particuliers. On n'y débite qu'un remède, de l'eau, mais sous cent formes diverses, et ce remède, dans l'opinion des médecins spéciaux, doit être administré avec art et ménagement, sous peine de produire des accidents dangereux. Leur ensemble constitue une richesse nationale qu'il faut entretenir et accroître, un centre d'activité commerciale qu'il faut protéger, une immense ressource thérapeutique dont il faut assurer l'usage et la bonne distribution. Ces établissements ont souvent sollicité et obtenu la déclaration d'intérêt public, c'est-à-dire un privilége, la protection de l'État, puis un avantage immense et que, pour notre part, nous trouvons excessif : la délimitation d'un périmètre de protection autour de la source. Ils ont, en compensation de ces avantages, accepté la surveillance administrative. La nécessité de cette surveillance par l'État devenu responsable n'est absolument contestée par personne; il n'est pas contestable non plus que cette surveillance ne doive porter en partie sur des faits d'ordre hygiénique et médical; les cabinets doivent être bien disposés, bien entretenus; les appareils en état, appropriés aux besoins de la médication; le service doit fonctionner régulièrement; l'eau doit être débitée, à moins d'indication spéciale, telle que la source la fournit; l'ordre des bains doit être réglé, etc. Là-dessus, pas de désaccord. L'autorité se fait donc représenter par un inspecteur et, qui plus est, par un inspecteur résidant : elle attribue, pour le côté médical, cette fonction à un médecin. Le corps médical se plaint.

Voilà l'aperçu général de la question, sur laquelle le débat vient de s'engager à l'Académie de médecine par un discours excellent (dans la première partie au moins) de M. le docteur Fauvel. On a cru d'abord que ce discours allait tout terminer. Malgré les appels réitérés de M. le président, personne ne demandait la parole. M. J. Guérin enfin a levé la main, et l'on peut être sûr actuellement que la discussion se prolongera. Le rapporteur, M. Gubler, a déjà annoncé qu'il répondrait en une seule fois « à tous les orateurs ». Quant à nous, nous ne sommes pas fâché de cette perspective. Nous eussions été condamnés aujourd'hui à une sorte de dissertation sur l'inspectorat; il nous plaît mieux de suivre les hasards des arguments de tribune. Ce qui précède n'est que le plan du terrain sur lequel nous comptons nous placer.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

Clinique médicale de la Charité. — Leçons sur les urines, faites par le docteur Bouchard, agrégé, suppléant du professeur Bouillaud.

(Quatrième leçon.)

Messieurs, ce sont les matières solides des urines qui donnent à ce liquide les caractères généraux que nous avons étudiés précédemment, densité, réaction, odeur, aspect, couleur, fluorescence. Nous allons commencer aujourd'hui l'étude de ces matériaux solides.

Nous ne considérerons encore que les matières normales, réservant pour une époque ultérieure l'étude des urines qui renferment des matières anormales. Les urines normales contiennent des matières minérales et des matières organiques. Les matières minérales des urines sont : le chlore, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique, la chaux, la magnésie, la soude, la potasse, un peu de fer, très-peu de silice; ajoutons enfin des traces de bioxyde d'hydrogène et des gaz en dissolution.

Les matières organiques sont : l'urée, la créatinine — et vous remarquerez que je n'indique pas la créatine parmi les principes constituants normaux de l'urine — la xanthine, l'acide urique; l'acide hippurique, qui, sans être constant, est cependant normal; les acides phénique, taurylique, damalurique et damolique, substances odorantes que j'ai déjà eu l'occasion d'indiquer et sur lesquelles je ne reviendrai pas; l'urochrome et ses dérivés, l'uro-érythrine et la mélanine, l'uroxanthine et ses dérivés, l'uroglaucine, l'urrhodine et l'indigo blanc, le mucus, l'albuminose, et enfin certaines matières

---

vantage de former, avec des citations d'Alphonse Karr, de Baudelaire, de Catulle, un mélange tout à fait original. Mais la trame qui réunit ce mélange est si lâche et si pauvre qu'on préférerait des trous; autrement dit, on eût mieux aimé trouver tous ces passages, ou graves ou plaisants, tout uniment placés les uns après les autres, sans ce remplissage de mauvais goût qui les fait grimacer. Veut-on en juger? « Les femmes qui ont les yeux gris verdâtre ou vert-de-mer (ce qu'on appelle des yeux de chat) sont toutes ou presque toutes artificieuses et horriblement méchantes. *Célibataire, qui désirez prendre femme, attention, mon bel ami!* Et vous, madame, qui avez bu de trop bonne heure à la coupe amère des déceptions conjugales, si votre époux a des yeux de chat, tout s'explique. Il faut vous résigner aux coups de griffe de votre aimable compagnon, attelé, comme vous, au char pesant de l'existence. Seulement laissez visiter vos ongles roses sous prétexte que c'est la mode, et attendez patiemment *que monsieur ait ses nerfs* ». Tout cela et beaucoup d'autres choses de même sel, pour démontrer (§ Ier) que « les individus ont des manières d'être qui leur sont propres, qui leur donnent un caractère spécial ».

Le lecteur est averti que le choix de ces extraits textuels n'a rien d'arbitraire ni de malicieux; que nous donnons au contraire, par eux, la sue et la moelle de la dissertation. Si nous avions les yeux vert-de-mer, nous en pourrions citer de plus mauvais encore; si nous les avions bleu céleste, nous n'en pourrions citer de plus raisonnables. De quel tempérament sont les délégués de Londres? Ont-ils le menton carré, le front petit, le nez court, les lèvres charnues? En ce cas, selon l'auteur, ils seraient gourmands. Ce ne peut être cela. Nous croirions plus volontiers qu'ils ont le visage, les yeux et le nez longs; car c'est le partage de ceux « à qui la nature a refusé les jouissances du goût »; et l'on ne peut nier que les patrons de cette philosophie drôlatique n'aient fait preuve d'un goût singulier.

Pour parler sérieusement, il nous paraît impossible que, devant un tel spectacle et un tel abaissement de la dignité uni-

inconnues dont on apprécie le mélange en bloc et que l'on désigne, faute de mieux, sous le nom de *matières extractives*.

Entrons dans l'étude des substances inorganiques.

MATIÈRES MINÉRALES

Nous n'avons pas de procédé expéditif et précis pour l'estimation de la totalité des substances minérales des urines. La densité qu'on a voulu employer, comme je vous l'ai dit, pour arriver à doser la masse totale des matières solides, ne peut être ici d'aucune utilité. Je ne puis dire qu'une chose, c'est que si la densité d'une urine venait à tomber à 1000, on pourrait affirmer que la quantité des matières minérales est zéro. On a proposé d'évaporer une quantité déterminée d'urine, de calciner le résidu et de considérer comme étant le poids des matières minérales le poids de ce qui résiste à la calcination; mais il y a là des causes d'erreur nombreuses. Les sels minéraux, en effet, se trouvent alors portés à une haute température en présence du charbon qui résulte de la décomposition des matières organiques, et alors, si l'on chauffe à une température trop peu élevée, de l'acide carbonique se fixe sur les bases; si l'on chauffe à une température trop élevée, une partie des chlorures peut se volatiliser, et, en tout cas, en présence des sels acides, une partie du chlore se dégage. On a imaginé de traiter par l'alcool absolu le résidu sec résultant de l'évaporation, et de considérer la portion de matières qui n'est pas emportée par ce lavage comme représentant la totalité des matières minérales. Il y a dans ce procédé une double cause d'erreur : l'alcool emporte toujours une certaine quantité de substance inorganique, et plus particulièrement une portion des chlorures alcalins. D'autre part, l'alcool n'emporte pas l'acide urique et une portion de l'urochrome ou de l'uroérythrine, mais vous remarquerez que ces deux causes d'erreur, agissant en sens inverse, l'une par excès, l'autre par défaut, peuvent établir une sorte de compensation. Quand donc on a pesé, après dessiccation, le résidu insoluble dans l'alcool de l'extrait obtenu par l'évaporation d'une quantité déterminée d'urine, on peut dire que l'on a approximativement le poids de la totalité des matières minérales. Connaissant la quantité d'urine employée, — nous employons ordinairement 10 cc. d'urine, — on obtient facilement par le calcul le poids des matières minérales contenues, soit dans un litre, soit dans la quantité excrétée dans les vingt-quatre heures. C'est là un procédé facile, expéditif, mais qui reste cependant un procédé de laboratoire, car il exige l'emploi d'une balance de précision; il n'entrera donc pas dans les habitudes de la clinique ordinaire. Ici nous y avons toujours recours, et je vous montrerai que vous pouvez remplacer sans grand inconvénient les indications précieuses qu'il peut fournir par le dosage isolé des chlorures et des phosphates dont l'ensemble représente la majeure partie de ces matériaux inorganiques.

Si vous vous reportez à ce que nous vous avons dit des origines des urines, vous comprendrez que les urines de l'alimentation contiennent une plus forte proportion de matières minérales que les urines de la désassimilation. En effet, la plus grande partie des matières inorganiques des aliments ne fait qu'un court séjour dans l'organisme et ne se fixe pas dans les éléments anatomiques. Elle est portée par le sang jusqu'au rein et là s'élimine par les urines. Il en résulte que vous trouverez les matières minérales surabondantes chez les individus qui mangent beaucoup et aussi chez ceux qui prennent les boissons en grande abondance.

Il en résulte également que dans l'abstinence vous verrez s'abaisser le chiffre des matières minérales : c'est vous dire que la quantité des matières minérales est moindre qu'à l'état normal dans presque toutes les maladies, puisque, à de très-rares exceptions près, l'homme malade mange moins que l'homme bien portant. C'est dans l'inanition que vous verrez le chiffre des matières minérales tomber le plus bas, et vous verrez un semblable effet résulter des maladies qui empêchent l'alimentation, soit en expulsant les aliments par des vomissements incoercibles, soit en les empêchant de pénétrer dans l'estomac comme peut le faire un rétrécissement de l'œsophage ou un cancer du cardia. Il en résulte encore que les matières minérales sont plus abondantes dans les urines après les repas que le matin à jeun; c'est le contraire de ce qui existe pour les matières organiques, mais ce n'est pas dans toutes les circonstances qu'on trouve un rapport inverse entre les matières minérales et les matières organiques. Quand on met un animal en état d'abstinence absolue, il épuise graduellement sa réserve alimentaire, et l'on voit diminuer parallèlement la proportion des matières minérales et celle des matières organiques. Au bout d'un certain temps, le chiffre de l'une et de l'autre redevient constant; alors la quantité des matières minérales est totalement fournie par la désassimilation, et elle s'éloigne beaucoup plus du chiffre normal que la quantité des matières organiques. L'homme malade qui, par le fait de la maladie, est condamné à la diète, se trouve dans les mêmes conditions; mais si cet homme a la fièvre, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, il détruit ses tissus plus rapidement; le chiffre total des matières solides, plus faible sans doute qu'à l'état normal, est plus élevé qu'il ne le serait dans le cas d'abstinence simple sans fièvre. A ne considérer que les matières minérales, la proportion sera aussi la même, et il y aura moins de matières minérales qu'à l'état normal, plus de matières minérales qu'à l'état d'abstinence simple. C'est que toute molécule vivante, en se détruisant, se dédouble en deux parties : matières organiques et matières minérales. Aussi, qu'il y ait fièvre ou qu'il y ait état apyrétique, dans l'absti-

---

versitaire, l'autorité française ne brise pas avec ce faux libéralisme qui, d'une main, met le diplôme de nos Facultés au prix d'un long labeur et de lourds sacrifices, et, de l'autre, laisse passer en franchise les chiffons de papier les plus discrédités (comme il a été fait plusieurs fois pour de prétendus diplômes d'Iéna et de Giessen), et, qui après avoir mis la santé publique sous la protection de garanties sévères, la livre tout à coup à l'ignorance du premier venu. Trop souvent, on le sait, les autorisations d'exercer en France ont été accordées à des médecins étrangers par l'administration, sans l'avis préalable d'une Faculté, ou même, ce qui est pis, contre son avis. Il y a lieu de penser que le ministre actuel de l'instruction publique, qui, en plus d'une circonstance, a montré un égal souci et une égale intelligence des pratiques libérales et des pratiques d'ordre, ne voudra pas continuer les errements funestes de ses prédécesseurs. Le gouvernement a toujours le droit de mettre des conditions à l'application toute facultative de l'article 4 du titre 1er de la loi de ventôse, et ces conditions, subordonnées à la valeur du diplôme étranger qu'on lui exhibe, il ne peut les apprécier qu'à l'aide des lumières fournies par un corps compétent. En aucun cas d'ailleurs un diplôme étranger ne devrait dispenser d'une ou de plusieurs épreuves devant une Faculté française.

Quand à l'*Université américaine de Philadelphie*, après les corps de délits que nous lui apportons, elle manquerait à l'intérêt de sa bonne renommée si elle gardait le silence sur les tripotages auxquels son nom est mêlé. On ne peut oublier que déjà l'an dernier, suivant le récit de la NOUVELLE PRESSE LIBRE, il est résulté d'une enquête faite par une commission de la législature de Pensylvanie, que, au sein même de cette Université aussi bien que dans ce même *Collége éclectique de médecine* dont M. Van der Vyver se dit représentant, il se faisait un trafic continu de diplômes médicaux. Le directeur de l'Université aurait même conféré, au prix de 200 dollars, le grade de docteur à une personne inconnue qui s'est trouvée être un enfant de deux ans (*France médicale*, 1872, n° 45). On voit qu'il y a lieu d'aviser de nouveau.

A. D.

nence, il y a un rapport fixe entre la quantité de matières organiques et la quantité des matières minérales des urines. On peut donc dire que, pour les urines de l'alimentation, il y a parallélisme incomplet et même divergence périodique entre les quantités des matières minérales et des matières organiques, et que, pour les urines de la désassimilation, il y a au contraire parallélisme complet. Cette remarque me conduit à vous parler des diabètes minéraux.

Dans notre temps, où des esprits très-éminents d'ailleurs ne résistent pas à la tentation de faire de la pathologie à priori, de substituer la déduction physiologique à la constatation plus modeste, mais plus laborieuse, des faits morbides réels; on a dit : Il existe un diabète sucré, un diabète albumineux, un diabète azoturique, un diabète aqueux, il doit exister aussi des diabètes particuliers qui entraînent en quantité exagérée les divers principes minéraux des urines : il doit y en avoir un pour les chlorures, un pour les phosphates, un pour les sulfates, un pour la chaux, un pour la magnésie, etc. Puis, en cherchant bien, on a trouvé l'occasion de vérifier sur certains points cette opinion préconçue; on a cité l'ostéomalacie, dans laquelle la quantité des phosphates augmente dans les urines. Je pourrais ajouter, d'après des analyses que j'ai faites dans un cas d'atrophie musculaire rapide, qu'il y avait dans ce cas élimination exagérée de magnésie, et je suis persuadé qu'en poursuivant ces recherches on arrivera réellement à trouver dans un bon nombre de maladies une élimination exagérée de telle ou telle substance minérale; mais ce ne sont pas là des diabètes. Quand la matière minérale éliminée en quantité exagérée par les urines ne vient pas directement de l'alimentation, et de l'alimentation viciée; quand elle a pour origine la désassimilation plus rapide de tel ou tel tissu, elle doit être forcément accompagnée des autres produits de la désassimilation de ce tissu. Dans ce composé extrêmement complexe qu'on appelle la matière vivante, on ne peut pas enlever isolément telle ou telle partie constituante. Si dans une molécule vivante on fait disparaître la partie minérale ou simplement l'une des parties minérales, on détruit par ce fait l'association des autres parties élémentaires, on détruit la molécule vivante, et toutes les substances qui la composent sont du même coup emportées par la désassimilation. Dans l'ostéomalacie, par exemple, ce n'est pas seulement l'acide phosphorique qui abandonne les os, mais c'est en même temps la chaux, et je pourrais ajouter une partie de la substance organique qui, dans le tissu osseux, est intimement unie à la partie terreuse. Et de même, quand un muscle s'atrophie, il ne perd pas seulement de la magnésie, il perd aussi de la potasse, de l'urée, de la créatine, des substances azotées qui résultent de la transformation de la matière constituante des fibres musculaires.

Les matières minérales des urines représentent une partie des matières minérales des aliments transportée directement du tube digestif au rein; elles représentent aussi la partie minérale de la substance vivante en désassimilation. Cela est établi; mais cela n'est pas tout. Les urines renferment de plus certaines matières inorganiques qui ont pour origine des matériaux organiques fournis par les aliments et qui, brûlés dans le sang avant leur assimilation, laissent comme résidu des sulfates pour les matières alimentaires riches en soufre et peut-être des phosphates pour les matières alimentaires riches en phosphore.

Quelle est la quantité normale des matières minérales éliminées par les urines en vingt-quatre heures? C'est là une question qui ne paraît pas avoir beaucoup préoccupé les physiologistes ni les médecins. M. Hepp indique 13 grammes comme chiffre moyen. C'est là une appréciation qui me semble beaucoup trop faible. En faisant cette estimation d'après la méthode que je vous ai indiquée tout à l'heure, j'ai trouvé 20 à 24 grammes comme chiffre normal. Je l'ai vu s'élever à 30 et 35 grammes et même plus. Je l'ai vu tomber à 6 grammes, et je n'ai pas besoin d'ajouter que ce n'est pas un minimum puisque dans l'anurie ce chiffre peut être 0.

Chlorures. — C'est surtout à l'état de chlorure de sodium que le chlore se trouve dans les urines; il se trouve associé à un peu de chlorure de potassium et à de minimes quantités de chlorures de calcium et de magnésium. Comme on fait rarement le dosage de chacun des métaux qui entrent dans la composition des urines, on ne peut pas apprécier la quantité de chlorure de chacun de ces métaux. On se borne à évaluer la quantité de chlore contenue dans tous les chlorures réunis. C'est donc le chlore des chlorures que l'on doit se proposer de doser, et c'est là une remarque importante sur laquelle je vous prie de fixer votre attention, car si certains auteurs indiquent simplement le chiffre du chlore des chlorures, d'autres plus nombreux supposant gratuitement que tout le chlore est à l'état de chlorure de sodium, indiquent le chiffre de chlore par le poids de chlorure de sodium que cette quantité de chlore pourrait fournir. Il vous sera facile de rendre comparables ces indications différentes que vous trouverez dans les auteurs, en vous rappelant que 1 gramme de chlorure de sodium représente 0,60 de chlore et que 1 gramme de chlore représente 1gr,67 de chlorure de sodium.

La différence des méthodes employées pour faire le dosage de cette substance fait que les auteurs indiquent des chiffres notablement différents pour l'appréciation de la quantité de chlore éliminée en vingt-quatre heures. — Hegar dit que la quantité de chlore varie de 7gr,4 à 13gr,9, soit en moyenne de 10 grammes de chlore en vingt-quatre heures, ce qui ferait 16gr,7 de chlorure de sodium. D'après Bischoff, le chlore varie de 4gr,50 à 8gr,7, soit en moyenne 6gr,6, ce qui donne 11 grammes de chlorure de sodium. M. Hepp donne un chiffre encore plus faible et indique 5gr,4 de chlore ou 9 grammes de chlorure de sodium. D'après mes analyses, la quantité de chlore éliminée dans les vingt-quatre heures chez l'homme en état de santé et avec l'alimentation habituelle de notre pays varie de 6 à 7 grammes, soit de 10 grammes à 11gr,7 de chlorure de sodium. La quantité de chlore éliminée par les urines dépend surtout de l'alimentation. Elle a son maximum dans l'après-midi et son minimum dans la matinée. Elle a sa principale origine dans le sel marin qui accompagne la plupart de nos aliments. C'est au bouillon surtout que l'on doit la quantité, d'ailleurs faible, de chlore éliminée par les malades qui sont mis à la diète, et c'est là une circonstance que vous devez avoir présente à la mémoire quand vous ferez le dosage du chlore dans certaines maladies telles que la pneumonie ou la fièvre typhoïde où cette substance peut tomber à son minimum. Chez un malade atteint de fièvre typhoïde chez lequel, pendant plusieurs jours, je n'avais trouvé que des quantités très-minimes de chlore, je fus étonné un jour de trouver une proportion beaucoup plus forte de ce principe alors que la convalescence n'était pas encore prochaine. J'appris à la visite du lendemain matin que le bouillon de la veille était tellement salé que la plupart des malades n'avaient pas pu le boire. La sensibilité plus émoussée de notre homme à la fièvre typhoïde lui avait permis de s'abreuver avec ce liquide dont l'excès de chlore se retrouvait dans les urines.

Le chlore s'élimine lentement par les urines. Quand on prend chaque jour une forte dose de sel marin, mais une dose toujours la même, le chlore éliminé chaque jour augmente graduellement. Quand on s'abstient totalement d'ingérer du sel marin, la quantité de chlore éliminée chaque jour diminue graduellement. Cette remarque qui a été faite par Falck prouve bien que le rein n'est pas capable de soustraire au sang la totalité des chlorures qu'il contient. Cette élimination des chlorures paraît être plus rapide pour les faibles doses que pour les fortes.

La quantité de chlore éliminée par les urines augmente par les efforts de l'activité musculaire et de l'activité cérébrale. Les boissons, même les boissons qui ne sont pas salées, augmentent la quantité totale du chlore excrété, sans doute parce que le liquide plus abondant qui traverse les organes, lave plus complétement et les tissus et le sang lui-même. Chez les

diabétiques, la quantité de chlorure de sodium peut atteindre 20 et 25 grammes par jour, mais comme cette augmentation est permanente, l'interprétation que je viens de proposer n'est plus applicable. Cette augmentation du chiffre du chlore chez les diabétiques s'explique uniquement par la polyphagie.

Au contraire, c'est le chlorure de sodium retenu dans les tissus qui s'élimine par les urines dans les cas où la disparition rapide de l'hydropisie se fait sous l'influence d'une polyurie passagère. On a pu trouver alors dans l'urine des vingt-quatre heures, 33 grammes de chlore, soit 55 grammes de chlorure de sodium.

Dans les maladies fébriles, ainsi que je vous l'ai dit, la quantité du chlore diminue notablement; elle peut tomber à 0, et de toutes les maladies, la pneumonie et la fièvre typhoïde semblent être celles où la diminution du chlore est le plus accusée. Au moment de la convalescence, on voit les proportions du chlore reprendre une marche ascendante et l'on a pu formuler cette proposition, qui est fausse d'ailleurs, que le moment précis de la convalescence est indiqué sur les tableaux graphiques qui représentent par des courbes les variations dans la quantité de l'urée et du chlore, par le point d'intersection de ces deux lignes; le chlore augmentant et l'urée diminuant au moment de la convalescence.

On a beaucoup disserté sur les conditions qui amènent cette diminution ou cette disparition du chlore dans ces maladies. La suppression des aliments, qui se fait d'une manière plus ou moins complète dans la grande majorité des affections fébriles, est assurément la cause la plus importante, et l'augmentation du chlore qui survient au moment de la convalescence doit être expliquée aussi en grande partie par l'augmentation du régime alimentaire. Il ne faudrait pas croire cependant que les variations de la quantité du chlore dans les urines chez les individus atteints d'affections fébriles reconnaissent pour cause exclusive des variations correspondantes dans la quantité des aliments. Dans la plupart de ces maladies, même dans les pyrexies, il se fait dans certains points de l'organisme des hyperplasies plus ou moins considérables. Les tissus nouveaux, les tumeurs pathologiques, exigent pour leur constitution une certaine quantité de chlore, et ce chlore qui est fourni aux organes malades par le sang ne pourra pas être éliminé par les urines : Il a en quelque sorte trouvé une autre voie d'élimination. Dans la pneumonie, l'hépatisation, qui peut augmenter d'un ou deux kilogrammes le poids du poumon malade, a emprunté au sang une quantité correspondante de sa substance, et dans ce poids le chlorure de sodium intervient pour sa part. Quand la pneumonie se résout, une partie de l'exsudat liquéfié est expectorée, mais une partie aussi doit être résorbée. Elle restitue en partie au sang le chlorure de sodium que la maladie avait déposé dans le parenchyme pulmonaire, et, même quand le régime n'est pas augmenté on peut voir par ce procédé le chlore reparaître dans les urines. Les choses se passent alors de la même manière que dans la disparition rapide des anasarques. Dans d'autres cas, le chlore est soustrait au sang, non plus par des exsudats, mais par des productions de tissus pathologiques. Ce sont les ganglions mésentériques qui deviennent tuméfiés dans la fièvre typhoïde, ce sont des masses cancéreuses qui se développent rapidement et qui, ainsi que l'a indiqué Chalvet, utilisent une notable proportion de chlorure de sodium. Ce n'est là, je le répète, que l'une des causes qui modifient la quantité du chloré des urines dans les maladies, la variation des quantités des aliments restant une cause de premier ordre. Mais il ne faut pas contester la valeur de cette cause accessoire, et tomber dans le sophisme de ceux qui, dosant le chlore des crachats pneumoniques et n'y touvant pas tout ce qui avait disparu des urines, ont nié l'influence de la production de l'exsudat. On peut, en effet, quand les malades succombent, et nous avons répété cette expérience, calciner isolément le poumon sain et le poumon malade, et le résidu de la calcination donne une quantité de chlore beaucoup plus considérable du côté malade que du côté sain. Les crachats n'ont donc pu expulser au dehors qu'une minime proportion du chlore qui manquait dans les urines et qui se retrouvait dans l'exsudat.

L'étude de la fièvre intermittente présente une singularité très-remarquable; les urines sécrétées pendant l'accès renferment une quantité notable de chlorure de sodium, sans que, cependant, la quantité excrétée dans les vingt-quatre heures, dépasse la quantité normale. Il s'établit une sorte de compensation par une diminution notable de l'excrétion des chlorures dans les quelques heures d'état apyrétique qui succèdent à l'accès.

Pour terminer ces considérations pathologiques relatives à l'excrétion du chlore dans les maladies, je vous indiquerai un fait pratique. Quand la quantité de chlore éliminée en vingt-quatre heures descend au-dessous de 50 centigrammes, l'état du malade est grave.

Je dois vous indiquer maintenant comment on reconnaît et surtout comment on dose le chlore dans les urines. Quand on chauffe de l'urine avec du bioxyde de manganèse et de l'acide sulfurique, le chlore se dégage et peut être reconnu à son odeur et à son action décolorante sur le papier de tournesol. Mais c'est là un moyen que l'on n'emploie pas dans la pratique : car ces caractères feraient défaut, précisément dans les cas où le chlore n'existe qu'en très-petite quantité dans les urines. On démontre généralement le chlore précisément par le réactif qui sert à le doser. Une solution d'azotate d'argent donne dans les urines un précipité blanc caillebotté qui se redissout dans l'ammoniaque.

On peut choisir entre deux procédés pour le dosage du chlore dans les urines. C'est l'emploi de l'azotate de bioxyde de mercure, ou l'emploi de l'azotate d'argent. Certains auteurs évaporent, au préalable, une quantité déterminée d'urine, et lui font subir l'incinération. Ils redissolvent ensuite ce résidu dans l'eau distillée, et font le dosage dans ce liquide après filtration. C'est là une complication excessive et qui, pour éviter des causes d'erreur de peu d'importance, exposent à une erreur beaucoup plus considérable. Si l'incinération a été portée au delà du rouge sombre, une partie des chlorures a pu se volatiliser. On dose généralement le chlorure dans l'urine, sans faire subir à ce liquide aucune modification préalable.

Le procédé de Liebig consiste dans l'emploi d'une solution titrée d'azotate de bioxyde de mercure, qui, tombant dans un mélange d'urée et de chlorure de sodium, produit d'abord du bichlorure de mercure, et quand tout ce chlore a été ainsi utilisé pour former du bichlorure de mercure, produit, si l'on en verse un excès, un azotate double d'urée et d'oxalate de mercure qui forme alors un précipité blanc persistant. Si l'on verse dans une quantité déterminée d'urine cette solution titrée de l'azotate mercurique à l'aide d'une burette graduée, la quantité de centimètres cubes employée pour arriver à un précipité blanc persistant, indiquera la quantité du chlore des chlorures renfermée dans le volume d'urine employé. Mais ce procédé suppose qu'on se soit débarrassé, au préalable, des phosphates; aussi est-il nécessaire de traiter d'abord l'urine par une solution d'un sel de baryte. C'est là une complication à laquelle on pourrait se résoudre, si l'on devait ensuite doser l'urée, par la méthode de Liebig. Mais cette méthode de dosage de l'urée n'étant pas celle à laquelle nous donnons la préférence, je ne vous conseille pas d'employer l'azotate mercurique pour le dosage des chlorures.

Quand on ajoute à une solution d'un chlorure quelques gouttes d'une solution de chromate neutre de potasse, et qu'on verse dans le mélange une solution d'azotate d'argent, on obtient un précipité blanc de chlorure d'argent tant qu'il reste des traces de chlorure. Dès que tout le chlore est passé à l'état de chlorure d'argent, une nouvelle goutte de la solution d'azotate d'argent donne un précipité rouge persistant de chromate d'argent. Ce procédé exige donc simplement l'emploi d'une burette graduée et d'une solution titrée d'azotate d'argent. Pour faire cette solution titrée de nitrate d'argent, je ne

vous conseille pas de peser le nitrate d'argent que vous voulez employer, l'état d'hydratation des cristaux étant beaucoup trop variable. D'ordinaire, nous prenons une quantité de nitrate d'argent qui peut être 3 ou 4 grammes approximativement, et nous la diluons dans 3 ou 400 centimètres cubes d'eau. Nous prenons, d'autre part, 10 centimètres cubes d'une solution titrée de chlorure de sodium pour la fixation ultérieure du titre de notre solution de nitrate d'argent, nous y ajoutons le chromate de potasse, et nous essayons la solution d'argent. Connaissant la quantité de chlore contenue dans les 10 centimètres cubes de la solution de chlorure de sodium étalon, connaissant, d'autre part, la quantité de centimètres cubes de nitrate d'argent employée pour arriver à la coloration rouge persistante, nous en déduisons, par un calcul très-facile, la quantité d'eau distillée qu'il faut ajouter à la solution de nitrate d'argent pour que 10 centimètres cubes du mélange correspondent à peu près à 5 centigrammes de chlore. Cette addition étant faite, on essaye de nouveau la liqueur d'argent, de manière à fixer bien exactement son titre; on a ainsi une solution titrée de nitrate d'argent qui pourra servir à faire chaque jour plusieurs dosages de chlore pendant plusieurs mois.

Je vais opérer devant vous, à l'aide d'une semblable liqueur, un dosage du chlore dans une urine. Je prends, à l'aide d'une pipette à volume fixe, 10 centimètres cubes d'urine : j'y ajoute quelques gouttes de chromate neutre de potasse, et j'y verse goutte à goutte la solution de nitrate d'argent dont j'ai préalablement rempli jusqu'au zéro une burette de Mohr. Chaque goutte produit d'abord en tombant une masse blanche de chlorure d'argent ; mais bientôt vous voyez que les gouttes du réactif produisent une tache rouge qui, presque immédiatement, redevient blanche. Cela vous indique que la quantité de chlorure soluble a déjà notablement diminué : bientôt, pour faire disparaître les taches rouges, je suis obligé d'agiter pendant quelques instants. En ce moment je suis très-près de la fin de la réaction, et je laisse tomber les gouttes lentement. Enfin, la teinte rouge produite par une dernière goutte persiste malgré l'agitation. Pour arriver à ce résultat, j'ai employé 7 centimètres cubes 8/10es de solution d'azotate d'argent. Le titre de cette solution est tel, que 1 centimètre cube correspond à 5 milligrammes et 577/1000es de milligramme (5,577). Les 7, 8 centimètres cubes employés correspondent donc à 43,5 milligrammes de chlore. Donc, 10 centimètres cubes de l'urine essayée renferment 43,5 milligrammes de chlore, ce qui fait pour un litre 4gr,35.

Vous voyez que ce procédé indique très-nettement, par un changement brusque de coloration, la fin de l'opération, et qu'il n'a pas exigé en tout, y compris les calculs, plus de cinq minutes. Je ne prétends pas qu'il est exempt de cause d'erreur, je sais que certaines matières organiques des urines, et en particulier l'acide urique, utilisent une portion du réactif, et nous conduisent à admettre un chiffre de chlore un peu trop élevé; mais ce procédé est largement suffisant pour la clinique où l'on n'a pas à tenir compte de différences de quelques milligrammes. Il est cependant une cause d'erreur que je dois vous signaler, c'est celle qui tient à la présence d'iodure ou de bromure dans les urines, mais je reviendrai sur ce point quand j'étudierai avec vous la recherche de ces substances médicamenteuses dans les urines.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Du double souffle et du double claquement aortique. — Réponse à M. Traube.

Paris, 6 février 1873.

Messieurs,

Je regrette de n'avoir pas répondu plus tôt à l'invitation trop obligeante que vous m'avez faite dans votre numéro du 6 décembre 1872, au sujet d'un article du professeur Traube.

Traube a noté dans cinq cas d'insuffisance aortique un double claquement crural tout à fait semblable au double claquement du cœur et perçu sans intervention de la compression. Dans un de ces cinq cas, le second claquement crural se produisait à la fin de la diastole cardiaque, comme s'il était présystolique.

« Le double bruit, dit-il, tient la place du bruit crural simple, et ce dernier, comme on sait, disparaît d'habitude par la pression pour être remplacé par un souffle. »

« Le double bruit ou claquement se produit par les changements rapides dans la tension que subit la paroi de l'artère pendant la systole et la diastole du ventricule gauche ; la paroi entre en vibration. »

« Ce double bruit indique une insuffisance très-marquée des sigmoïdes avec hypertrophie considérable du ventricule gauche. »

Traube n'a pas eu connaissance d'un article que j'ai publié dans votre numéro du 22 décembre 1865, intitulé : Du dicrotisme de la crurale dans l'insuffisance aortique. Voici ce que je lis dans cet article.

« Souvent ce ne sont pas des souffles que l'on entend, ce sont des *chocs*, des *claquements*. En posant le stéthoscope sur la crurale, *sans compression*, on entend *un double choc :* c'est le pouls dicrote. On retrouve ce *double bruit* en pressant fortement et en oblitérant presque complétement l'artère. On produit les souffles par des compressions moyennes. Je ne puis indiquer ici toutes les variétés qui peuvent se présenter.

Obs. I. — A la crurale on trouve un premier souffle dédoublé, suivi d'un troisième souffle. En pressant beaucoup, on trouve un *double choc* en avant très-net.

A un second examen, *sans compression*, on trouve le *double choc*. En comprimant légèrement, j'entends un double souffle en avant; le souffle en retour est plus difficile à saisir.

Obs. II. — Au niveau de la crurale on entend un double souffle mal accusé; les deux souffles se succèdent très-rapidement; il faut très-peu appuyer.

Double souffle en avant; le souffle en retour est peu considérable.

En *n'appuyant pas* le stéthoscope; on trouve un *double choc très-net, parfaitement séparé*. En appuyant un peu, on a des traces du souffle en retour, mais il n'est jamais bien net.

Obs. III. — Double souffle crural (aller et retour).

Triple souffle crural.

Double souffle en avant.

A une pression moyenne, souffle en retour; à une pression plus forte double souffle en avant.

Obs. IV. — Double souffle en avant suivi du souffle en retour. En *appuyant fortement* on trouve un *double choc*.

Sans compression j'entends un *double choc*, puis, par une compression moyenne, je détermine un double souffle en avant et un souffle en retour.

« *Conclusions*. — Le dicrotisme du pouls crural est un fait normal, mais il est si léger qu'il n'est pas appréciable.

» L'insuffisance aortique, en créant des conditions nouvelles, le met en saillie. Il devient un nouveau signe de l'insuffisance aortique.

» Il se manifeste sous la forme d'un *double bruit*, d'un *double choc* ou d'un double souffle.

» Ce double souffle peut être appelé double souffle en avant, parce qu'il se manifeste pendant la systole du ventricule.

» Enfin vient un troisième souffle, dit souffle de retour, qui s'entend en amont de l'endroit comprimé, pendant la marche rétrograde du sang.

» Dans l'insuffisance aortique, on peut entendre trois souffles au niveau de la crurale. »

J'ai donc signalé dans l'insuffisance aortique un double bruit, un double choc, un double claquement crural sans intervention de la compression. Il est vrai que je n'explique pas la formation du second claquement qui se manifeste sans compression. Traube admet que ce second claquement est produit par la vibration de l'artère. Il me semble que le mot vibration est mal choisi; une vibration diffère essentiellement d'un claquement, elle en est le contraire. Traube peut alléguer le bruit produit par la contraction subite d'un muscle; mais y a-t-il identité entre un muscle puissant et une artère, et puis ce muscle n'a-t-il pas des attaches tendineuses qui peuvent claquer? Enfin, il y a l'exemple du second bruit de la poche anévrysmale. Je serais comme lui disposé à admettre que le second claquement se forme sur place. Ne serait-il pas possible qu'à certains endroits où les artères sont comprimées par des anneaux fibreux, elles subissent une sorte d'étranglement contre lequel le sang, dans sa marche en retour, viendrait battre? Il en serait ainsi au passage de l'arcade crurale, du diaphragme. Ou bien faut-il admettre qu'il n'y a pas un synchronisme parfait entre le second claquement crural et le second claquement cardiaque, que l'ondée sanguine en retour vient battre les sigmoïdes et, repoussée en avant, produit un second choc semblable au premier?

Quant au retentissement du second bruit cardiaque, on peut le proposer mais non l'imposer. C'est que les causes du double claquement crural me paraissent multiples, et les bruits me semblent avoir lieu dans des moments variés. Traube ne parle-t-il pas d'un claquement crural présystolique?

Dans le dicrotisme de la brachiale, de la crurale, à quel moment a lieu le second claquement? Marey dit que le dicrotisme de l'insuffisance aortique est dans la période d'ascension, c'est-à-dire au premier temps. J'ai l'habitude, en effet, de désigner le dicrotisme de la brachiale dicrotisme en avant, c'est-à-dire que le sang marche deux fois de suite en avant; c'est là la sensation que j'éprouve. Je ne sais pas si les sphygmographes eux-mêmes peuvent trancher la question des rapports des bruits venant d'artères différentes.

Pour le double claquement crural sans compression on n'a pas toujours cette sensation d'une double marche en avant; mais pour le double souffle en avant, pour le double choc par forte compression, on l'a parfaitement, et dans certains cas je crois qu'on peut faire partir le double mouvement du cœur lui-même. Marey montre, en effet, que dans l'insuffisance aortique la systole ventriculaire est représentée par un soulèvement, un plateau et un second soulèvement plus haut que le premier. Dans un certain nombre de cas, on sent très-bien à la pointe un double battement au premier temps; il y a un dicrotisme de la pointe comme de la radiale. Je n'insisterai pas sur ces considérations que j'ai produites dans l'article de 1865; je dirai seulement que dans ce travail les figures n°s 1, 3 et 4 ont été placées sens dessus dessous.

Je ne sais si Traube dit que le double claquement crural disparaît aussitôt que l'on comprime l'artère. Dans un cas que je rapporte plus loin et que j'ai examiné à ce point de vue, la main percevait les chocs aussi bien que l'oreille entendait les claquements; et ici je ne parle pas du double choc perçu par une compression qui aille jusqu'à l'oblitération de l'artère.

Enfin, j'arrive au point le plus important et, pour moi, le plus original du travail de Traube.

Traube donne le double claquement crural comme signe d'une insuffisance aortique très-marquée et d'une hypertrophie considérable du ventricule gauche. Qu'entend-il par hypertrophie considérable? Est-ce un ventricule énormément dilaté et affaibli? Est-ce un ventricule puissant capable de compenser la lésion aortique? Je ne voudrais pas faire une vaine dispute de mots. Le double claquement crural est-il un signe favorable ou défavorable?

Je ne reproduirai pas les observations que j'ai consignées dans mon mémoire de 1865; je chercherai seulement si ce double claquement crural se rattache à un ordre particulier de faits.

Des quatre observations relatées dans ce mémoire, trois font mention du double bruit sans compression.

Elles se rapportent à des sujets jeunes, dont l'état général était assez bon; chez l'un d'entre eux même, rien ne faisait soupçonner la lésion grave dont il était atteint. Dans tous, le cœur paraissait fonctionner vigoureusement. Dans un cas, le rétrécissement mitral se mêlait à l'insuffisance aortique et avait hypertrophié le ventricule gauche.

Chez le nommé Godard, les claquements s'entendaient à distance de la poitrine.

Chez Voisinot, le claquement du second temps était très-fort.

Ces observations ne paraissent pas donner tort à Traube, mais je ne puis pas fournir d'autopsie.

Obs. I. — *Insuffisance aortique. Rétrécissement mitral. Insuffisance mitrale. Double claquement crural.* — Martin Laurent, dix-huit ans, domestique, entre le 1er février 1873, salle Sainte-Jeanne, 35, service de M. le professeur Béhier. Je l'examine le 7. A sept ou huit ans il a eu probablement un rhumatisme articulaire aigu. Les palpitations remontent fort loin. Les épistaxis ont été fréquentes. Il n'a jamais craché de sang.

Le malade a le teint pâle, les yeux bouffis. On n'a pas trouvé d'albumine dans l'urine. Les jambes ne sont pas œdématiées. Les jugulaires sont grosses et battent. Le malade est étendu dans son lit. La respiration n'est pas très-gênée.

Le cœur mesure 13 centimètres en hauteur sur 17 en largeur (10 centimètres à gauche de la ligne médiame et 7 à droite).

Le foie dépasse de deux ou trois travers de doigt le rebord des fausses côtes : on y sent des battements.

On voit battre la pointe dans le quatrième espace, au-dessous du mamelon ; on ne voit qu'un battement.

A la pointe on sent un double frémissement au premier et au second temps.

Les claquements sont perçus au niveau du sternum et de la partie supérieure du cœur.

Dans la carotide interne, double claquement très-net, ainsi que dans la sous-clavière, sans compression.

Pouls brachial dicrote.

Pouls radial régulier, assez développé, simple.

Je ne puis entendre le pouls abdominal.

Au niveau de l'iliaque externe droite, la main perçoit, en appuyant, un double battement, et il semble que ce soit le second battement qui coïncide avec le pouls radial; l'illusion continue pour la crurale droite, je sens très-nettement le second battement coïncider avec le pouls radial. C'est une illusion, car les claquements cardiaques et cruraux coïncident. A la crurale droite je n'entends qu'un souffle au premier temps, et ce souffle coïncide parfaitement avec le pouls radial; pour le moment, ni double souffle intermittent en avant, ni double souffle aller et retour.

A la crurale gauche, double battement; je n'entends pas facilement le double bruit.

Au cœur, à la pointe, souffle au premier temps, roulement au second ; à la base souffle au premier et au second temps.

Je réexamine la crurale droite ; le second claquement coïncide bien avec le pouls radial qui est simple, et cependant, comme il y a quelques instants, le double pouls crural bat bien avec le double claquement cardiaque.

Parfois on entend le premier claquement crural seul, le second manque. Il y a des variétés de rhythme.

J'ai cru devoir reproduire les impressions que j'ai reçues au sujet de la coïncidence des bruits des artères et du cœur ; elles montrent au moins la difficulté d'établir ces rapports. On voit que nous n'avons pas trouvé le double souffle intermittent crural. Le double claquement viendrait donc au secours de celui-ci dans le diagnostic de l'insuffisance aortique.

A un second examen fait le 9, je suis une fois de plus averti de la difficulté de fixer le moment précis où s'entend le second claquement crural.

Au niveau du cœur les phénomènes sont les mêmes que deux jours avant. A la pointe, battement énergique et souffle au premier temps, roulement prolongé au second temps. A la base, double claquement et double souffle également espacés, rhythme à deux temps parfaitement régulier. Entre la pointe et la base les bruits se mêlent de manière à rendre l'analyse

difficile. En somme, insuffisance et rétrécissement de la mitrale, insuffisance et rétrécissement de l'orifice aortique; insuffisance et peut-être rétrécissement de la tricuspide.

L'artère crurale présente un grand intérêt à étudier. Le doigt sent et l'oreille entend des claquements très-nets, aigus pour ainsi dire, fins, nullement vibrants. Tantôt le claquement est isolé, tantôt il est double. La respiration semble jouer un certain rôle dans le nombre des bruits. De plus, quand il y a deux claquements ils me paraissent être plus rapprochés que les deux claquements cardiaques; ils me semblent appartenir à la systole ventriculaire. Puis par leur acuité ils diffèrent de ceux du cœur; ils ont un foyer de production particulier : ils se forment sur place. On ne trouve nullement dans les claquements du cœur l'irrégularité que nous trouvons ici; au niveau de la crurale c'est par moments une sorte de cliquetis pressé et irrégulier. Il ne s'agit pas de vibrations : ce sont les claquements les plus purs que l'on puisse entendre. L'endroit le plus favorable me paraît être immédiatement au-dessous de l'arcade crurale. En comprimant, j'entends un seul souffle au premier temps; j'ai beaucoup de peine à saisir le second.

Dans une visite que je fis, à l'occasion de cette lettre, à la salle Sainte-Jeanne, où se trouvent les services de M. le professeur Béhier et de M. Moissenet, je trouvai le malade précédent et deux autres cas que j'en rapprocherai.

Obs. II. — Le nommé Girod (Joseph), âgé de dix-neuf ans, chemisier, est entré le 31 janvier 1873 à la salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Moissenet. Il a eu six rhumatismes articulaires aigus et des palpitations depuis l'âge de treize ans. La face est pâle, bouffie; jamais les jambes n'ont été enflées. Le malade, étendu dans son lit, respire bien. Le cœur mesure 16 centimètres en hauteur sur 18 en largeur (13 à gauche de la ligne médiane, 5 à droite). On voit battre la pointe seule; la base ne bat point. Pas de frémissement. A la base, double claquement; souffle au premier temps et au second. A la pointe, souffle au premier temps et roulement au second temps.

Au cou, double souffle, peu de claquement. Pouls brachial simple. Pouls radial à 88 régulier, vibrant, simple. A la crurale droite on entend le premier claquement l'oreille écartée de l'aine. Pas de second claquement. Double souffle aller et retour. Pas de double souffle en avant ni de double choc par la compression; de même pour la crurale gauche.

Ainsi dans ce cas nous ne trouvons que le premier claquement crural, quoique les conditions paraissent assez analogues à celles du nommé Martin.

Dans le cas suivant, recueilli chez M. Béhier, nous ne trouvons plus même le premier claquement sans compression.

Obs. III. — Grêle (Gustave), vingt ans, forgeron, est entré le 18 décembre 1872, dans le service de M. Béhier.

Il semble avoir de tout temps eu de la peine pour courir. Sa respiration est gênée depuis trois ans; il a été réformé pour des battements de cœur et dit avoir eu son premier rhumatisme il y a un an.

Le malade, pâle, étendu dans son lit, n'est pas obligé de s'asseoir. Il n'a pas d'œdème et les jugulaires sont peu développées. L'état général est donc très-passable.

Le cœur mesure 13 centimètres en hauteur sur 20 en largeur (14 à gauche de la ligne médiane, 6 à droite).

Battement fort de la pointe dans le cinquième espace avec dépression au même moment dans le quatrième. Frémissement au second temps.

A la base double souffle; double claquement au second temps.

A la pointe mêmes signes; pas de roulement au second temps.

Pouls radial à 72, régulier, dicrote en avant.

Pouls brachial dicrote.

A la carotide double souffle et double battement en avant.

A la crurale droite, double souffle aller et retour. Pas de double souffle en avant. Pas de claquement sans compression, ni au premier ni au second temps.

Je crois que dans ce cas la mitrale est lésée et atteinte de rétrécissement en même temps que d'insuffisance. Le battement de la pointe est énergique, le ventricule est développé et cependant il n'y a de claquement crural ni au premier ni au second temps.

Dans tous ces cas il n'y a pas d'autopsie, mais en voici une qui n'est pas favorable à l'opinion de Traube.

Obs. IV. — Poupart, quarante-deux ans, ajusteur en cuivre, salle Sainte-Jeanne, Hôtel-Dieu, service de Trousseau.

Buveur. Dégénérescence graisseuse du cœur. Dilatation. Insuffisances auriculo-ventriculaires douteuses à l'autopsie. Insuffisance aortique légère; rétrécissement léger. Aortite. Bruit strident considérable au premier temps. Peu de chose au second temps; le double souffle crural signale l'insuffisance aortique. (Je copie ce que j'avais écrit en tête de l'observation.)

A l'autopsie, faite le 19 décembre 1865, nous trouvons un cœur très-mou, jaune, s'aplatissant sur la table, gros et développé dans toutes ses cavités, nullement hypertrophié mais dilaté. L'aorte ascendante est semée d'athéromes rouges, ressemblant à des grains de grenade. Les sigmoïdes sont un peu ourlées, bridées. Trousseau était étonné de voir des valvules si peu insuffisantes.

Or, le 11 décembre voici ce que nous constations :

Malade pâle, étendu dans son lit. Teinte un peu bistrée, lèvres violacées. Veines développées. Cou gonflé au niveau des jugulaires. Anasarque générale. Cœur gros, ne donnant aucune impulsion à la main. Frémissement au premier temps. Bruit un peu ronflant sur toute la surface du cœur. Au second temps, bruit un peu dur, nullement soufflant. Pouls crural vibrant; *sans compression* on trouve parfaitement le *double claquement*. Quelques jours auparavant j'avais noté le double souffle intermittent crural considérable. Au niveau de l'orifice aortique, le souffle du second temps n'a jamais été bien net. C'est le rétrécissement qui paraît avoir dominé, et cependant le double claquement a été noté très-nettement. Le double claquement crural peut donc exister en dehors d'une insuffisance aortique très-marquée et d'une hypertrophie considérable du ventricule gauche.

J'hésite à reproduire quelques notes que j'ai recueillies en 1869 sur un malade atteint d'insuffisance aortique et d'une lésion de la mitrale. Le rhythme des bruits du cœur est altéré; les révolutions du cœur ne se ressemblent pas. A la crurale, en n'exerçant aucune compression on entend des claquements d'une extrême netteté qui ne se suivent pas régulièrement; on entend tantôt un claquement isolé, tantôt deux claquements.

J'ai quelques observations à faire aux objections de Traube sur le double souffle intermittent crural :

Il me fait dire que pour produire le second souffle il faut une pression assez forte et me reproche d'avoir dit : « *Le plus souvent* il n'existe pas, il faut le produire par la compression. » Suivant Traube c'est *jamais* qu'il fallait dire. Or, parfois le second souffle apparaît avec une facilité telle que je ne sais pas si dans ces cas je comprime l'artère; toutefois je la comprime fort peu, et je ne comprends pas pourquoi il n'y aurait pas un second souffle spontané si le recul est suffisamment rapide, de même qu'il y a un premier souffle spontané. Est-ce qu'à la carotide on ne trouve pas un double souffle sans compression? Est-ce que la jugulaire ne fournit pas un souffle au second temps dans la chlorose?

Quant à une lésion du cœur aussi définie que celle indiquée par Traube, je ne l'ai pas cherchée. Voici pourtant ce que j'ai écrit : « Quand l'insuffisance aortique est dégagée de toute complication, quand le cœur bat énergiquement; quand les artères vibrent et réagissent puissamment, le double souffle prend à l'oreille; quand, au contraire, ce qui arrive assez souvent, l'insuffisance aortique est doublée d'un rétrécissement considérable de l'orifice aortique ou de la bicurpide, les artères sont médiocrement distendues par le sang, et alors on perçoit difficilement le second souffle, etc. »

Le double claquement spontané est-il appelé à indiquer un état particulier du cœur? Je le désire. Je suis étonné toutefois que Traube n'ait rencontré que quatre ou cinq cas de double claquement, tandis que l'insuffisance aortique très-marquée liée à une hypertrophie considérable du cœur me paraît très-fréquente, celle-ci étant due, suivant moi, à un rétrécissement mitral. Le problème est facile à résoudre.

Traube parle de son double bruit, tout à fait semblable au double claquement normal du cœur comme d'une découverte. J'ai montré que j'ai indiqué ce double claquement en 1865. J'ai cité trois cas, Traube en cite cinq. Quant à la séparation des claquements et des souffles, Traube a eu raison de la maintenir, nul ne la conteste. Elle a été faite de tout temps; lorsqu'on ausculte un cœur on note toujours et les souffles et les claquements que l'on entend.

Recevez, etc.

Dr Duroziez.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

PROTECTION DE L'ENFANCE. — M. *Troïanowski* adresse un projet de création, aux environs de Paris, d'un village de l'enfance. (Renvoi à la section de médecine.)

CHAUFFAGE DES VINS. — M. *le Président de la Société des agriculteurs de France* informe l'Académie que la section de viticulture compte expérimenter un procédé de chauffage des vins ; il demande que l'Académie veuille bien nommer une commission pour rendre compte de cette opération. Cette commission se composera des sections de chimie et d'économie rurales, auxquelles M. Pasteur sera prié de s'adjoindre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Vosges et de la Vienne pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*)

M. le ministre de la guerre adresse le 28e volume du RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE MILITAIRES.

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie une lettre en réponse au rapport de la commission d'hygiène de l'enfance.

L'Académie reçoit : *a.* Un mémoire pour le prix Capuron. — *b.* Une lettre de candidature de M. *Pasteur*.

M. *Gubler* présente : 1° Une brochure de M. *Larcher*, intitulée : MÉLANGES DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET DE TÉRATOLOGIE. — 2° Une observation d'un cas d'éclampsie, par M. *Dehaye*.

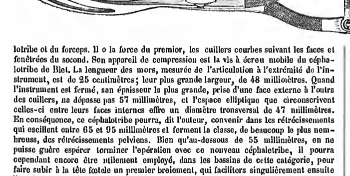
M. *Demarquay* dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : LEÇONS D'HYGIÈNE, contenant le programme officiel adopté par le ministre de l'instruction publique pour les lycées, par *A. Riant*.

M. *Durand-Fardel* offre en son nom à l'Académie son TRAITÉ DES MALADIES DES VIEILLARDS.

M. *Lefèvre* soumet au jugement de l'Académie un nouvel appareil vaporifère.

M. *Depaul* présente, au nom de M. *Bailly*, un nouveau céphalotribe.

L'instrument proposé par M. Bailly tient à la fois, par sa construction, du céphalotribe et du forceps. Il a la force du premier, les cuillers courbes suivant les faces et fenêtrées du second. Son appareil de compression est la vis à écrou mobile du céphalotribe de Blot. La longueur des mors, mesurée de l'articulation à l'extrémité de l'instrument, est de 25 centimètres ; leur plus grande largeur, de 48 millimètres. Quand l'instrument est fermé, son épaisseur la plus grande, prise d'une face externe à l'autre des cuillers, ne dépasse pas 57 millimètres, et l'espace elliptique que circonscrivent celles-ci entre leurs faces internes offre un diamètre transversal de 47 millimètres. En conséquence, ce céphalotribe pourra, dit l'auteur, convenir dans les rétrécissements qui oscillent entre 65 et 95 millimètres et forment la classe, de beaucoup la plus nombreuse, des rétrécissements pelviens. Bien qu'au-dessous de 55 millimètres, on ne puisse guère espérer terminer l'opération avec ce nouveau céphalotribe, il pourra cependant encore être utilement employé, dans les bassins de cette catégorie, pour faire subir à la tête fœtale un premier broiement, qui facilitera singulièrement ensuite l'application du céphalotribe ordinaire. Ce dernier, si l'avenir justifie mes prévisions, devra être réservé pour les rétrécissements extrêmes du bassin.



L'auteur a fait, pour la première fois, avec succès, l'essai de son céphalotribe le mercredi 22 janvier 1873, en présence de MM. les docteurs Cotard et Thierry, chez une femme naine, non rachitique, dont le bassin conservait encore 8 et demi à 9 centimètres de diamètre sacro-pubien, mais avait subi une réduction proportionnelle de ses autres diamètres. La tête très-grosse, très-dure du fœtus (un volumineux garçon de 8 kilogrammes au moins), était invinciblement arrêtée sur le détroit abdominal. L'opération eut un plein succès. La perforation du crâne ayant eu lieu avec les précautions d'usage, la tête fut, du premier coup, saisie et broyée dans toute sa longueur, puis facilement extraite par l'instrument, dont les mors se trouvaient si complétement incrustés dans les parties broyées qu'ils ne pouvaient lâcher prise. L'opérée s'est promptement rétablie, sans avoir éprouvé le plus léger accident de couches.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur en réponse à un rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance ; M. le ministre annonce à l'Académie qu'il met à sa disposition un crédit de 2000 francs destinés : 1° à l'achat de médailles d'or et d'argent données aux principaux lauréats ; 2° à la publication des mémoires et des préceptes de l'hygiène applicables à l'éducation des enfants du premier âge.

M. *Chatin* lit ensuite un rapport très-court sur un travail de M. Chodzko, ayant pour titre : Des effets de l'acide carbonique naissant sur l'économie. Suivant la coutume, on n'écoute pas et l'on vote à l'unanimité les conclusions du rapport qui propose de remercier M. Chodzko et de renvoyer son mémoire aux archives de l'Académie.

ÉLECTION. — L'Académie avait à élire un membre dans la section de thérapeutique. La commission proposait *ex æquo* en première ligne MM. Moutard-Martin et Oulmont, puis venaient MM. Boinet, Delioux de Salignac et Constantin Paul.

Au premier tour, M. Moutard-Martin est nommé par 47 voix sur 77 votants ; M. Oulmont obtient une minorité fort honorable de 29 voix.

DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT. — L'élection terminée, on entame enfin la fameuse discussion de l'inspectorat, discussion qui promettait merveille et qui a failli se terminer tout simplement par un long panégyrique des inspecteurs et de l'inspectorat. Espérons que les inspecteurs seront contents et qu'ils liront tout au long dans le *Bulletin de l'Académie* l'éloge pompeux que M. Fauvel fait de l'institution.

Faut-il maintenir l'inspectorat ? Faut-il le supprimer ? Telle était la question à résoudre. La commission d'hygiène concluait pour le maintien, la commission de Versailles pour la suppression. C'était, comme on le voit, une question de vie ou de mort sur laquelle l'Académie de médecine avait à se prononcer, et ses conclusions pouvaient peser lourd dans la balance.

M. Fauvel se déclare franchement et très-nettement pour l'inspectorat, comme M. Gubler, dont il ne diffère du reste que sur des détails insignifiants.

Dans tout établissement thermal, dit-il, trois ordres d'intérêts se trouvent en présence : l'intérêt du propriétaire ou fermier, l'intérêt médical ou professionnel, et enfin l'intérêt du public ou des malades.

Les eaux minérales sont des produits du sol que les propriétaires ont le droit d'exploiter sans contrôle comme tous les autres produits du sol. Donc pas d'inspecteur à moins qu'il ne soit choisi par eux.

L'État répond : Cette théorie serait admissible si les eaux minérales étaient inoffensives, mais la plupart ont une action énergique sur l'organisme. Donc, je dois en surveiller l'exploitation, l'usage et l'emploi journalier, et je nomme un inspecteur qui empêchera le propriétaire d'exploiter la chose à sa façon.

L'intérêt scientifique ou professionnel veut qu'on ait des garanties sérieuses sur l'origine, la composition, la qualité des eaux en exploitation. Qui pourra donner ces garanties, sinon l'inspecteur ?

Quant à l'intérêt public, ici la nécessité des inspecteurs est encore plus évidente : n'est-ce pas l'inspecteur qui protégera les malades contre une exploitation négligente ou frauduleuse ? n'est-ce pas lui qui garantit le mode d'application des eaux conformément aux prescriptions du médecin ? N'est-ce pas lui enfin qui dirige les recherches et encourage les progrès de l'hydrologie ?

On a beaucoup exagéré l'influence de ces inspecteurs ; on a

crié au privilége : qu'on relise les articles de la loi qui le concerne, et l'on verra que ses attributions se bornent, en somme, à une surveillance active et permanente ; son rôle, en un mot, se réduit à un simple contrôle au point de vue du fonctionnement régulier des établissements thermaux.

On demande leur suppression ! cela se conçoit de la part de certains propriétaires qui voudraient bien se débarrasser d'une surveillance gênante. Mais les médecins se font illusion s'ils se figurent qu'ils y gagneront. L'inspectorat, supprimé, renaîtrait sous une autre forme, et l'on verrait bientôt les propriétaires attacher à leur établissement des médecins de leur choix.

Quant à l'inspectorat collectif dont on a fait tant de bruit à propos du conseil médical d'Aix (en Savoie), si l'on examine les choses de près, on verra que ce conseil n'avait que voix consultative, car c'était le propriétaire qui avisait et décidait.

La seule chose que M. Fauvel regrette dans l'inspectorat, c'est qu'on charge les inspecteurs de détails qui regarderaient plutôt un régisseur. Il voudrait leur voir un caractère plus scientifique.

Abordant ensuite un point particulier de la question, M. Fauvel se prononce pour la liberté absolue, le libre usage des eaux minérales. Dans le cas où il y aurait des abus, les inspecteurs sont là.

En résumé, comme conclusion, M. Fauvel répète ce qu'il a dit tout le long de son discours : maintenons les inspecteurs et maintenons-les sans cesse, car toute exploitation thermale a besoin d'être autorisée, protégée et surveillée.

Ce discours terminé, on attend la contre-partie. Au grand étonnement du public et des académiciens, personne ne demande la parole, malgré l'insistance de M. le président, qui fait remarquer qu'une discussion aussi importante ne peut se terminer sur un seul discours.

« Ce silence, répond M. Gubler, prouve que l'Académie est suffisamment éclairée. La question est jugée. Si personne ne demande la parole, je vais répondre en quelques mots à M. Fauvel, et tout sera dit.

La discussion allait donc finir faute de combattants, quand heureusement M. J. Guérin demande la parole pour la prochaine séance.

Espérons que d'ici là les idées viendront aux adversaires de l'inspectorat.

Pour terminer la séance, on donne la parole à M. Mattei, qui lit devant les banquettes un travail sur l'histoire de l'obstétrique à Paris aux XVIe et XVIIe siècles. Encore est-il obligé de s'arrêter en route ; il est cinq heures et ce n'est pas la peine, lui dit le président, de continuer à lire dans le désert.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION LINÉAIRE SANS EXCISION DE L'IRIS, PAR M. NOTTA (DE LISIEUX). — DISCUSSION.

M. *Notta*. Les accidents inflammatoires qui compromettent le succès des opérations de cataracte par extraction à lambeau ont pour point de départ l'incision de la cornée suivant les uns, l'iris suivant les autres.

Les oculistes allemands, frappés de voir les excisions de l'iris dans l'opération de la pupille artificielle ne jamais produire la moindre réaction, attribuèrent à l'iris le rôle principal dans les accidents inflammatoires, et ils en conclurent que cette membrane, qui pouvait être excisée impunément, ne pouvait pas supporter le tiraillement et la contusion que lui causait le cristallin en traversant son sphincter pour être expulsé en dehors. De là vint à de Graefe l'idée de faire une excision de la partie de l'iris qui s'oppose le plus à la sortie de la cataracte, et après quelques tâtonnements, il créa le procédé de l'extraction linéaire, dont les résultats sont manifestement supérieurs à ceux de l'extraction à lambeau.

Pour expliquer la rareté de l'inflammation dans l'extraction linéaire, on n'a été frappé que d'un fait : l'excision de l'iris ; on n'a pas tenu compte des autres éléments de l'opération. Est-il possible, en effet, d'admettre que l'iris, qui peut à peine supporter la contusion que lui cause le cristallin en traversant la pupille (Liebreich), ne soit aucunement impressionné par les tiraillements qu'il subit lorsqu'on en excise un lambeau ? Ce n'est donc pas à cause, mais bien malgré cette excision, que s'opère la réunion par première intention de la plaie cornéenne, et cela pour des motifs qui ont passé inaperçus jusqu'à ce jour et qui ressortiront de la description même du procédé suivant, qui n'est autre que l'*extraction linéaire sans excision de l'iris.*

Comme pour l'extraction à lambeau, la pupille est préalablement dilatée par des installations d'atropine. L'œil est fixé par un aide avec l'ophthalmostat de M. Nélaton. La paupière supérieure est maintenue relevée. Alors le couteau à lame étroite de de Graefe est enfoncé dans la cornée à son point de jonction avec la sclérotique à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'équateur de l'œil, puis on dirige le couteau transversalement et parallèlement à l'iris, et aussitôt que l'on a pratiqué la contre-ponction à l'union de la cornée avec la sclérotique, on porte le tranchant du couteau en avant, de manière que le dos de l'instrument soit tourné vers le centre idéal du globe cornéen, et à l'aide d'un léger mouvement de scie on divise la cornée.

Après avoir laissé reposer le malade un instant, on incise la capsule du cristallin avec le kystitome, et à l'aide d'une légère pression sur la paupière inférieure exercée avec le dos de la curette au niveau du bord inférieur de la cornée, tandis que l'on relève légèrement la paupière supérieure, on fait sortir le cristallin avec la plus grande facilité.

On voit que ce procédé, qui se rapproche de celui de M. Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, en diffère en ce qu'il n'y a pas, à proprement parler, de lambeau. Il n'y a qu'une incision linéaire transversale, située à environ 3 millimètres au-dessus de l'équateur de l'œil, beaucoup plus courte que la plaie à lambeau, dans l'opération de Daviel, ne traversant pas comme elle, obliquement, l'épaisseur de la cornée.

L'incision ici coupe la cornée directement d'arrière en avant dans le sens d'un plan passant par un des méridiens du globe cornéen. Il en résulte un affrontement très-exact des lèvres de la plaie, affrontement qui ne saurait être déplacé, ni par une tension intra-oculaire modérée, ni par les mouvements de la paupière. C'est à cette disposition de la plaie linéaire, éminemment favorable à la réunion par première intention, qu'il faut attribuer la faveur dont jouit l'opération de de Graefe. L'excision de l'iris n'y est pour rien, elle ne fait que compliquer l'opération. En effet, notre procédé nous a donné des résultats aussi satisfaisants que ceux que l'on obtient par l'extraction linéaire. Sur dix malades, nous avons obtenu dix guérisons. Une seule laisse un peu à désirer. Mais il faut tenir compte de certaines difficultés qui survinrent dans le cours de l'opération et qui déterminèrent quelques accidents inflammatoires. Or, bien qu'il y ait déformation de la pupille, le malade y voit assez pour se conduire, vaquer à ses affaires et même lire des caractères d'imprimerie de 4 millimètres de hauteur.

Chez les neuf autres opérés, le résultat a été aussi heureux que possible ; du quatrième au douzième jour ils ont pu se lever sans autre appareil que des lunettes munies de verres neutres foncés et garnies de taffetas noir, de manière à empêcher l'accès de la lumière.

Quoi qu'en disent les Allemands, l'iris a été d'une tolérance parfaite ; il n'y a eu aucune inflammation, et comme résultat définitif, tous ont la pupille nette, tous peuvent lire les caractères d'imprimerie ordinaires, le journal par exemple, et ceux

qui ne savent pas lire reconnaissent et distinguent les objets les plus petits, comme une aiguille d'une épingle. Ces résultats sont manifestement supérieurs à ceux que donne la méthode à lambeau.

Au total, notre procédé présente les mêmes avantages que l'extraction linéaire de de Graefe sous le rapport de la rapidité de la guérison et de l'absence d'accidents inflammatoires; mais il lui est préférable en ce qu'il est d'une exécution beaucoup plus facile, qu'il n'entraîne aucune déformation de la pupille, et qu'il ne se complique jamais de ces hémorrhagies qui accompagnent parfois la section de l'iris, remplissent la chambre antérieure et peuvent devenir le point de départ d'opacités plus ou moins étendues.

M. *Lannelongue* a opéré un malade d'après le procédé de M. Notta; le résultat n'a pas été très-satisfaisant. Pendant les trois premiers jours, le malade n'accusa aucune douleur; après trois fois vingt-quatre heures on lève l'appareil (pansement ouaté); la chambre antérieure était vide, la plaie cornéenne non réunie. M. Lannelongue fit une compression plus forte pendant quarante-huit heures; il obtint alors la réunion des bords de l'incision; la chambre antérieure s'était refermée et l'iris avait repris sa place. Vers le sixième jour, la conjonctive rougit, et sur la partie moyenne du bord inférieur de l'incision parut une légère opacité blanchâtre, profondément située dans la cornée. Cette opacité fit des progrès pendant cinq jours, mesurant 2 millimètres dans tous les sens et se dirigeant vers le centre de la cornée. Il y a treize jours que le malade est opéré, et il reste une opacité presque centrale gênant la vision.

M. *Giraud-Teulon* se déclare partisan du procédé employé par M. Notta; cependant sur dix malades il a observé, après chaque opération, un petit pincement de l'iris mais sans gravité; il n'a pas observé d'opacité de la cornée à la suite de l'emploi de ce procédé. Ce procédé avait déjà été formulé par Küchler au congrès de Paris d'une façon très-originale.

M. *Le Fort* désirerait savoir la proportion de guérisons obtenues par M. Notta au moyen des autres procédés. Pourquoi ne pas faire dès le début l'incision de la cornée en tenant le couteau le dos dirigé en arrière? En tenant d'abord le couteau le dos dirigé en haut, on décrit un arc de cercle, et en ce point là il pourrait se faire que la plaie se cicatrise plus lentement.

M. *Panas* dit que le pincement de l'iris n'est pas une chose indifférente. Si un procédé met à l'abri de la synéchie antérieure, on le choisira de préférence. Le malade présenté à la Société par M. Notta avait une petite synéchie. M. Panas voudrait connaître exactement l'acuité de la vision chez les opérés de M. Notta.

M. *Notta* a été frappé des résultats obtenus avec son procédé comparativement à ceux obtenus avec les autres procédés d'extraction. Sur 63 kélotomies supérieures, 17 insuccès; chez les 10 malades opérés par le nouveau procédé, 10 succès. Deux de ces malades ont fait des imprudences quelques jours après l'opération; chez l'un petite hernie de l'iris, chez l'autre petite synéchie à la partie inférieure de la plaie. Ces accidents arriveront avec tous les procédés si les malades font des efforts ou se frottent l'œil.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE LA PONCTION ASPIRATRICE DANS LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. — PONCTION ASPIRATRICE DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — PRÉSENTATION D'UN APPAREIL.

M. *Boinet* lit un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Clément (d'Aigues-Morte) : Il s'agit d'un kyste hydatique du foie traité par la ponction aspiratrice. M. Boinet reconnaît l'utilité de la ponction capillaire avec ou sans aspiration, au commencement du traitement. Si la ponction amène un liquide clair et limpide, on peut attendre; mais si le liquide est louche, ou bien si le liquide limpide se reproduit, il faut ouvrir largement le kyste, avec les caustiques par exemple, afin d'évacuer complétement le contenu. On fera ensuite des injections détersives.

M. *Chassaignac* voudrait joindre aux moyens de traitement indiqués par M. Boinet les injections iodées dans la cavité du kyste. La ponction simple guérit quelquefois, mais elle peut amener la purulence du liquide. Avant d'ouvrir largement le kyste avec les caustiques, on peut essayer le drainage. Mais le meilleur moyen est l'injection iodée dès le début du traitement.

Lorsqu'on a affaire à un kyste uniloculaire, dit M. *Boinet*, la ponction avec injection iodée peut réussir; mais si le kyste est multiloculaire, ce traitement ne suffit pas; l'iode a été injecté dans une seule loge, et les autres loges suppurent. Il vaut donc mieux vider le kyste tout de suite au moyen d'une large ouverture permettant la sortie des hydatides.

— M. *Duplay* fait un rapport verbal sur une observation de hernie crurale étranglée traitée par la ponction aspiratrice et la kélotomie. Cette observation avait été lue à la Société par M. Terrier. La ponction aspiratrice fut impuissante; mais il faut remarquer qu'il s'agissait d'un entéro-épiploocèle, et la ponction aspiratrice doit surtout réussir dans les cas d'entérocèle; en outre, l'instrument employé était assez imparfait. Sur l'intestin mis à nu par la kélotomie, on ne put retrouver les traces des piqûres. Ce fait important avait déjà été noté.

M. *Verneuil* a fait dernièrement la ponction aspiratrice dans une hernie crurale étranglée depuis vingt-quatre heures. On avait fait le taxis la veille. Ponction avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy; issue de 5 à 6 grammes de sang spumeux, noirâtre; M. Verneuil supposa qu'il avait ponctionné le sac, bien que le sang eut une odeur stercorale prononcée. La hernie diminua d'un tiers; on tenta le taxis. C'est alors que l'intestin rentra probablement, car de nombreux gaz sortirent par l'anus. Un dernier effort de taxis fit rentrer l'épiploon.

Bien que l'aiguille à ponction fût très-petite, pendant le taxis il s'écoula par la piqûre 1 ou 2 grammes de sang, et bientôt il survint un phlegmon dans la région occupée par la hernie. Le pus de ce phlegmon avait une odeur infecte, bien qu'il n'y eût aucune communication avec l'intestin. La ponction, en vidant le sac, avait préparé le succès du taxis. Pour savoir absolument si le liquide évacué vient du sac ou de l'intestin, on aurait recours à l'examen microscopique; le liquide intestinal renferme toujours de nombreuses cellules d'épithélium cylindrique.

— M. *Le Fort* présente, au nom de M. Collin, un individu qui, à la suite d'une résection du coude, ne pouvait se servir de l'avant-bras. L'appareil imaginé par M. Collin permet au malade d'utiliser son bras.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1873.

CICATRICE D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — INJECTION DE POUDRES DANS LES VAISSEAUX. — COAGULATION DU SANG. — THROMBOSE DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE; DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX.

M. Hayem présente les résultats de l'étude qu'il a faite d'une cicatrice d'hémorrhagie cérébrale. Outre les éléments que l'on rencontre dans toutes les lésions anciennes du cerveau, telles que corps granuleux, amas graisseux et pigmentaires, cristaux d'hématoïdine, il existait, dans ce cas, une trame conjonctive très-dense, difficile à dilacérer et qui offrait une disposition tout à fait analogue à celle du tissu conjonctif adulte. Elle consistait en trousseaux fibreux se réduisant en fibrilles très-fines et en cellules plates d'une dimension considérable, lesquelles, rubanées ou fusiformes lors-

qu'elles étaient vues de profil, apparaissaient irrégulières et étoilées à prolongements multiples lorsqu'on les examinait de face. Ces cellules, présentant un gros noyau et un nucléole, contenaient des granulations graisseuses et pigmentaires.

Suivant M. Hayem, ce fait prouve que le tissu cérébral blanc peut produire dans l'encéphalite cicatricielle un véritable tissu conjonctif possédant les caractères que M. Ranvier a décrits.

M. Muron fait le récit des expériences qu'il a pratiquées avec M. Laborde, et qui prouvent que la poudre de lycopode injectée dans l'artère fémorale d'un chien ne pénètre pas dans la veine fémorale correspondante; ces expériences sont en opposition avec les observations anatomiques de M. Sucquet.

Cette communication, qui se rapproche de celles qui ont été faites antérieurement par M. Laborde sur l'injection d'air dans les vaisseaux, est suivie d'observations de la part de M. Vulpian, de M. Claude Bernard et de M. Bert, sur lesquelles nous reviendrons prochainement, lorsque nous analyserons la série des travaux de M. Bert, qui, cette fois, ajoute une nouvelle présentation, démontrant que la coagulation du sang se fait d'autant plus rapidement que le sang contient plus d'oxygène. La coagulation du sang suroxygéné se fait avec une rapidité remarquable, tandis que la quantité d'acide carbonique ne semble pas exercer d'influence notable sur la coagulation. Le sang des asphyxiés ne se coagule pas à cause de l'absence de l'oxygène.

Pour terminer, signalons une observation de déviation conjuguée des yeux avec hémiplégie du côté opposé à la lésion cérébrale, dans un cas de formation de caillot dans l'artère vertébrale droite.

Sociétés savantes de l'étranger.

Medical Society of London. (Séance du 13 janvier 1873; *in the Lancet*, 1er février.)

CAVERNES PULMONAIRES DANS LA PHTHISIE.

M. le docteur Williams a étudié le mécanisme de l'oblitération des cavernes pulmonaires dans la phthisie. D'après sa statistique, on observerait de pareilles oblitérations sur *six* pour *cent* des malades arrivés à la troisième période.

Le vide produit dans la cavité pectorale par le retrait des parois de la caverne se comble de plusieurs manières :

1° Par la dilatation des alvéoles pulmonaires autour de la caverne oblitérée;

2° Par l'expansion de l'autre poumon;

3° Par le déplacement des organes voisins : le cœur, le foie, l'estomac, la rate;

4° Par l'affaissement des parois de la poitrine.

M. Williams étudie ces différents cas, surtout au point de vue des modifications que ces changements déterminent dans l'aspect des parties et dans les signes fournis par l'auscultation et la percussion. Pour lui, l'affaissement de la paroi pectorale — que nous considérons comme un phénomène très-précoce et essentiel dans ces sortes de cas — survient tardivement. Le déplacement des divers organes, et surtout le déplacement des organes abdominaux, suffit, dit-il, pour combler le vide, au moins pendant quelque temps. Ces modifications peuvent s'opérer très-vite ou très-lentement : de deux mois à deux ans. Elles ne sont pas toujours salutaires pour le malade. Les déplacements peuvent être tels, en effet, que la circulation et la respiration en soient fortement gênées, entraînant ainsi une aggravation dans l'état morbide, et la mort. D'ailleurs, même quand ces déplacements paraissent avoir eu quelque utilité, les malades sont toujours mis en danger par la tuberculisation elle-même.

M. Williams a vu survenir dans quelques cas une hydropisie albuminurique liée à une lésion des reins; mais ce trouble nouveau ne doit-il pas être rattaché plutôt à l'état tuberculeux qu'aux perturbations produites par le déplacement des organes et par l'affaissement des parois de la poitrine

---

REVUE DES JOURNAUX.

Mort par l'inhalation du protoxyde d'azote

Nous avons signalé l'année dernière (n° 51, p. 828) un fait qui démontre que l'anesthésique, en faveur duquel des dentistes invoquent encore l'innocuité absolue, compte au moins un cas de mort authentique; aujourd'hui nous appelons l'attention sur une enquête dont la notoriété et la valeur seraient difficilement discutées. Il est nécessaire qu'on sache que l'inhalation du protoxyde d'azote peut être suivie de mort.

Le 23 janvier, une enquête a été faite sur le corps de miss Ida Wyndham, dame habitant à Manor-house, seaton, et qui est morte sous l'influence du protoxyde d'azote, administré par M. J. T. Brown Mason, dentiste pratiquant à Exeter. Mercredi dans l'après-midi, accompagnée du docteur Pattinson, son attendant médical et son beau-frère, cette dame vint chez M. Mason faire examiner une dent; celui-ci fut d'avis d'extraire une grosse molaire supérieure, et à la requête de la malade lui administra le protoxyde d'azote, qui, pour beaucoup de dentistes, remplace le chloroforme. Le docteur Pattinson assista à l'opération. Après quelques respirations on nota que le pouls devenait faible, l'inhalation fut suspendue. Cependant la malade n'était pas insensible. M. Mason essaya d'extraire la dent, mais la douleur était si vive qu'il fut obligé de s'arrêter, et miss Windham réclama une nouvelle application de l'anesthésie. L'opération sembla réussir, mais la dent venait d'être enlevée quand la malade devint tout à coup d'une pâleur livide; il y avait danger imminent.

On fit immédiatement venir le docteur Drake, on tenta tous les moyens de ramener la vie, mais sans résultat, et en quelques minutes la malade était morte. Le docteur Pattinson a établi que la santé de Miss Wyndham avait été jusque-là très-bonne, et fut d'accord avec le docteur Drake qu'il n'y avait, ni avant ni après la mort, des signes de maladie organique. Le docteur Drake attribua la mort à la paralysie des organes respiratoires causée par l'inhalation du protoxyde d'azote. Les deux médecins sont d'avis que M. Mason avait employé toutes les précautions désirables, et le docteur Drake établit que rien n'indiquait que miss Wyndham fût un sujet chez lequel l'anesthésie ne pouvait être faite. Le jury a rendu un verdict d'homicide par accident : *Homicide by misadventure*, exonérant le dentiste de tout blâme. (*The Times*, 24 janvier 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Le typhus exanthématique ou pétéchial, typhus des Arabes (épidémie de 1868), par le docteur Amédée Maurin, chirurgien à l'hôpital civil d'Alger. — Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences) et par l'Académie de médecine. — Paris, Imprimerie nationale, 1872.

Au moment où la question des origines du typhus exanthématique vient d'être de nouveau mise à l'ordre du jour, il n'est point sans intérêt d'étudier l'histoire de l'épidémie qui a sévi en 1868 sur les populations du littoral africain en ravageant le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et la régence de Tripoli. De remarquables travaux ont déjà été publiés à ce sujet, parmi lesquels nous devons signaler ceux de MM. J. Arnould (*Origines*

et affinités du typhus d'après l'épidémie algérienne, brochure grand in-8, Paris, J. B. Baillière, 1869), A. Vital (*Le typhus dans la province de Constantine en* 1868, in *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 3e série, t. XXII, p. 81, 1869), J. Périer (*Effets de la misère et du typhus dans la province d'Alger en* 1868, in *Recueil de mémoires de médecine militaire*, t. XXII, p. 449; t. XXIV, p. 461).

Il y a quelques mois vient enfin de paraître l'ouvrage du docteur Amédée Maurin, signalé dès l'abord à l'attention du lecteur par la double consécration dont l'Institut et l'Académie de médecine l'ont justement honoré. Médecin de l'hôpital civil d'Alger, l'auteur a pu constater pas à pas les progrès de la maladie, en contrôler les origines et surtout en suivre la marche chez les malades admis à l'hôpital; ces derniers furent au nombre de 208, dont 140 dans son service personnel.

L'auteur, recherchant les conditions dans lesquelles s'est développée l'épidémie de typhus en Algérie, nous montre la succession des fléaux qui la précédèrent, la sécheresse absolue de l'année 1864, l'invasion des sauterelles en 1865 et 1866 venant ravager les champs et détruire toutes les récoltes, comme conséquence fatale la famine éclatant dès l'année 1867, famine horrible, comme il n'en peut éclater que chez des populations ignorantes, fatalistes, vivant au jour le jour sans penser beaucoup au lendemain, — tels étaient autrefois les peuples de l'Europe au moyen âge; mais si la civilisation a fait à peu près disparaître les famines, et par suite les épidémies qui en sont la conséquence, l'Arabe, au contraire, en est encore resté à cette période de la vie des peuples que l'on a justement appelée son enfance. Tout juste assez prévoyants pour réunir dans des silos les grains nécessaires à leur subsistance pendant l'hiver et aux ensemencements, ils ne savent pas créer de grandes réserves pour les temps difficiles ni suppléer par des relations commerciales étendues à l'insuffisance accidentelle des productions locales.

Du reste, comme nous l'avons vu, une succession de fléaux avait réduit les Arabes à la plus affreuse misère; la sécheresse de 1864 avait fait périr les bestiaux; leurs récoltes de 1865 et 1866 ayant été dévorées par les sauterelles, ils avaient dû consommer leurs dernières réserves de grains, en sorte qu'en 1867 il n'y eut plus d'ensemencement possible; la privation, la disette, la famine enfin, pénétrèrent chez ces malheureuses populations, qui, fuyant bientôt un sol aride et désolé, se pressèrent autour des centres européens pour y chercher des secours, y mendier quelques aliments ou même, poussés et peut-être excusables par la faim, y commettre des attentats contre la propriété et la vie des habitants. La limite des horreurs humaines fut dépassée, car l'on ne tarda pas à constater l'anthropophagie dans maints endroits différents!

Les observateurs sont tous d'accord pour affirmer que les indigènes groupés par l'autorité dans les asiles créés au voisinage des villes ou dans les dépôts de prisonniers, — y être renfermé à ce titre était recherché comme un précieux avantage, — ne présentaient point le typhus. M. Amédée Maurin n'est pas moins précis que MM. Vital, Périer, Arnould : les indigènes, couverts de haillons et de vermine, étaient dans un état de maigreur et d'anémie incroyable; ils exhalaient une odeur *sui generis* repoussante; on pouvait les considérer *comme en voie de décomposition*; mais pas un ne présentait les symptômes du typhus. A Alger, la situation est bien nette, les Arabes accueillis dans un asile de la rue Salluste étaient indemnes de toute affection typhique; mais bientôt dans les maisons avoisinantes apparurent les premiers cas du typhus pétéchial. Il en fut de même dans tous les asiles : les premières victimes ont toujours été les personnes que leur profession mettait en contact avec les indigènes *non typhiques*. Les soldats qui les gardent, les médecins, les infirmiers sont atteints. Ailleurs, comme on l'avait déjà vu en France lors du typhus importé de Crimée, ce sont des amas de vêtements ayant appartenu aux indigènes qui semblent renfermer le *contagium*; les murs d'une salle d'hôpital dans laquelle on a soigné des typhiques, mais dont tout le matériel a été renouvelé, paraît avoir servi de refuge au poison, car lorsque, plusieurs semaines après, on y replace des malades, les vénériens, l'épidémie éclate au milieu d'eux.

Malgré ces éclosions brutales de 1868, il est permis de se demander si le typhus n'existait point déjà en Algérie en 1866 et 1867. M. Arnould l'affirme très-positivement pour la province et la ville de Constantine. A Alger, avant que la maladie n'éclatât dans toute sa violence, M. Amédée Maurin recevait dans son service 54 personnes atteintes de fièvres intermittentes à *type pétéchial*, dont 7 se transformèrent en véritable typhus. Était-ce bien là de la fièvre intermittente? S'agissait-il d'une affection palustre ou n'en était-il pas pour le typhus pétéchial comme il en est pour le typhus abdominal, dans lequel les formes très-légères, les fébricules typhoïdes empruntent si souvent à leur début la symptomatologie des accidents paludéens accompagnés de phénomènes gastro-intestinaux? M. A. Maurin ne le pense pas et y voit plutôt un exemple de ces influences encore peu connues, de ces génies épidémiques qui semblent peser sur la constitution médicale des localités et donnent à toutes les maladies une teinte générale, une physionomie qui les rapproche de l'épidémie elle-même.

Le typhus pétéchial a donc été en Algérie essentiellement développé par cette décomposition générale des organismes humains soumis à la privation d'aliments, au froid, aux misères de toutes sortes, et qui se traduisait par une tendance très-remarquable à la suppuration; les affections chirurgicales comme les maladies internes, les pneumonies, en particulier, avaient toutes un caractère commun; la purulence; dans l'épidémie observée par M. Arnould au pénitencier d'Aïn-el-Bey, près Constantine, c'est au milieu de ces malades, atteints de suppurations diverses, que les premiers cas se manifestèrent, non point sur les indigènes, mais sur les personnes de service, les médecins, les sœurs, les infirmiers.

Pour revenir plus particulièrement au mémoire de M. A. Maurin, nous devons constater la précision avec laquelle les divers symptômes de la maladie ont été étudiés. 145 observations détaillées servent de base à ce travail; dans chacune d'elles les mêmes phénomènes extérieurs ont été recherchés et notés avec soin; aussi est-ce avec regret que l'on constate l'absence de documents précis sur la thermalité de cette affection qui, à ce point de vue, est si particulièrement intéressante. Les consciencieuses recherches de M. A. Maurin eussent certainement gagné en précision si elles se trouvaient complétées par des observations thermiques; nous les aurions avec avantage comparées à celles de M. Arnould, et de leur analogie probable pu déduire d'utiles enseignements. Les lésions anatomiques décrites par M. A. Maurin sont celles qui jusqu'à présent ont été rencontrées dans toutes les épidémies; mais, plus affirmatif que ses prédécesseurs, il considère les altérations du tube digestif comme formant le *véritable caractère pathognomonique* du typhus. Ces lésions consistent : 1° en une hypérémie de toute la muqueuse gastro-intestinale avec taches ecchymotiques à diamètre variant entre 1 et 3 centimètres environ; 2° en *plaques rasées*, c'est-à-dire en « espaces de 3, 4 et jusqu'à 8 centimètres de long sur 1 ou 2 centimètres de large, où les villosités intestinales ont complétement disparu. Ces espaces n'offrent aucune rougeur, aucune injection et pas de pus : c'est absolument le même aspect que présenterait un morceau de velours sur lequel, à l'aide d'un rasoir, on aurait enlevé toutes les parties saillantes jusqu'à la chaîne. » Ces plaques rasées, au nombre de 10 à 15, se succèdent tous les 20 centimètres, soit dans l'intestin grêle, soit dans le gros intestin; mais elles sont plus agglomérées vers l'appendice iléo-cæcal. M. A. Maurin a constaté l'existence de ces plaques rasées chez *tous* les individus qui ont succombé, à quelque période de la maladie que la mort soit survenue.

Nous n'avons point à apprécier cette lésion, qu'il faudrait examiner histologiquement pour la bien connaître. Si l'auteur a voulu parler des plaques dites de *barbe fraîche*, déjà décrites par Louis, Chomel, et depuis eux par un grand nombre de

cliniciens, elles constituent une lésion pour ainsi dire banale, car on les observe dans presque toutes les maladies zymotiques; il est bien rare, en effet, que dans ces cas les plaques de Peyer ne soient pas légèrement hypertrophiées. L'aspect pointillé manque parfois, et comme précisément les villosités intestinales s'arrêtent normalement au pourtour des plaques, il se peut que les plaques rasées de M. A. Maurin ne soient pas autre chose que ces lésions bien connues et nullement pathognomoniques du typhus. Dans tous les cas, le fait mérite d'être signalé en vue de recherches ultérieures.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé clinique de l'épidémie qu'il a pris à tâche de décrire; ses recherches complètent et affirment ce que nous savions déjà du typhus pétéchial; elles ont néanmoins une valeur réelle qu'elles puisent à la fois dans la méthode, la précision avec laquelle elles ont été conduites, et dans la forme élégante sous laquelle elles sont présentées au lecteur.

Le long et consciencieux travail de M. A. Maurin doit fixer l'attention des cliniciens. Il peut servir de point de départ à de nouvelles recherches anatomo-pathologiques. A tous ces titres, il mérite de prendre rang parmi les ouvrages sérieux publiés jusqu'à ce jour sur le typhus, la plus cruelle des épidémies qu'engendrent l'encombrement, la misère et la famine, et qui, malgré de récentes communications, semble fort heureusement avoir manqué à l'ensemble des malheurs dont nous avons été frappés dans la dernière campagne.

Dr G. Morache.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu de M. le professeur Egger une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

Troubles a l'École de médecine et a l'École de pharmacie de Montpellier. — On lit dans le Messager du Midi :

« Un certain nombre d'étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier ayant adressé à M. Marcou, maire de Carcassonne, une lettre destinée à protester contre la condamnation judiciaire qui l'a frappé récemment, le conseil académique s'est réuni jeudi, sur l'ordre du ministre de l'instruction publique, à l'hôtel de l'Académie, afin de prendre des mesures disciplinaires contre les élèves coupables. Le résultat des délibérations du conseil a été un vote de censure, avec affichage à la Faculté.

» Pendant la délibération, un grand nombre de groupes composés d'étudiants se sont formés dans le Jardin des Plantes, et, dès que le vote du conseil a été connu, ces groupes se sont transportés à la Faculté de médecine, où devaient avoir lieu les cours de MM. Rouget et Béchamp. Cent cinquante élèves environ composaient la manifestation. Ils se sont opposés à ce que les professeurs fissent leurs cours, non pas par des cris ou des vociférations, mais par une interdiction formelle accompagnée de battements de mains destinés à couvrir la voie de l'orateur. La même scène s'est reproduite avec un peu plus de violence au cours de la Faculté des lettres qui a eu lieu dans la même soirée.

» Vendredi, les mêmes élèves se sont rendus à l'École de pharmacie. A deux heures de l'après-midi, ils sont retournés à la Faculté de médecine, où ils ont traité M. le professeur Benoît comme ils avaient traité la veille ses deux collègues.

» En présence de ces manifestations réitérées, l'autorité universitaire a cru devoir suspendre les cours. Le doyen de la Faculté de médecine a annoncé aux élèves que la Faculté était provisoirement fermée.

» Les cours de la Faculté des sciences seuls n'ont point été troublés. »

— Le même journal, dans un autre numéro, annonce que l'École de pharmacie de la même ville a été également fermée, et que les élèves signent une pétition pour demander *la destitution de M. Bouisson*, doyen de la Faculté.

Prix. — La *Société médico-chirurgicale de Liége* accordera un prix de 500 francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements ou de la pharmacie. Le mémoire couronné sera publié dans les Annales de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des Annales).

Les travaux devront être remis avant le 1er août 1874 à M. le docteur Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à *trois places* de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le *lundi 7 avril* 1873, à *quatre heures*, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de *midi à trois heures*, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le *lundi* 10 *mars* 1873, et sera clos définitivement le *mardi* 25 *mars*, *à trois heures*.

Banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris. — Le banquet des internes en médecine aura lieu le samedi 1er *mars*, à six heures et demie, dans les salons de Douix (Palais-Royal). On s'inscrit dans les hôpitaux auprès de l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien chez les docteurs Piogey (24, rue des Martyrs), et Émile Tillot, secrétaire de la commission permanente (42, rue Fontaine-Saint-Georges).

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Femmes-médecins. — D'après les feuilles russes, le chiffre des femmes russes qui suivent le cours de l'Université de Zurich s'élève cette année à 107, sur un total de 172 étudiantes.

— M. Cazalas, président du conseil de santé des armées, a été nommé membre du conseil supérieur de la guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur baron Larrey, admis à la retraite.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. J. Startin, dermatologiste très-consulté à Londres.

— Nous annonçons avec affliction que notre savant et si distingué confrère et collègue, M. Marchal (de Calvi), a été frappé d'une attaque d'apoplexie, samedi dernier, en revoyant les dernières épreuves de la Tribune médicale, et la plume à la main. Dès les premiers instants, les accidents ont paru très-graves. Depuis, les symptômes se sont sensiblement améliorés. Espérons que cette grande et vive intelligence nous sera bientôt rendue. (*Union médicale.*)

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 1er au 5 février 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 18; — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 78. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 32. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections aiguës, 263. — Affections chroniques, 350 (1). — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 19. — Total, 882.

Lille : Décès du 1er au 15 janvier 1873, 152. — Scarlatine, 1 ; rougeole, 6; fièvre typhoïde, 2; bronchite, 11; pneumonie, 13; diarrhée et entérite, 9.

Londres : Décès du 26 janvier au 1er février 1873, 1336. — Variole, 1 ; rougeole, 3 ; scarlatine, 7 ; fièvre typhoïde, 16; érysipèle, 5; diarrhée, 13; choléra nostras, 1; diphthérie, 5; croup, 19; coqueluche, 60; bronchite, 169; pneumonie, 67.

Bruxelles : Décès du 19 au 25 janvier 1873, 101. — Rougeole, 5 ; bronchite et pneumonie, 9; entérite et diarrhée, 8.

(1) Sur ce chiffre de 350 décès, 155 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — Sommaire. Sur la propylamine et l'apomorphine. — Inspectorat des établissements thermaux. — Cours publics. Clinique médicale : Leçons sur les urines. — Correspondance. Du double souffle et du double claquement aortique. — Réponse à M. Traube. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Sociétés savantes de l'étranger. — Revue des journaux. Mort par l'inhalation du protoxyde d'azote. — Bibliographie. Le typhus exanthématique ou pétéchial, typhus des Arabes. — Feuilleton. Grades universitaires en vente.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 20 février 1873.

Académie de médecine : L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — *Assemblée nationale* : TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES MANUFACTURES.

Nous ne devinons pas quel sentiment a pu porter un de nos collègues de la presse médicale à présenter la GAZETTE HEBDOMADAIRE comme n'ayant pas d'opinion arrêtée sur la question de l'inspectorat des eaux minérales. Il est très-vrai que nous n'avions cru contrevenir à aucune loi de l'État, ni nous rendre coupable d'aucune défection, en attendant pour nous occuper de cette question qu'elle eût été portée devant l'Académie; mais se taire ou ne pas penser sont deux choses distinctes. Le piquant est que notre opinion était tout au long exposée dans la GAZETTE vingt-quatre heures avant que le public fût averti que nous n'en avions aucune. Pour notre part, nous n'eussions jamais eu l'idée d'adresser pareil reproche à notre collègue; mais c'est que, bien loin de n'avoir pas une opinion, il en a eu deux : la première, favorable à l'inspectorat quand il est devenu inspecteur; la seconde, défavorable quand il a cessé de l'être. 2 font plus que 1, sans contredit; mais il ne faut pas abuser de ses avantages.

Nous avons donc une opinion arrêtée, que n'est de nature à modifier rien de ce qui a été récemment dit ou écrit sur la matière, — pas même le discours prononcé mardi dernier par M. J. Guérin, qui a été quelquefois moins vague dans le fond et moins laborieux dans la forme; six quarts d'heures employés à apprendre à l'Académie que la question des eaux minérales a été l'objet d'un rapport à l'Assemblée nationale; que des établissements d'eaux minérales, quelques conseils communaux ou départementaux ont demandé la suppression de l'inspectorat; que cette question de l'inspectorat n'est qu'une des faces du régime des eaux, etc., c'est un tour de force. Une assertion, une seule, est à retenir de ce discours; c'est que, en effet, contrairement à ce qu'avait avancé M. Fauvel, les médecins dits *d'État* ou *de gouvernement* près les stations thermales d'Allemagne ont été successivement supprimés. Le mouvement, si nous ne nous trompons, a com- mencé par la Bavière, pour s'étendre à la plus grande partie et peut-être à la totalité des États allemands. Quant au surplus des *révélations* de M. Guérin, c'est monnaie courante. Pour ce qui concerne plus spécialement les déclarations, soit des conseils départementaux ou communaux, soit des fermiers ou propriétaires des eaux, l'orateur serait peut-être surpris si, en réponse à ses insinuations sur les médecins «balnéaires», on mettait à nu l'origine et les vrais mobiles de cette agitation.

Pour en venir au fait, écartons d'abord, ou ne laissons pas du moins mettre en première ligne cette accusation de privilége, avec laquelle il serait facile de battre en brèche les mesures de protection les plus légitimes comme les plus salutaires. La question de privilége est une question accessoire et subordonnée. En effet, s'il venait à être démontré que l'inspectorat est utile et que l'inspecteur doit être un médecin, il va de soi que ce grand épouvantail devrait être mis de côté, par cette raison élémentaire que le nombre des places d'inspecteurs en France est moins grand que celui des médecins, et que le choix ne peut raisonnablement tomber sur les mânes de confrères défunts. Il faut donc commencer par le commencement et examiner d'abord ce qu'on doit penser de l'inspectorat médical.

Il n'y a dans le régime des eaux minérales que deux systèmes logiques : la liberté absolue, ou un système quelconque de réglementation qui ait pour un de ses rouages l'inspectorat : la liberté, qui supprime l'autorisation, la déclaration d'intérêt public, et avec elles le périmètre de protection; ou l'inspectorat, parce que c'est le complément obligé, l'instrument de la sur-

FEUILLETON.

Termes empruntés à la langue grecque dans la nomenclature des sciences. — Endosmose et exosmose.

La note que nous avons tout récemment publiée (n° 3, p. 47), au sujet de quelques remarques de M. Egger, professeur de littérature grecque à la Faculté des lettres, sur les termes scientifiques dérivés de la langue grecque, nous a valu l'honneur de la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur,

» Le JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE m'a fait beaucoup d'honneur en reproduisant une note que j'avais lue, en 1870, à l'Académie des sciences, sur les termes scientifiques empruntés à la langue grecque. Vous ne m'en faites pas moins par l'obligeante analyse que vous donnez de cette note dans votre numéro du 17 janvier dernier. Je ne puis mieux vous remercier qu'en vous adressant, sur un point de la discussion que je soulève, quelques remarques destinées à rectifier d'abord une de mes assertions d'autrefois, puis, si vous le permettez, une des vôtres. Nous cherchons tous deux la vérité, et vous me saurez gré, j'en suis sûr, d'aider vos lecteurs à la saisir.

» Quand j'écrivis la note en question, j'ignorais encore le véritable auteur des mots *endosmose* et *exosmose*, et j'étais réduit à la seule analogie grammaticale pour en chercher l'origine. Or, l'analogie me conduisait à quelqu'un de ces mots grecs terminés en *osis* dans la langue originale, et dont la désinence s'affaiblit régulièrement en français par la substitution d'un *e* muet aux lettres sonores *is* (*ankylose*, *ecchymose*, etc.). Cette analogie me conduisait donc à des mots comme *endosmosis*, *exosmosis*, qui ne peuvent avoir en grec le sens qu'y attachait en français le créateur malheureux des deux barbarismes dont nous parlons. Je sais aujourd'hui qu'ils sont dus au grand

veillance, et que la surveillance elle-même se déduit forcément de la réglementation.

La liberté absolue, nous la comprendrions parfaitement. Convaincu qu'en mettant à l'aise les scrupules de l'industrialisme, elle mènerait à l'abaissement de l'hydrothérapie minérale en France et à la dépréciation d'une grande richesse nationale, nous ne la recommandons pas; seulement nous ne sommes pas étonné qu'elle puisse séduire des esprits distingués. Mais en fait, cette liberté, combien la demandent? Nous avons sous les yeux l'écrit le plus complet qui ait été publié dans ces derniers temps contre *la législation des eaux minérales en France :* que demande M. Germond de Lavigne? Sans doute, la suppression de l'autorisation, l'affranchissement du contrôle exercé sur l'expédition des eaux, le libre emploi de la médication thermale, la liberté du tarif, la loi commune pour la réglementation intérieure, etc.; mais en même temps « les règlements intérieurs pour l'ordre, la police, la salubrité, l'organisation du service, l'usage des eaux, la distribution des heures, seront soumis par les propriétaires ou fermiers aux préfets et *rendus obligatoires par l'approbation de ces fonctionnaires* ». Il n'y aura pas de médecin inspecteur, mais « une commission médicale », qui adressera à l'autorité, par l'organe de son président, ses *vœux* et ses *plaintes*. Et comme une « responsabilité » sérieuse « incombe à l'État », en tant que « gardien de la santé publique », une surveillance administrative sera exercée sur les établissements d'eaux minérales par l'autorité départementale, et cette surveillance pourra « aller jusqu'à la fermeture momentanée ou absolue de l'établissement *s'il n'est pas conduit de manière à mettre à couvert la responsabilité de l'État* ». Tel est, en effet, le thème assez uniforme de l'opposition. Or, qu'est-ce vraiment que cet ensemble de dispositions, sinon un système de réglementation, et — voilà ce qui nous frappe — un système qui, dans ses termes généraux, vise au même but, crée les mêmes obligations, surveille les mêmes infractions, atteint les mêmes fraudes que l'institution de l'inspectorat médical? Conditions hygiéniques, aménagement et distribution des eaux, qualité de l'eau distribuée, ordre des bains, etc., tout y est visé, excepté toutefois le traitement des pauvres. Il est ordonné au propriétaire, tout propriétaire qu'il est, de faire ceci; il lui est interdit de faire cela. Qui verra ce qui se passe? Le préfet, du fond de son chef-lieu. Ah! il y a aussi la commission des médecins de la localité, qui fera ses observations, qui enverra au ministre l'expression de ses *vœux* sur les desiderata de l'établissement, ou de ses *plaintes* sur la conduite du propriétaire trop peu soucieux de « couvrir la responsabilité de l'État ». Sur ce genre de commission, tout en rendant justice à celle d'Aix-en-Savoie, il y aurait beaucoup à dire, la composition variée du personnel médical de beaucoup de stations et l'harmonie qui règne généralement dans son sein donnant beaucoup à penser. La difficulté est même si délicate, que la Gazette médicale de Paris, ennemie modérée de l'inspectorat, ne s'en tire que par la création d'un grand conseil de discipline où, si on l'aime mieux, d'épuration, dont Dieu nous garde. Mais, supposez-les en fonction, ces commissions locales : ce sera, pour les établissements, la vexation en progression arithmétique. Ne pouvant, il est vrai, destituer un employé ou déplacer un robinet, elle trouvera mille occasions de tracasseries auxquelles ne songerait pas un inspecteur, et la rivalité seule de la clientèle y créera un parti de l'agitation. D'ailleurs, de quoi se mêlera-t-elle? Comment! je suis propriétaire d'un établissement thermal, comme vous de votre maison ou de votre champ; j'exerce mon industrie, — c'est vous qui le voulez,—sous la seule garantie du droit commun; et vous me surveillez? et vous me dénoncez au ministre? Alors je vous ferme ma porte, et je vous remplace, qui plus est, par des médecins de mon choix! J'ouvrirais naturellement à un inspecteur; mais vous, vous n'avez pas plus le droit d'entrer chez moi pour voir si je mets de l'eau... dans mon eau, que d'autres d'entrer dans la cave ou dans la laiterie de mon voisin, pour savoir s'il coupe son vin ou son lait; et si je vends de la marchandise frelatée, cela ne regarde, en fait de commissaires, que le commissaire de police. Vous demandez le droit commun, le voilà.

Au fond, quel est ce droit commun, quelles sont ces dispositions communes? « La surveillance administrative, dit encore M. Germond de Lavigne, s'exercera sur les établissements d'eaux minérales par l'autorité départementale, au même titre et dans la même forme que cette autorité surveille les *établissements de diverse nature ouverts au public.* » Eh bien! Voilà qui simplifie la question. Il n'y a rien de mieux défini en administration que cette expression de *lieux publics* ou lieux *ouverts au public;* ce sont les cafés, cabarets, théâtres, concerts, etc. Que rencontre-t-on comme condition première de l'ouverture de ces établissements? L'autorisation préalable! Et comme garantie d'observation des règlements d'hygiène publique, de droiture commerciale? L'inspection! Il y a même

---

physiologiste Dutrochet (*L'Agent immédiat du mouvement vital, etc.*, Paris, 1826, p. 115); mais je ne puis les approuver davantage pour avoir lu, dans sa note, qu'il les tirait des mots grecs adverbiaux *endon* (dans) et *ex* (dehors), et du substantif *osmos* (impulsion). Alors il aurait fallu écrire, d'après notre règle française de l'affaiblissement des finales, *endosme* et *exosme*, ou conserver à ces mots leur forme purement grecque *endosmos* et *exosmos*, comme les chirurgiens font quelquefois : par exemple pour le mot *tétanos*, qu'on n'écrit pas *tétanose*. Mais ce qui est plus grave, c'est que le radical verbal d'où l'on dérive *osmos* veut dire *bousculer*, *rudoyer*, *pousser de l'épaule*, et ne peut s'appliquer justement aux phénomènes de pénétration intermoléculaire dont il s'agit. Aussi les physiciens grecs de nos jours n'ont-ils pu se résigner à nous emprunter les deux composés barbares tirés de ce radical. M. Kyprianos, auteur d'Éléments de physique naguère publiés en grec à Athènes, y substitue (sans même en avertir ses compatriotes) les deux mots *diendysis*, « pénétration à l'intérieur », et *diecdysis* « pénétration à l'extérieur »; ce qui vient justement confirmer l'observation par laquelle se termine ma note à l'Académie des sciences.

» J'ai aussi découvert, je crois du moins avoir découvert, depuis que cette note a été publiée, la véritable origine du barbarisme *théodolite*, protégé aujourd'hui chez nous, comme *endosmose* et *exosmose*, par la prescription. Mais ce n'est pas un mot à l'usage des médecins et des physiciens; il est donc inutile de nous en occuper ici, et cette lettre est déjà presque trop longue pour la place que peut occuper dans votre savant journal une simple discussion d'étymologie.

» Agréez, etc.

T. Egger.

— Il ne nous prend pas envie, on le comprend, de lutter de science étymologique, surtout en matière de grec, avec celui qui tient depuis longtemps un des premiers rangs parmi les hellénistes français. Nous nous bornerons donc à quelques mots :

une police des théâtres destinée, non pas seulement, comme on pourrait le croire, au maintien de l'ordre, mais aussi à assurer l'exécution loyale des obligations contractées par les entrepreneurs. M. Michel Chevalier, cité par M. J. Guérin, s'étonne que, plaçant dans chaque établissement thermal un inspecteur résident, on n'en mette pas un de piquet devant la porte de chaque marchand de liqueurs ou de chaque marchand de comestibles. Ce serait peut-être ridicule; mais attendez! Ce n'est pas seulement dans des boutiques qu'on débite du vin, de la viande ou du pain. On en vend aussi dans des « lieux publics », dans les halles et marchés. Et quelles sont les conditions de la vente? Toujours l'autorisation et toujours l'inspection!

Mais nous touchons ici au vif du sujet. L'inspectorat est tellement dans les nécessités de la réglementation sur une vaste échelle, que les plus chauds partisans de la liberté des établissements thermaux en viennent parfois à le proposer; et, parmi eux, M. Germond de Lavigne lui-même. Si nous ne l'avons pas dit tout de suite, c'est que ses autres « propositions » résument toutes les vues communes aux divers adversaires sur le régime actuel. « Pour la plus grande efficacité et surtout pour l'uniformité de cette surveillance (la surveillance administrative), qui doit avoir pour effet *de faire fonctionner de la même manière tous les établissements balnéaires du pays* et de donner *une même impulsion* aux services qui s'y rattachent, *le ministre conserve la haute main* sur l'ensemble des établissements et se fait représenter auprès d'eux *par des inspecteurs régionaux*, dont la mission est purement administrative. » On voit par là que cette si bruyante question de l'inspectorat se réduit à savoir, non pas s'il y aura des inspecteurs, mais si les inspecteurs seront ou non attachés comme aujourd'hui aux établissements. Dans ces termes, la question qui se liait jusqu'ici à la précédente, celle de savoir si les inspecteurs doivent être choisis dans le corps médical, disparaît; car, du moment où ils ne pratiquent pas dans les établissements, leur qualité de médecin ne peut plus passer pour nuire à personne, et il est incontestable que, la surveillance devant s'exercer en grande partie sur des faits médicaux, l'homme de l'art n'y apporte un goût, un zèle et une compétence qu'on trouverait difficilement ailleurs. Et cette proposition d'inspecteurs ambulants à la place d'inspecteurs résidents, quand il est de toute évidence qu'une surveillance continue est plus efficace qu'une surveillance intermittente, montre bien le rôle prépondérant qu'a joué dans cette levée de boucliers le sentiment que nous signalions en commençant, cette haine du privilége, qui n'a rien que de louable en soi, mais qui ne dispense pas de réfléchir.

Il y a ici, du moins, un terrain de conciliation sur lequel nous nous expliquerons dans le prochain article.

A. D.

Dans la séance du mardi 11 février, l'Assemblée a terminé le vote des articles sur la réglementation du travail des enfants dans les usines ou manufactures. La discussion avait été à plusieurs reprises interrompue; elle a cependant abouti à une loi qui constitue un progrès considérable et auquel on applaudira. Nous avons déjà exposé quelques vues toutes médicales et hygiéniques sur les principales dispositions de cette loi. Malgré de vives oppositions, l'Assemblée a donné satisfaction dans une mesure assez large aux intérêts de la classe ouvrière, et ce sera l'honneur de quelques-uns des grands industriels qui font partie de la Chambre d'avoir provoqué des mesures qui seront plus favorables, au moins au début, au personnel de l'usine, qu'au patron lui-même. Il nous suffira d'indiquer en quelques mots les principales dispositions de la loi nouvelle.

Elle interdit tout travail en atelier aux enfants au-dessous de dix ans.

Elle établit le demi-temps pour les garçons de dix à treize ans, et pour les filles de dix à quatorze ans.

Elle exclut du travail de nuit les garçons au-dessous de seize ans et les filles mineures.

Ces grandes réformes sont garanties par un inspectorat sérieusement organisé et par une pénalité sévère applicable aux chefs d'industrie qui chercheraient à se soustraire aux dispositions de la loi.

Il y a là un progrès incontestable, une réforme importante accomplie. Une des mesures les plus appréciées est l'adoption du travail à demi-temps pour les enfants au-dessous de treize et quatorze ans. Ce partage de la journée entre la fabrique et l'école est pour nous le bienfait le plus signalé de la loi. Les forces de l'enfant sont ménagées, son instruction assurée, et de pareils avantages mériteraient bien quelques sacrifices, lors même qu'ils seraient aussi lourds qu'on a voulu l'établir. Le travail à demi-temps est universellement adopté en Angleterre et ailleurs, et lord Brougham déclarait que ce système était en pédagogie l'équivalent d'une découverte en mécanique. L'objection assez bizarre tirée du désordre qu'apporte-

---

Si M. Egger avait déclaré « ne pouvoir deviner » l'origine des mots *endosmose* et *exosmose*, et ne leur avait trouvé d'autre sens que l'*action de flairer du dedans* et l'*action de flairer du dehors*, c'est, dit-il, qu'il avait été trompé par la désinence *ose*, qui est l'équivalent français de la désinence grecque *osis*. Peut-être pourrait-on faire observer que dès lors l'*analogie* toute seule ne conduisait pas plutôt vers le mot ὀσμός, odeur, que vers le mot ὠσμός, impulsion; ὠθέω, pousser (au parfait passif ὦσμαι) donnait ὠσμὸς, ὤσμοω, ὀσμῶσις, tout comme ὄζω donne ὀσμὴ (ou ὀσμὸς), ὀσμῶσις. Mais ce serait une chicane. Le choix de la racine pour exprimer le fait de l'osmose n'était pas le meilleur possible, encore qu'il nous semble que le radical verbal de ὠσμὸς signifie *mouvoir*, autant que *rudoyer* ou *pousser de l'épaule*.

De notre côté, nous avons eu le tort évident de regarder comme régulière la formation d'un mot français dont la désinence ne répond à rien dans le mot grec.

Cela entendu, et reconnaissant pour classiques les règles rappelées par M. Egger, nous nous contenterons d'une remarque, qui n'est que la plainte d'un ignorant. Le système de l'affaiblissement des finales réduit à une désinence unique plusieurs désinences grecques ayant chacune une signification spéciale, comme ῶσις, qui marque dans le substantif l'*action* exprimée par le radical verbal, le fait ou la qualité résultant de cette action. L'*e* muet se substitue tout à la fois aux suffixes ος, ά, η, ης, της, ον; (φιλόσοφος, philosophe; σόφισμα, sophisme; στροφὴ, strophe; Ἀριστοφάνης Aristophane; ποιητὴς, poëte; κρανὶον, crâne). Cette substitution, sans doute, n'est pas constante pour chacun de ces suffixes, et l'η se transforme quelquefois en *ie* (ανατομὴ, anatomie); mais elle est usuelle. Il reste encore, il est vrai, la ressource de procéder *à la Ronsard*, et d'introduire le grec, pour ainsi dire tout vif, dans la langue française; mais, dans la langue scientifique presque autant que dans la langue littéraire, cette sorte d'intrusion aurait les graves inconvénients que M. Egger a si bien signalés ailleurs.

Il nous est venu parfois à la pensée qu'on pourrait demander à la langue grecque de se plier un peu plus au génie de

raient dans l'école les enfants venant des manufactures ne convaincra personne. Nous voyons tout au contraire, dans un rapport publié à Bruges en 1863, que les écoles d'apprentis ont donné des résultats excellents et que les progrès des élèves y étaient remarquables, comparativement à ceux des écoliers qui suivaient les classes toute la journée. On s'en rend facilement compte si l'on considère que l'école devient pour l'enfant, au sortir de l'atelier, une véritable distraction. Le changement seul d'occupation suffit pour enlever à l'enseignement sa sévérité habituelle. C'est un fait bien connu de tous ceux qui s'occupent d'éducation. Dans ces conditions, le régime des grands ateliers deviendra, nous n'en doutons pas, un auxiliaire puissant de l'instruction. Chez beaucoup d'enfants, le goût de l'étude se développera, et plus tard certains d'entre eux, jaloux de persévérer dans cette voie, trouveront dans les cours du soir réservés aux adultes le moyen d'entretenir les connaissances acquises et de les compléter, et viendront y chercher un délassement aux fatigues de la journée.

Nous avions, on s'en souviendra peut-être, réclamé pour les femmes l'exemption absolue du travail de nuit, telle qu'elle existe en Angleterre. Nous ne reviendrons pas sur les raisons que nous avions présentées. L'Assemblée en a jugé autrement et n'a exempté que les filles mineures. La discussion ne nous a pas cependant convaincu. On a invoqué le respect de la liberté de la femme; on a mis en regard les excès de travail imposés par certaines industries : couturières, confectionneuses, modistes, etc.; on s'est encore autorisé de la nécessité d'utiliser certaines forces motrices, les moteurs hydrauliques par exemple, dont le rendement ne doit pas être interrompu. On peut discuter longtemps de cette manière. Il n'y a pas tout avantage à éloigner les femmes du travail de nuit; qui le conteste? Mais il s'agit de mettre en parallèle les inconvénients attachés à cette exemption et ceux qu'entraîne le maintien du travail de nuit. L'argument tiré de la liberté violée est un pur sophisme. A ce titre, pourquoi limiter le travail à douze heures? Pourquoi gêner la volonté de l'ouvrier qui désirerait travailler quatorze ou quinze heures? Pourquoi un règlement? Personne n'ignore que les ouvrières en chambre, celles qui sont attachées à des ateliers particuliers, sont quelquefois soumises, volontairement ou non, à un travail excessif, nécessité par l'abondance des demandes. Mais tout le monde déplore ces conditions fâcheuses et en reconnaît les inconvénients. Raison de plus pour soustraire à cette ruineuse dépense de forces les ouvrières dont on peut réglementer le travail, qu'on assujettit d'ailleurs à un régime spécial et qui n'ont à cet égard d'autre liberté que celle de quitter l'atelier, si le règlement ne leur convient pas; et il n'en saurait être autrement.

Nous ne voulons pas invoquer ici l'intérêt même de l'industriel, qui a tout avantage à ménager les forces de son personnel, à écarter autant que possible toute mesure nuisible à la santé de ses employés. Or, le travail de nuit pour les femmes a des inconvénients tout spéciaux, ainsi que nous l'avons montré. Mais, ce travail de nuit étant admis, il y aurait sans aucun doute à se préoccuper de quelques mesures secondaires qui en combattraient autant que possible la fâcheuse influence. Ce travail sera-t-il obligatoire? Une femme en sera-t-elle exemptée sur simple déclaration des fatigues qu'elle en éprouve? Sera-t-il interdit aux femmes grosses, à celles qui nourrissent leurs enfants? Ce sont là des questions d'une grande importance et dont le médecin n'a pas seul l'obligation de se préoccuper.

Plusieurs grands industriels ont compris qu'il y avait dans ce sens de véritables devoirs à remplir. M. Jean Dolfus laisse aux femmes en couches leur salaire pendant six semaines, depuis le quinzième jour après l'accouchement, soit deux mois pleins, à condition qu'elles restent chez elles occupées à se soigner et à soigner leur enfant. En Angleterre, la maison William Bartleet et fils, de Redditch, a installé pour les jeunes mères des ateliers à demi-temps. Ce sont là des actes qui honorent hautement leurs auteurs et témoignent d'une sollicitude généreuse pour des intérêts sacrés. Dans cet ordre d'idées protectrices, il nous paraît évident que le travail de nuit doit subir pour les femmes des atténuations aussi étendues que possible; et si certaines femmes peuvent être sous ce rapport assimilées à des ouvriers ordinaires, il en est d'autres dont la position réclame des ménagements tout particuliers. C'est un devoir de s'en occuper (1).

Malgré toutes ces restrictions, la loi de février 1873 est, nous le répétons, un progrès réel, surtout si son application est rigoureusement surveillée, et c'est un point dont l'Assemblée a compris toute l'importance. Cette loi engage l'industrie dans une voie d'amélioration où elle ne s'arrêtera pas. La discussion a montré que la bonne volonté des industriels ne ferait pas défaut, et il ne faut pas oublier que c'est à l'un d'eux, M. Joubert (d'An-

(1) Consulter un excellent article de M. Leroy-Baulieu : *Les ouvrières de fabrique* (*Revue des deux mondes*, février 1872, et *Journal des Débats*, février 1873).

---

celle qui lui emprunte ses richesses et les fait valoir; que, tout en suivant certaines règles étymologiques pour les mots composés et même, autant que possible, pour les mots simples, il serait avantageux de permettre, à titre de simples suffixes, certaines désinences expressives, telles que les mots français en renferment en grand nombre (*ei*, *ion*, *oir*, *iste*, *ure*, etc.), lesquels ont une signification assez précise et indiquent ou une qualité abstraite, ou une action, ou une fonction, etc.; mais il est trop clair que, à part la terminaison *iste*, qui est grecque (σοφιστὴς, γραμματιστὴς), notre *idée* n'enfanterait que des mots hybrides, dont les hellénistes ne s'accommoderaient nullement.

M. le professeur Egger voudra bien nous pardonner d'avoir répondu à sa lettre, devant laquelle il eût mieux convenu à notre expérience de nous incliner purement et simplement.

A. DECHAMBRE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de médecine de Paris tiendra désormais ses séances le *deuxième* et le *quatrième samedi* de chaque mois, à trois heures et demi très-précises, rue de l'Abbaye, n° 3, dans la salle des séances de la Société de chirurgie.

La commune de Saint-Branché, canton de Montbazon (Indre-et-Loire), se trouve en ce moment sans médecin. Ce pays a 2000 habitants et est entouré de petites localités où seraient les éléments d'une bonne clientèle.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance rappelle aux concurrents pour le prix de 300 francs, qu'elle destine à l'auteur du meilleur travail sur l'*organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris*, que les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, avant le 1er avril 1873, terme de rigueur.

gers), que revient l'initiative des mesures nouvelles. C'est un honneur pour l'industrie d'aller ainsi au-devant des sacrifices inséparables de toute réforme, dans un moment surtout où le affaires sont si lourdes et les charges du producteur si écrasantes.

Pour se rendre mieux compte de l'importance de ces grandes lois régulatrices de l'industrie, on peut consulter quelques statistiques qui montrent à quel nombre d'individus elles sont applicables. Nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour rechercher les statistiques les plus récentes; mais nous pouvons utiliser à ce point de vue le travail d'un interne distingué de nos hôpitaux, M. Robin, publié en 1872 dans le bulletin de février de la *Société de protection des apprentis et enfants employés dans les manufactures.*

Les applications de la vapeur, l'emploi des outillages perfectionnés, ont rendu moins nécessaire l'intervention de la force physique, au bénéfice de l'adresse et des qualités que nécessite une simple surveillance. De là l'augmentation du nombre des femmes et des enfants employés aux travaux de l'industrie.

A Paris seulement, il y aurait, d'après l'enquête de 1860, 25 540 jeunes enfants, dont 19 059 garçons, et 6481 jeunes filles. A Lille (1863), le nombre des enfants occupés dans les fabriques s'élevait à 7905.

Si l'on veut une statistique plus générale, on trouve en France :

Manufactures soumises à la loi.	Enfants employés.
7950	99 212
Manufactures non soumises.	Enfants employés.
3778	26 503

On voit donc qu'en tout, et il y a plus de dix ans, 125 715 enfants étaient employés dans les manufactures. Ce chiffre serait, sans aucun doute, beaucoup trop faible aujourd'hui. Il serait néanmoins inférieur à celui de l'Angleterre, où, à la même époque, la jeune population ouvrière, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, ne comptait pas moins de 857 863 individus.

Notons que les enfants employés par la petite industrie ne figurent pas dans ces chiffres.

On voit, sans insister davantage, à quelle somme d'intérêts s'appliquent les lois protectrices de la nature de celle qui vient d'être votée.

Malgré les nombreux travaux qui ont été faits depuis le commencement de ce siècle, et dont l'un des plus remarquables est sans contredit l'ouvrage de Villermé, sur la *Condition des ouvriers des manufactures de coton, laine et soie* (1840), on manque de documents appropriés sur l'influence que peut avoir le travail des manufactures sur la santé des enfants, leur développement, leur mortalité. Ce n'est pas que les travaux fassent défaut; mais ils s'appliquent plus particulièrement à certaines industries, principalement aux filatures. Beaucoup d'industries secondaires sont négligées. Il faudrait à ce sujet un travail d'ensemble fondé sur de nombreuses observations, et qui résumât, au point de vue hygiénique et médical, la position des enfants dans les manufactures. Il y a là de quoi tenter quelque statisticien jaloux de s'associer aux succès de notre distingué confrère, le docteur Bertillon.

Blachez.

— L'Académie de médecine a élu mardi dernier, à la presque unanimité, M. Béclard, secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Dubois (d'Amiens). C'était pure formalité. L'honorable élu a adressé à l'Assemblée en termes heureux des remercîments qui ont été accueillis par des applaudissements.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

Le but de ce travail est de montrer que l'extirpation des tumeurs fibreuses, qui d'abord n'a été qu'une opération accidentelle, faite dans des cas où la gastrotomie avait été entreprise dans l'intention d'enlever des kystes de l'ovaire, est une opération très-dangereuse, souvent mortelle, et que les cas rares de succès d'ablation de tumeurs fibreuses avec amputation de la matrice n'autorisent pas à considérer comme une opération régulière, ainsi que le veulent quelques chirurgiens de nos jours; que cette opération doit être repoussée, toutes les fois que la tumeur fibreuse n'est pas pédiculée, et surtout lorsqu'il faut enlever la matrice, soit en partie, soit en totalité.

Que ce qui a peut-être engagé à entreprendre ces témérités chirurgicales, c'est qu'on a enlevé avec succès des kystes multiloculaires de l'ovaire qu'on a désignés sous le nom de tumeurs *fibro-kystiques*, tumeurs fibro-kystiques qui, d'après nos recherches et en nous basant sur l'analyse de tous les faits publiés jusqu'à ce jour, ne sont évidemment que des kystes multiloculaires ayant contracté des adhérences très-intimes avec l'utérus et tous les organes environnants, qui sont dans des conditions particulières de transformations pathologiques, et ne sont pas, comme on le dit et le croit, des fibromes renfermant une cavité kystique dans leur intérieur, cavité qui renfermerait à son tour des liquides semblables à ceux qu'on observe dans les kystes de l'ovaire. Les observations que je rapporte et que j'ai analysées viennent à l'appui de l'opinion que je soutiens.

Comme l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice, qu'elles soient péri-utérines, pédiculées ou sessiles, ou interstitielles, réclame des précautions et des soins particuliers dans le manuel opératoire, je les indique avec détail, afin que si, une fois engagé dans cette extirpation des tumeurs fibreuses utérines, on juge indispensable de la terminer plutôt que de la laisser inachevée, on puisse trouver quelques renseignements sur la manière de se conduire dans cette opération grave, où souvent rien n'a été prévu.

L'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus par la gastrotomie est une opération beaucoup plus grave et plus dangereuse que l'ovariotomie, aussi la pratique-t-on rarement et pour ainsi dire forcé par les circonstances. Cette extirpation des tumeurs fibreuses utérines n'a d'abord été qu'une opération accidentelle faite dans des cas où la gastrotomie avait été entreprise dans un tout autre but, dans celui d'enlever un kyste de l'ovaire. Les quelques succès d'extirpation de tumeurs fibreuses obtenus dans ces circonstances ont engagé plusieurs chirurgiens à proposer, comme une opération régulière, l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus. Le désir de savoir quelle était la valeur réelle de ce moyen thérapeutique, et s'il devait être conservé dans la pratique chirurgicale, nous a engagé à rechercher tout ce qui avait été publié jusqu'à ce jour sur ce sujet, afin de pouvoir juger cette opération au

point de vue de ses indications, de ses contre-indications et des résultats qu'elle a fournis et qu'elle peut fournir.

Jusqu'à présent, les tumeurs fibreuses de l'utérus n'avaient été étudiées qu'au point de vue de leur siége et de leur anatomie, soit normale, soit pathologique, mais nullement au point de vue de leur thérapeutique, qu'on considérait comme absolument nulle ; quant à leur extirpation, on la regardait comme impossible et comme une de ces témérités chirurgicales auxquelles un chirurgien instruit, honnête et prudent ne doit jamais songer.

Pour mieux apprécier la valeur de l'extirpation de ces tumeurs et bien nous en rendre compte, nous croyons devoir les examiner, d'abord au point de vue de leur siége dans l'utérus, de leur développement et des transformations variées qu'elles peuvent subir. Il est donc important de les diviser en plusieurs classes.

La division la plus généralement admise, et celle que nous adopterons, appartient à Bayle. Il a distingué ces tumeurs en corps fibreux *intra-utérins*, en corps fibreux *interstitiels* et en corps fibreux *sous-péritonéaux* ou *péri-utérins*. Nous éliminerons tout d'abord les corps fibreux intra-utérins, parce que au point de vue de la gastrotomie il ne peut être question d'eux, et qu'ils ne peuvent et ne doivent être extraits que par les voies génitales, lorsqu'ils apparaissent au col de l'utérus, ou le franchissent pour faire saillie dans le vagin. Restent les corps fibreux interstitiels et péri-utérins, qui seuls seraient susceptibles d'être extirpés en ouvrant le ventre, mais cette opération expose à des dangers si considérables, qu'on doit réfléchir longtemps avant de l'entreprendre. Quand les tumeurs fibreuses sont interstitielles et très-adhérentes au tissu utérin avec lequel elles sont confondues, leur énucléation devient si difficile, si dangereuse, si inexécutable, qu'une fois engagé dans ce manuel opératoire, ou il faut laisser l'opération inachevée, ou il faut, si l'on veut terminer l'opération, enlever tout ou partie de la matrice avec la tumeur fibreuse : ce qui, dirons-nous, est toujours une très-mauvaise opération, malgré les quelques succès qu'elle a pu fournir.

Si les corps fibreux sont péri-utérins, pédiculés, parfaitement détachés de la matrice, l'opération devient plus facile et offre plus de chances de succès ; la gastrotomie pour l'ablation des tumeurs fibreuses abdominales ne doit donc être tentée que lorsqu'on a la certitude que le fibrome est pédiculé, certitude qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir, d'où nous concluons que l'extirpation de ces tumeurs ne devrait être faite que dans les cas où, par suite d'une erreur de diagnostic, on a pris une tumeur fibreuse pour un kyste de l'ovaire, et encore faut-il, comme nous venons de le dire, que la tumeur fibreuse soit pédiculée ou qu'elle puisse être enlevée sans intéresser le tissu utérin et surtout sans pénétrer dans l'intérieur de l'organe ; dans les cas où, croyant trouver un kyste de l'ovaire on rencontrerait une tumeur fibreuse interstitielle ou, autrement dit, confondue dans le tissu de la matrice, il vaudrait mieux laisser l'opération inachevée, refermer le ventre, que de tenter l'ablation de la matrice.

Quelques chirurgiens ont encore proposé d'enlever et ont enlevé une variété de tumeurs qu'ils ont désignées sous le nom de tumeurs *fibro-cystiques*, les considérant comme des tumeurs fibreuses au centre desquelles se serait formé un kyste. Nous étudierons plus loin et d'une manière toute particulière ce genre de tumeur, qui, selon nous, appartient aux kystes de l'ovaire et non aux fibromes de l'utérus, et nous chercherons à démontrer que ces prétendues tumeurs fibro-cystiques ne sont que des kystes multiloculaires de l'ovaire dans des conditions particulières de transformations pathologiques et de développement.

Suivant M. Cruveilhier, un corps fibreux de la matrice est une production accidentelle, qui se forme et se développe dans un point quelconque du tissu utérin auquel, d'après Bayle, il n'adhère point par continuité de tissu. Ce corps fibreux peut être placé dans l'intérieur des parois de l'utérus, il peut être sessile ou pédiculé ; dans ce dernier cas, le pédicule peut être long ou court, large ou mince. Le volume du corps fibreux peut varier depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à celle de la tête d'un adulte et même plus, mais tant qu'il n'a pas acquis un volume assez considérable pour gêner les fonctions utérines et abdominales et pour être diagnostiqué, il ne doit pas en être question, au point de vue de la gastrotomie. On peut rencontrer un nombre plus ou moins considérable de corps fibreux de la matrice. Tantôt ils sont énucléables, tantôt il est impossible de les distinguer du tissu utérin, auquel ils sont très-adhérents. MM. Lebert, Robin et Laboulbène ont trouvé que ces tumeurs renfermaient des éléments musculaires et des éléments fibreux, mais que cependant ils pouvaient être composés ou exclusivement de fibres musculaires, ce sont alors des tumeurs hypertrophiques musculaires, comme nous en avons vu un cas remarquable sur une malade opérée par M. Demarquay, ou exclusivement de tissus fibreux, ce sont des tumeurs fibreuses pures ; mais dans la grande majorité des cas, les éléments musculaires et fibreux sont réunis. Quelle que soit la composition histologique de ces tumeurs, elles offrent généralement, lorsqu'elles ont acquis du volume, un aspect blanchâtre et paraissent formées d'un tissu blanc, dur, comme cartilagineux, plus ou moins nacré et criant sous le scalpel lorsqu'on les coupe, et lorsqu'elles n'ont subi aucune transformation pathologique ; elles ne laissent suinter aucun liquide.

Ces tumeurs sont susceptibles de plusieurs transformations, et ce sont ces transformations qui peuvent, dans certains cas, apporter dans leur organisation primitive, des changements tels, que leur diagnostic devient difficile et qu'on peut les prendre avant l'opération pour des kystes ovariens, si elles viennent à se ramollir ; en effet, l'anatomie pathologique nous apprend qu'elles deviennent quelquefois sarcomateuses, gélatiniformes, œdémateuses, géodiformes, kystiques, etc. ; elles peuvent même suppurer ; on en trouve plusieurs exemples dans les annales de la science ; ceux de Robert Lée (*Med. Chirurg. Transact.*, vol. XXXII) ; Lisfranc (*Clinique méd. de l'hôpital de la Pitié*, Paris 1843) ; Guyon (*Bulletin de la Société anatomique*) ; Boscredon (*Id.*, tome XXIX) ; Huguier (*Union médicale*, Paris 1860) ; Dance (*Arch. génér. de médecine*, 1826), etc. ; mais ce genre de transformation est assez rare ; il n'en est pas de même des transformations sarcomateuses et œdémateuses qui sont les plus communes, et celles que nous avons le plus souvent rencontrées ; dans ce cas, les tumeurs fibreuses ont souvent acquis un volume considérable ; elles sont devenues molles, rougeâtres, comme du tissu musculaire, très-vasculaires, laissant écouler du sang en abondance si on les pique ou les coupe sur le vivant ; elles sont sillonnées de grosses veines bien distinctes, très-développées, et si l'on fait l'extirpation de ces tumeurs, on s'expose à des hémorrhagies mortelles, parce que leur tissu, plus ou moins dur, se prête peu à l'application des ligatures, et que celles-ci, lorsqu'on veut les serrer un peu fortement, pénètrent dans le tissu de la tumeur, le coupent et donnent lieu à des écoulements de sang intarissables ; les fibromes, ainsi transformés, offrent souvent tous les signes d'une fluctuation très-sensible, soit qu'on les examine à travers les parois du ventre, soit même lorsqu'on les examine après les avoir extirpés ; d'un autre côté, lors même qu'on parviendrait à les extirper avec succès, les malades n'en succomberaient pas moins, parce que, dans ces cas, presque toutes les malades sont atteintes de diathèse cancéreuse.

La transformation qui se rapproche le plus de la sarcomateuse, c'est la gélatiniforme. Ce genre de ramollissement est aussi excessivement fâcheux et constitue une variété, qu'il soit général ou partiel, qui doit éloigner l'idée de toute opération et faire craindre une dégénérescence de mauvaise nature ; il se rapproche bien de l'état cancéreux, et les malades chez lesquelles je l'ai observé, offrent un état général mauvais et tous les symptômes de la diathèse cancéreuse ; c'est encore dans ces cas qu'on peut facilement commettre une erreur de dia-

gnostic et croire à une tumeur fluctuante, lorsqu'on les examine à travers les parois abdominales, et d'autant mieux qu'ils sont souvent compliqués d'une ascite.

M. Cruveilhier décrit dans son Anatomie pathologique, sous le nom de *tumeurs fibreuses géodiformes*, des tumeurs fibreuses dans l'intérieur desquelles on rencontre des cavités qu'il a appelées géodes, en raison de leur forme et de leur mode de développement. Ces cavités sont sans parois propres, presque toujours anfractueuses, et renferment quelquefois un liquide *toujours séreux;* dans d'autres, il n'existe aucun liquide. Ces cavités ne semblent altérer en rien la composition intime du tissu fibreux, et ne peuvent, par conséquent, avoir aucune importance au point de vue de la gastrotomie.

Il n'en serait pas de même des transformations dites kystiques des corps fibreux et que pour cela des chirurgiens appellent tumeurs *fibro-cystiques*. Mais ici, il règne une grande divergence entre les auteurs. Pendant que les uns nient leur existence comme M. Savory (de Saint-Bartholemel's Hospital), les autres, comme MM. Brown, Atlée et Kœberlé et d'autres, les admettent et prétendent avoir extirpé des tumeurs fibreuses, dans lesquelles le liquide semblait manifestement circonscrit par un sac membraneux. Ces prétendues tumeurs fibro-cystiques ne seraient-elles pas tout simplement des kystes multiloculaires compliqués de tumeurs fibreuses ou aréolaires et fortement adhérents à l'utérus; en les anatomisant avec soin, on peut reconnaître qu'elles n'ont pas leur point de départ dans le tissu utérin, comme les tumeurs fibreuses interstitielles ou péri-utérines, et que ce n'est que consécutivement à leur développement qu'elles ont contracté des adhérences très-intimes avec l'utérus, comme elles peuvent d'ailleurs en contracter avec tous les organes environnants, la vessie, le rectum, le pourtour du bassin, l'épiploon, le foie, le diaphragme, les parois abdominales, etc., et ce sont probablement à ces kystes multiloculaires, qui renferment dans l'épaisseur de leurs parois des tumeurs dures, comme fibreuses, aréolaires, qu'on a donné à tort, selon nous, la désignation de tumeurs fibro-cystiques, laissant supposer, par cette dénomination fausse, que ce sont des poches kystiques, qui se sont développées dans l'intérieur des tumeurs fibreuses proprement dites. Une autre remarque encore et qui a son importance au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est que le tissu des masses fibreuses que l'on rencontre dans les parois des kystes ovariens diffère sous tous les rapports du tissu qui compose les fibromes utérins ou péri-utérins. En effet, dans les kystes, les tissus durs, serrés, compactes, qui souvent sont pris pour des tumeurs fibreuses, sont simplement des tumeurs aréolaires, composées d'une infinité de petites loges ou lacunes; elles ont la couleur blanche, grisâtre des parois des kystes de l'ovaire, et ne sont jamais formées d'un tissu blanc, nacré, criant sous le scalpel lorsqu'on le coupe, comme on l'observe dans les tumeurs fibreuses pures, autrement dit dans les fibromes; lorsque nous analyserons les faits qui ont été considérés comme des tumeurs fibro-cystiques, nous montrerons facilement qu'il est difficile de les admettre sans conteste, pour des kystes développés dans l'intérieur des tumeurs fibreuses, tandis qu'on y reconnaît facilement tous les caractères de certains kystes multiloculaires. Les Bulletins de la Société anatomique renferment plusieurs exemples de ces prétendues tumeurs fibro-cystiques, mais, comme nous allons le voir, ils sont loin d'être concluants.

D'un autre côté, les tumeurs fibreuses proprement dites qui renferment un liquide sont-elles donc si fréquentes que semblerait l'indiquer le nombre des tumeurs fibro-cystiques enlevées dans ces derniers temps; d'abord ces tumeurs existent-elles réellement, et les tumeurs fibreuses proprement dites, que les anatomo-pathologistes ont étudiées dans toutes leurs transformations, ont-elles jamais présenté dans leur intérieur toutes les variétés de liquide qu'on trouve dans les kystes de l'ovaire et qu'on trouverait aussi, d'après quelques chirurgiens, dans les prétendues tumeurs fibro-cystiques qu'ils ont tirpées.

Si nous analysons les faits publiés dans les différents recueils de médecine, nous voyons que la démarcation, entre ce qu'on doit entendre par tumeurs fibreuses proprement dites de la matrice et tumeurs fibro-cystiques, n'est pas encore bien établie, et si des chirurgiens ou des anatomo-pathologistes ont désigné sous le nom de *tumeurs fibro-cystiques*, à cause de leur adhérence intime avec l'utérus, des tumeurs qui, d'après leur examen anatomique, ne sont que des tumeurs ovariques très-adhérentes à la matrice, à la vessie, au rectum, etc., et offrent dans leurs parois des tumeurs plus ou moins dures, c'est faute d'un examen attentif.

La distinction à établir entre ces prétendues tumeurs fibro-cystiques et certains kystes nous paraît donc très-importante au point de vue de l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Atlee appelait cysto-sarcome de l'ovaire les tumeurs que plusieurs chirurgiens désignent aujourd'hui sous le nom de *tumeurs fibro-cystiques*. En 1849, il opéra avec succès d'une pareille tumeur une femme qui, en 1855, se portait très-bien et était accouchée heureusement depuis l'opération.

En 1820, Chrysmar d'Issney faisait la même confusion, et il opérait d'une tumeur fibro-cellulaire de l'ovaire gauche, percée de cavités contenant un liquide légèrement mielleux, une femme qui devint grosse seize mois après, accoucha heureusement et se portait parfaitement en 1828.

Quittenbaum opère également avec succès, en 1834, une femme atteinte d'un cysto-sarcome, qui recouvra la santé au bout de quatre semaines.

Ainsi, d'après ces observations, les tumeurs fibro-cystiques, fibro-cellulaires et les cysto-sarcomes seraient les mêmes tumeurs désignées sous des appellations différentes; bien entendu que lorsque les malades offrent des signes de diathèse cancéreuse, ces tumeurs, qu'on désigne alors sous le nom de *cysto-carcinomes*, ne doivent pas être opérées. C'est donc à tort que plusieurs ovariotomistes désignent, sous le nom de *kysto-sarcomes*, de *tumeurs fibro-cystiques*, des tumeurs qui, d'après l'anatomie pathologique faite avec soin, ne sont autre chose que des kystes multiloculaires, compliqués de tumeurs aréolaires et dont le tissu a subi différentes périodes de transition, et est devenu plus ou moins dur, plus ou moins dense et solide, et offre des loges kystiques de grandeur variable, renfermant un liquide le plus souvent albumineux, quelquefois purulent, d'autres fois colloïde, etc. Dans bon nombre de circonstances, bien que ce ne soit pas l'ordinaire, une des loges se distend plus que les autres : cette variété de kyste multiloculaire, qui est susceptible d'un développement extraordinaire, est celle que certains chirurgiens veulent désigner sous le nom de *tumeur fibro-cystique*, et qu'ils considèrent comme une tumeur fibreuse, ayant subi une transformation pathologique, et creusée dans son intérieur d'une cavité qui est regardée comme un développement kystique. Cette manière de voir est celle de Kiwisch et paraît acceptée par quelques chirurgiens de nos jours... Mais ce qu'il faut remarquer, c'est que ces prétendues tumeurs fibro-cystiques, fibro-sarcomes, ne seraient pas cancéreuses et n'auraient aucune influence sur l'état général de la santé, qu'elles ne se reproduiraient pas après leur extirpation, ce qui indique, à cause de leur développement rapide, qu'elles sont susceptibles d'être enlevées et qu'elles réclament impérieusement l'ovariotomie, et autant que possible, surtout, avant qu'elles aient contracté des adhérences solides avec les parties environnantes, ce qui arrive presque constamment lorsqu'elles sont anciennes.

Quant à M. Spencer Wells, il appelle avec raison, *tumeurs fibro-kystiques*, les tumeurs formées d'une tumeur fibreuse accolée ou adhérente à un kyste de l'ovaire, et non pas des tumeurs fibreuses au centre desquelles une cavité renfermant du liquide se serait formée. En voici un exemple qu'il a publié dans le Medical Times, 9 juillet 1859; il servira à faire comprendre la différence qu'on doit établir entre les tumeurs fibro-kystiques et les tumeurs fibreuses proprement dites.

OBS. I. — E. O..., âgée de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital le 20 mars 1858. Elle est mariée depuis sept ans, mais n'a pas été mère. C'est au mois de mai 1857 que l'on remarqua, pour la première fois, une tumeur dans le côté droit du ventre. La malade fut soignée par M. Roper de Shœreditsch et examinée au mois de novembre par M. Oldham. Le ballottement de la tumeur était alors si distinct que l'on put poser la question de grossesse... La tumeur augmenta bientôt de volume, et en même temps se forma une collection de liquide ascitique. Voici quel était l'état de la malade lors de son admission à l'hôpital : C'est une femme petite, maigre, délicate ; le ventre est de la grosseur de celui d'une femme enceinte à terme. On sent à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur mobile non fluctuante. La sonde utérine ne peut pénétrer dans le col ; les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent instantanément à l'utérus ; les règles apparaissent à intervalles beaucoup plus rapprochés qu'autrefois. La malade souffrant beaucoup de la distension de l'abdomen, M. Sp. Wells fait une ponction le 22 mars et retire 30 pintes (15 litres) de sérosité trouble. On trouve alors que la tumeur est plus rapprochée du côté droit que du côté gauche, qu'elle est franchement mobile, à surface unie, dure et mesurant 7 pouces de longueur sur 6 de largeur. La ponction fut suivie de douleurs abdominales et de fièvre (sinapismes, bitartrate de potasse)... La malade sortit de l'hôpital le 11 mai ; à cette époque, respiration puérile à gauche et déformation légère du thorax à droite.

En novembre 1858, elle revint à l'hôpital. Ayant des doutes sur la nature de la tumeur, et comme du reste il était impossible de distinguer si l'affection était une tumeur solide de l'ovaire ou une tumeur fibreuse pédiculée de l'utérus, M. Wells pratiqua la division du col de l'utérus avec l'hystérotome de Simpson, et dès lors il put introduire la sonde utérine dans une longueur de 6 pouces et juger que la tumeur appartenait à à l'utérus, en raison de l'abondance des règles et de la transmission des mouvements imprimés, soit à la tumeur, soit à l'utérus.

Alors on agita la question de savoir s'il n'y avait pas indication à l'ovariotomie, à cause de l'accumulation du fluide ascitique, tuant évidemment la femme. On conclut à la négative, par la raison que l'état de la poitrine s'améliorait après une ponction abdominale ; la toux et la dyspnée avaient du reste beaucoup diminué. Les médecins avaient en effet constaté un épanchement dans la cavité pleurale droite.

La malade quitta l'hôpital pour y revenir le 8 juin 1859. A cette époque, il s'était opéré un changement remarquable dans la tumeur, qui avait plus que doublé de volume, et qui, quoique dure en apparence, présentait à sa partie supérieure une fluctuation très-distincte. Elle s'élevait jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, à l'appendice xiphoïde. La sonde utérine ne pénétrait plus que de 2 pouces et demi, et la tumeur pouvait être remuée sans changer la position de l'utérus. La tumeur était entourée d'une grande quantité de liquide ascitique. La santé générale de la malade était un peu meilleure qu'avant ; l'appétit était bon ainsi que le sommeil, mais elle affectait toujours le décubitus sur le côté droit.

Une consultation fut provoquée lorsque l'état de la poitrine devint cause de symptômes inquiétants. La présence d'un épanchement de liquide dans la cavité pleurale droite, était devenue évidente ; mais le fonctionnement assez libre et régulier du poumon fit décider que rien dans l'état de la poitrine ne pouvait contre-indiquer l'opération ; on espéra, au contraire, qu'en enlevant la tumeur abdominale, on enlèverait la cause de l'épanchement pleural. L'opération fut pratiquée le 17 juin. Des adhérences étendues existaient entre la tumeur, l'épiploon et les trois portions de l'intestin : elles furent déchirées. Le reste de l'opération se termina comme à l'ordinaire ; l'incision avait été faite jusqu'au cartilage ensiforme.

La tumeur consistait en un corps fibreux, plus large que haut, *surmonté d'un énorme kyste, renfermant des caillots fibrineux adhérents à ses parois.*

La malade succomba à une péritonite le second jour après l'opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS DE LA COMPOSITION IMMÉDIATE DES OS (2e note), par M. *F. Papillon*. — La première note de l'auteur a été publiée dans le COMPTE RENDU, t. LXXI, 16 avril 1870. Aujourd'hui il s'agit d'expériences faites sur un pigeon, quelques poussins et des écrevisses, dans le régime desquels il entrait une grande quantité de magnésie. Le passage suivant donnera une idée des vues de l'auteur :

« Je donne aujourd'hui, pour la composition minérale des os d'un pigeon soumis au régime de la magnésie, du 6 septembre 1869 au 4 avril 1870, les chiffres suivants :

Chaux	51,76
Magnésie	1,81

» Si l'on se reporte à ma note du 16 août 1870, on verra que les os d'un pigeon soumis, dans des conditions analogues et dans des limites de temps identiques, au régime de la strontiane, ont fourni à l'analyse la proportion suivante de chaux et de strontiane :

Chaux	46,75
Strontiane	8,45

» Or, les chiffres 1,81 et 8,45 sont à peu près dans le même rapport que les chiffres 24 et 87,5, qui expriment les poids atomiques respectifs du magnésium et du strontium.

» Voici un second exemple. Dans la même note du 16 août 1870, j'ai publié deux expériences, faites l'une et l'autre sur des rats, et dans des limites identiques (16 septembre au 27 novembre 1869). Elles ont trait à la fixation de l'alumine et de la magnésie. On y voit que les os ont fourni pour l'animal soumis à l'alumine 6,95 de cette terre, et pour l'animal soumis à la magnésie 3,56 de cette base. Or ces chiffres sont entre eux comme les nombres 45 et 24, qui représentent le poids atomique (multiplié par 2) de l'aluminium et celui du magnésium.

» Il est donc permis de remarquer provisoirement que la quantité des métaux capables d'entrer, par fixation ou substitution, dans les trames organiques, semble être proportionnelle aux poids atomiques de ces métaux. Il paraît y avoir une connexion entre la vitesse des mouvements trophiques et le poids des atomes contenus dans les ingrédients nutritifs. » (*Comm.* : MM. Cloquet, Cl. Bernard, Wurtz.)

SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES ET ANTIPUTRIDES DU SILICATE DE SOUDE, par M. *Champouillon*. — « ... Du pus fétide, provenant d'un phlegmon de la cuisse et traité par le silicate, se coagule et perd en grande partie son odeur.

» Une solution concentrée de silicate tue les microphytes et les microzoaires, qui semblent constituer l'essence et le mode de propagation des maladies dites infectieuses. La même solution saisit et concrète le mucilage, la gomme, le mucus et l'albumine contenus dans les liquides organiques.

» En appliquant à la thérapeutique les propriétés du silicate de soude, j'ai eu l'occasion de constater les résultats suivants.

» Comme topique, la solution de ce sel protége la surface des plaies contre l'absorption des agents méphitiques ambiants : elle assainit les suppurations de mauvais caractère ; elle neutralise l'élément infectieux de la diphthérite cutanée, consécutive à l'application des vésicatoires, dans les hôpitaux encombrés.

» En injection, dans le cas d'*ozène* ou *punaisie*, la solution de silicate de soude désinfecte les matières fournies par la pituitaire et en diminue l'abondance ; mais sous ce rapport son efficacité reste inférieure à celle de la solution de permanganate de potasse.

» L'injection de silicate de soude amoindrit sensiblement le flux blennorrhagique chronique et indolent ; elle agit de même contre la diarrhée chronique ulcéreuse et contre la leucorrhée vaginale. L'inhalation de cette solution poudroyée tarit plus ou moins complétement le flux muqueux propre aux affections catarrhales des bronches, même dans les cas de catarrhe sénile.

» Aucune médication, je l'avoue, ne réussit aussi bien que les injections de silicate de soude contre la cystite chronique, catarrhale, purulente ou hémorrhagique. Dans les cas de ce genre, le silicate s'oppose à la décomposition de l'urine dans la vessie ; en coagulant le pus, il empêche sa résorption par la

consistance qu'il lui donne; en déplissant la poche vésicale, l'injection de silicate tapisse ses moindres anfractuosités et protége sa surface contre le contact si douloureux du pus provenant d'une pyélite. Il n'y a pas de catarrhe récent de la vessie qui résiste à l'action styptique du silicate, lequel agit, en quelque sorte, à la manière d'un mastic s'opposant au suintement de la muqueuse.

» La faculté que possède le silicate de soude de concréter le mucus, le muco-pus et les pus, n'offre aucun inconvénient pour ce qui est de l'ozène, de la bronchite catarrhale et de la diarrhée, car dans tous ces cas l'expulsion des caillots reste facile, mais leur émission peut devenir très-pénible quand ils se forment dans la vessie. De là la nécessité de titrer avec prudence la solution destinée aux injections vésicales. »

Maladies de la vigne. Phylloxera. — Diverses communications sont faites sur ce sujet par MM. *de Luca*, Faucon, Nourrigat, Jeanheury et madame Vivien-Jaworsta.

Age des anthropolithes de la Guadeloupe. Note de M. *E. T. Hamy*. — On sait les incertitudes qui règnent encore sur l'âge des squelettes humains du Port-du-Moule. M. Hamy a trouvé sur un des deux anthropolithes du Muséum un bijou qu'il a reconnu être d'origine *caraïbe*. Une fissure qui dissociait le squelette du Port-du-Moule dessinait ses sinuosités au-dessus des fragments osseux qui représentaient le thorax du sujet; et, lorsque la partie supérieure s'est détachée, elle a montré dans son épaisseur la moitié droite d'un maxillaire inférieur, dont la dentition se rapportait à celle d'un enfant de huit ans environ. Cette indication s'accordait avec celles que fournissaient déjà les diaphyses des membres saillantes à la surface de la roche, humérus, fémur, tibia, etc. Sous cette mandibule et un peu au-dessus de débris osseux qu'il était aisé de reconnaître pour quelques bouts de côtes supérieures et la portion moyenne d'un humérus, apparaissaient deux petites taches verdâtres et, au milieu de l'une d'elles, un petit cercle blanc. « Je dégageai, dit l'auteur, avec précaution la pierre verte, qui se détachait sur le fond grisatre de la roche et, après quelques minutes de travail, je pus tirer de la gangue un amulette de jade, de 20 millimètres de longueur sur 17 de largeur et 9 d'épaisseur, reproduisant grossièrement la forme d'un batracien. La tête et les membres antérieurs sont séparés du reste du corps par une rainure transversale; chacune des saillies qui représentent les pattes de devant est adroitement percée de deux trous, l'un sur la face externe, l'autre sur la face inférieure, à l'aide desquels la grenouille de jade était suspendue au cou. Deux petits renflements simulent les yeux de l'animal, deux traits obliques circonscrivent ce qui répond aux membres postérieurs, et une saillie ovale dessine les contours de la région lombaire. J'ai dit que ce bijou était d'origine caraïbe. Cette appréciation, que suggèrent les comparaisons ethnographiques, trouve sa confirmation dans les textes des vieux auteurs qui ont écrit sur l'Histoire naturelle des Antilles. Rochefort, Du Tertre, etc., parlent, en effet, du goût des habitants primitifs de cet archipel pour certaines pierres vertes et rouges, et ce dernier raconte même, à propos de ces pierres, qu'il dit venir de la Terre-Ferme, qu'il en a vu de diverses figures et, en particulier, « une qui avait la forme d'une grenouille». Entre autres propriétés dont jouissaient ces pierres travaillées « pendues au col », elles devaient empêcher de tomber du haut mal, soulager les femmes « en travail d'enfant », etc., etc. La rencontre d'un semblable amulette, taillé suivant la forme spéciale indiquée par le vieil historien des Antilles, et suspendu au cou de l'un des sujets enfouis dans les tufs pélagiques du Port-du-Moule me semble bien prouver, d'une manière irrécusable, que ces squelettes appartiennent à l'*époque caraïbe*, ainsi qu'Ernouf l'avait supposé. »

Fermentation. — M. *Tremaux* adresse une nouvelle note sur les fermentations.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'intérieur transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1871 dans le département de la Somme. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Une lettre accusant réception du vaccin envoyé par l'Académie pour l'établissement pénitentiaire de Castelluccio. (*Même commission.*) — *c*. Le rapport de M. le docteur *Grandmottet* sur une épidémie de variole qui a régné en 1872 dans la commune de Viry (Jura). (*Commission des épidémies.*) — *d*. Le rapport de M. le docteur *Niepce* sur le service médical de l'établissement thermal d'Allevard pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Davaine*, accompagnée d'un pli cacheté relatif à de nouvelles expériences sur la septicémie. — *b*. Deux mémoires : l'un pour le prix Capuron, l'autre pour le prix d'Ourches. — *c*. Une note de MM. *Paquelin* et *Joly* sur la constitution chimique des globules sanguins. — *d*. Un travail pour le prix Godard intitulé : Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crane, par M. le docteur *Felizet*.

M. *Depaul* présente une brochure de M. le docteur *Poinsot* : Sur la conversation (??) dans le traitement des fractures compliquées.

M. *Larrey* offre en hommage le recueil des discours prononcés sur la tombe de M. Huguier.

M. le secrétaire perpétuel dépose sur le bureau la 1re livraison d'un recueil trimestriel publié par M. *Georges Hayem*. Cet ouvrage est intitulé : Revue des sciences médicales en France et a l'étranger.

M. *le secrétaire perpétuel*, encore par intérim, donne lecture du décret qui approuve la nomination de M. *Voillemier* comme membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

M. *Voillemier* prend place parmi ses collègues.

M. *Parrot* donne lecture d'un travail très-intéressant sur le *ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né*.

Après avoir passé en revue les conditions anatomo-pathologiques et étiologiques de cette lésion, M. Parrot, prenant la question au point de vue de la pathologie générale, étudie les différences et les analogies du ramollissement cérébral chez le vieillard et le nouveau-né. Il arrive à cette conclusion que la cause de ce ramollissement est la même pour les deux âges, et cette cause c'est un trouble de nutrition, ce qu'il appelle une *déchéance de la nutrition*.

Élections. — L'Académie procède ensuite à l'élection de son secrétaire perpétuel. M. Béclard obtient 69 voix sur 82, M. Roger 1 et M. Chauffard 1. Il y a 11 bulletins blancs qu'on croyait d'abord mis par erreur, mais on s'est aperçu en faisant le compte qu'ils étaient bien versés dans l'urne avec intention.

Suite de la discussion sur l'inspectorat. — M. *Jules Guérin* monte à la tribune avec un si volumineux manuscrit qu'on se demande avec inquiétude s'il ne va pas y avoir séance de nuit.

La question, dit-il, doit être envisagée à un point de vue plus élevé que celui où l'on s'est placé jusqu'ici. C'est une question grave où la considération de l'Académie est engagée. Aussi doit-elle, avant de se prononcer, s'entourer de toutes les garanties possibles.

L'Académie est-elle suffisamment éclairée pour juger en parfaite connaissance de cause? Évidemment non, car elle n'a entendu jusqu'à présent que des personnes ayant pour ainsi dire un caractère officiel, intéressées plus ou moins directement à l'inspectorat ; ce sont les orfèvres de la question.

Il faut tenir compte aussi de ce qui se dit en dehors de cette enceinte, et voici ce qu'on dit : l'inspectorat est inutile et n'a pas sa raison d'être; c'est une institution contraire au principe de l'égalité — un privilége — un monopole. En supposant même qu'il soit bon, on pourrait avantageusement le remplacer par quelque chose d'équivalent, etc., etc.

Et qui parle ainsi? D'abord les médecins libres, et voici une protestation signée par 46 médecins de Lyon, tout le personnel médical de la ville, contre le rétablissement de l'inspectorat à Aix (en Savoie).

Puis les sociétés médicales qui ont protesté à leur tour, et parmi elles il faut citer celles des départements de l'Orne, de la Vienne, de l'Isère, de la Savoie, etc.

Dernièrement encore, au congrès de Lyon, on condamnait l'inspectorat à l'unanimité moins une voix, celle de l'inspecteur.

En dehors de la médecine, les conseils généraux se sont préoccupés de la question, et à Aix, Annecy, Chambéry, Bagnères-de-Bigorre, etc., les conseillers ont demandé la suppression de l'inspectorat.

Les conseils généraux, à leur tour, se sont prononcés dans le même sens, dans les Hautes-Pyrénées, la Savoie, l'Allier, la Haute-Savoie, les Basses-Pyrénées et l'Hérault.

Ajoutons enfin à cette série de décisions ou de protestations les conclusions de la commission qui, à Versailles, a voté à la majorité de 13 voix sur 15 la suppression de l'inspectorat.

M. Fauvel fait donc erreur quand il dit que l'inspectorat n'a contre lui que des intérêts particuliers ou les jalousies mesquines de quelques médecins sans mérite et sans clientèle.

M. Jules Guérin examine ensuite certains faits avancés par M. Fauvel, faits incomplets, inexacts ou complétement contraires à la vérité.

Ainsi, M. Fauvel a invoqué en faveur de l'inspectorat ce qui se passe en Allemagne, en Italie ou en Angleterre.

D'abord, en Allemagne, il n'y a plus d'inspecteurs depuis cinq ans, et ceux qui existaient autrefois n'avaient nullement le caractère officiel de nos inspecteurs français.

En Italie, il n'y a pas d'inspecteurs.

Quant à l'Angleterre, sans doute ses établissements de bains sont peu prospères; mais d'abord le nombre des sources thermales est assez restreint, et de plus on connaît assez le caractère des Anglais pour savoir qu'ils aiment à prendre les eaux partout ailleurs que chez eux. S'ils ne fréquentent pas leurs sources, ce n'est donc pas parce qu'il n'y a pas d'inspecteur.

Quant à l'établissement d'Aix, dont M. Fauvel a fait le pivot de son argumentation, il y a quelques erreurs à relever. Ainsi, M. Fauvel a dit que ce conseil ne fonctionnait que sous la direction d'un fermier des jeux; c'est inexact. Le conseil a fonctionné pendant sept ans; le fermier n'est venu que dix-huit mois après sa fondation, et il a été obligé de se retirer au bout de deux ans. L'article qui, suivant M. Fauvel, réduisait le conseil médical à un rôle consultatif, n'existe nulle part et, ajoute M. Guérin, M. Fauvel devrait bien nous dire où il l'a trouvé.

Abordant ensuite le côté extérieur de la question, M. Guérin demande pourquoi on laisse de côté certaines questions qui intéressent au plus haut point la médecine et l'inspectorat, comme la nécessité dans l'autorisation préalable pour l'exploitation des eaux minérales.

— Il faudrait démontrer que cette autorisation est nécessaire, car si on la supprime, l'inspectorat n'a plus raison d'être.

Faudra-t-il surveiller certaines eaux ou les surveiller toutes? Le rôle de l'inspecteur doit-il se borner à surveiller la vente de ces eaux? Le titre d'inspecteur officiel, de fonctionnaire, est-il compatible avec le titre de médecin? etc., etc.

Autant de questions qu'on aurait dû examiner et qu'on a complétement passées sous silence.

En résumé, ajoute M. Guérin, on peut conclure de ce qui a été dit pour ou contre dans cette question, qu'il y a dans le monde des eaux comme dans le monde politique deux courants d'idées nettement accusés.

D'un côté l'idée monarchique, et parmi les monarchistes les uns sont absolus comme M. Hérard et la commission d'hygiène, qui demande le maintien de l'inspectorat tel qu'il est et voudrait même l'abolition de l'article 15 qui autorise le libre usage des eaux. D'autres, comme MM. Gubler et Fauvel voudraient un système constitutionnel : conservation de l'inspectorat, mais avec une commission libre d'intervenir, c'est-à-dire la pondération des pouvoirs.

D'un autre côté l'idée républicaine qui, tout en parlant des mêmes principes de progrès et de liberté, présente deux nuances assez distinctes :

Les républicains conservateurs, qui ne veulent pas aller trop vite et ne repoussent point toute intervention de l'État:

La République radicale, qui demande la suppression complète de toute intervention administrative et réclame le droit commun pour toutes les stations thermales.

M. J. Guérin s'arrête sur cette péroraison, qui ne paraît pas être du goût de l'assemblée, et remet à la prochaine séance la suite de son discours.

M. *Abeille*, pour terminer la séance, donne lecture d'une note sur *une modification pour l'opération de l'empyème par incision*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DE L'ISTHME DU GOSIER. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE : RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

M. *Alphonse Guérin* a parlé incidemment, dans l'avant-dernière séance, des rétrécissements syphilitiques de l'isthme du gosier; il vient aujourd'hui présenter deux malades à l'appui de sa communication.

Dans certains cas, on a attribué à la diathèse scrofuleuse le rétrécissement de l'isthme du gosier. Il y a en effet des cas dans lesquels il est difficile de se prononcer; ce n'est qu'en observant beaucoup de malades qu'on arrivera à un diagnostic précis.

La femme que M. Alph. Guérin présente a eu une ulcération du voile du palais; il lui reste une hypertrophie des piliers. Dans les antécédents on ne trouve qu'un bubon. Mariée à vingt-quatre ans, treize mois après elle accoucha d'un enfant mort. Deux ans plus tard, nouvel accouchement d'un enfant mort et non à terme. Si l'on ajoute à ces antécédents l'ulcération du voile du palais, on trouve de fortes présomptions en faveur de l'origine syphilitique du rétrécissement de l'isthme du gosier. Les scrofuleuses sont bien moins exposées que les syphilitiques à ces accouchements d'enfants morts. Après un traitement à l'iodure de potassium pendant soixante-neuf jours, la malade quitta l'hôpital très-améliorée; cela confirme encore le diagnostic. La malade se présenta de nouveau à M. Alph. Guérin il a quelques jours : le canal lacrymal gauche suppure; la tendance à l'occlusion de l'isthme augmente; il y a marche des piliers vers la ligne médiane.

M. Alph. Guérin présente un individu sur lequel on peut étudier le début de la maladie; on voit une gomme ulcérée du voile du palais et une hyperplasie manifeste des piliers. Le malade dit qu'il eut autrefois une déchirure du frein, et plus tard des rhagades entre les orteils et une périostose ulcérée au niveau du tibia. Les premiers accidents remontent à sept ans. L'individu, de constitution robuste, ne présente aucun signe de scrofule. Le traitement empêchera le rétrécissement de l'isthme de se faire aussi complétement que chez la malade précédente. Traitement antisyphilitique.

— M. *Panas* revient à la discussion sur les rétrécissements du rectum. L'opinion générale est qu'il y a plus de rétrécissements du rectum chez les syphilitiques que chez les individus n'ayant pas la syphilis. Lorsqu'on étudie un malade portant un rétrécissement du rectum, on cherche dans les antécédents pour rencontrer la syphilis; souvent le résultat ainsi obtenu n'est guère satisfaisant. Alors on a recours au traitement interne, qui n'est pas ici une pierre de touche, car on n'a jamais guéri un rétrécissement du rectum par le traitement interne seul.

C'est donc du côté de l'anatomie pathologique qu'il faut diriger les recherches. On a dit que les ulcérations et les chancres de l'anus, se propageant dans le rectum, amenaient des rétrécissements par leur cicatrisation. L'anatomie pathologique

nous montre que le tissu cicatriciel est très-rarement en cause. Souvent on trouve une hyperplasie des parois du rectum ; le rectum a l'air d'avoir son calibre creusé dans une masse solide. Ce n'est pas dans la muqueuse que siége l'élément principal du mal, c'est dans les tissus musculaire et cellulaire. Au microscope, on voit d'énormes hypertrophies musculaires. Les brides cicatricielles sont excessivement rares : ce sont des néoplasies qui déterminent la coarctation. Ainsi donc, dans la plupart des cas, on n'a pu suivre la marche de la lésion amenant les rétrécissements, et lorsque ce rétrécissement est bien établi, on voit que le tissu de cicatrice n'y figure pas souvent. L'anatomie pathologique enseigne que le traitement ne doit pas être superficiel ; les incisions dépasseront parfois les limites des parois du rectum. Quant aux hypertrophies musculaires, parfois isolées et formant les rétrécissements valvulaires, elles compliquent le plus souvent les rétrécissements d'une autre nature.

M. *Després* analyse 79 observations de rétrécissements du rectum, dans le but de prouver que ces rétrécissements reconnaissent pour cause un chancre ou une ulcération anale qui gagne ensuite le rectum. L'argumentation de M. Després repose sur des chiffres et des observations rapidement lus : elle échappe à l'analyse.

— M. *Le Fort* présente un rétrécissement de l'œsophage. Le malade avait de grandes difficultés à avaler. On fit le cathétérisme de l'œsophage ; la plus petite boule passait avec peine. Alimentation avec la sonde œsophagienne correspondant au numéro 16 ou 17 de la filière uréthrale de Charrière. Bientôt survint la raucité de la voix, puis la dyspnée et menace d'asphyxie. Le laryngoscope n'indique aucune tuméfaction de l'épiglotte ou de ses replis, mais les cordes vocales sont très-rapprochées et immobiles ; il y a donc compression du nerf récurrent ou du pneumogastrique. M. Le Fort dut faire la trachéotomie. La respiration redevint facile ; mais, dès le surlendemain, dyspnée pulmonaire et mort peu de temps après par asphyxie.

L'autopsie montre que le rétrécissement siégeait à la partie supérieure de l'œsophage, un peu au-dessous du cartilage cricoïde. Au niveau du point rétréci, ulcérations qui paraissent de nature tuberculeuse. L'examen histologique n'ayant pas encore été fait, nous reviendrons sur les résultats de cette autopsie.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1873.

RÉGÉNÉRATION DES NERFS. — INJECTION D'AIR DANS LA CAROTIDE. — EXPÉRIENCES SUR LA CORDE DU TYMPAN.

La plus grande partie de la séance a été occupée par une communication de M. Ranvier sur les phénomènes histologiques de la régénération des nerfs. M. Ranvier a plus particulièrement insisté sur les transformations des divers éléments qui composent le segment interannulaire ; de plus, il a montré le fait très-remarquable de la subdivision du cylindre d'axe en fibrilles, qui sont l'origine de tubes nerveux nouveaux.

Nous n'insistons pas sur l'intérêt que présentent ces observations, parce que, dans le prochain numéro, nous exposerons avec quelques détails l'ensemble des recherches de M. Ranvier sur la structure des tubes nerveux.

M. Charcot a montré que le phénomène de la multiplication des tubes nerveux dans la régénération des nerfs peut expliquer des faits cliniques restés jusqu'à ce jour incompréhensibles, par exemple la guérison de la paraplégie dans le mal de Pott, alors que la moelle est réduite à un cordon mince ; si les tubes nerveux compris dans ce cordon se ramifient dans le segment supérieur et le segment inférieur, on conçoit qu'ils puissent suffire aux phénomènes de la transmission de la volonté et de la sensibilité, c'est encore un sujet qui sera développé.

M. Laborde, continuant l'exposé des expériences qu'il poursuit, présente l'encéphale d'un chien qui a reçu, par la carotide primitive gauche, une injection de 10 centimètres cubes d'air ; on observe sur cette pièce un foyer hémorrhagique dans le ventricule latéral gauche, et un noyau de ramollissement dans *vermis inferior*. Les injections d'air dans les artères du cerveau peuvent donc donner lieu à des hémorrhagies comme les injections d'air dans les artères de la moelle épinière.

En terminant, nous devons compléter le compte rendu de la séance précédente (8 février), en y ajoutant que M. Vulpian, reprenant chez le lapin les expériences faites sur la corde du tympan du chien, dont nous avons publié les résultats, a observé des phénomènes analogues, qui prouvent que les propriétés vaso-motrices de ce nerf existent chez le lapin comme chez le chien. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 3, p. 34).

Société odontologique britannique.

MORT PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE.

Le cas de mort par l'inhalation de protoxyde d'azote dont nous avons parlé dans notre dernier numéro fait quelque bruit dans la presse médicale anglaise. L'observation en a été communiquée à la Société odontologique de Londres (*Odontological Society*). Si l'on pouvait oublier la gravité du fait, il y aurait lieu de sourire des efforts tentés par les partisans du protoxyde d'azote pour démontrer que cet anesthésique est innocent, et que la cause de la mort est, pour ainsi dire, personnelle ; on accuse la défunte d'avoir eu la luette trop longue et les amygdales trop grosses ; on suppose, comme l'autopsie n'a pas été faite, que la patiente aurait bien pu succomber à une hémorrhagie cérébrale ; les détails de la relation sont riches, d'ailleurs, en renseignements sur l'état du pouls et la coloration des oreilles pendant cette triste opération, qui cependant aurait été habilement et rapidement menée. Malheureusement, ces allégations nous semblent toutes prouver que la malade est bien morte par l'action de l'anesthésique. Toutes les précautions convenables avaient été prises : un docteur, et plus tard deux docteurs, tout en dégageant la responsabilité du dentiste, n'ont en rien profité à la malade.

Il nous semble bien inutile de discuter si la patiente est morte par la chute de la langue sur la glotte, puisqu'on a eu soin de tirer la langue au dehors ; ce qui nous paraît digne de remarque, c'est que la mort n'a pas été instantanée, le pouls, la respiration, ont réapparu pendant quelque temps, il n'y a pas eu sidération comme dans la mort par le chloroforme, mais plutôt un empoisonnement rapidement fatal, une asphyxie brusque.

Tel nous semble le fait : nous n'aurions garde de faire le moindre reproche à ceux qui ont exécuté l'opération, mais nous désirons bien que ce fait, cette fois, serve d'exemple. Nous admettons l'utilité de l'anesthésie pour les opérations dentaires, à cette condition que le patient sera bien prévenu des dangers qu'il peut courir. Avec ce seul cas de mort, l'innocuité du protoxyde d'azote est mise en suspicion, il y en a eu d'autres qui lui sont analogues, et malheureusement ils ne sont pas entourés d'une publicité et d'une rigueur suffisantes. Nous n'en conclurons pas qu'on doive proscrire l'usage du protoxyde comme anesthésique, mais nous espérons qu'on n'en usera pas avec cette imprudence qui permet aux dentistes de l'appliquer seuls, tandis qu'ils n'oseraient ou n'auraient le droit de le faire pour l'éther ou le chloroforme. En définitive, n'y a-t-il donc pas d'autre moyen d'anesthésier la dent pour l'extraction ? L'anesthésie par pulvérisation d'éther en est un, tout comme l'électrisation ; dans ce journal nous avons publié en 1866, page 742, une note qui expose un moyen d'anesthésie du trifacial par la pulvérisation d'éther. Lorsqu'on a soin de pulvériser l'éther pendant trois à quatre minutes, on

obtient une anesthésie très-suffisante, dans les quatre cinquièmes des cas au moins.

Depuis l'article publié sur ce procédé, dû à MM. Hénocque et Fredet, nous avons maintes fois vérifié à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital des Cliniques que l'anesthésie du nerf trijumeau par pulvérisation d'éther, pratiquée en avant de l'oreille, sur les régions maxillaires et molaire, procure dans la majorité des cas une anesthésie suffisante.

Nous avons peut-être eu le tort de ne pas attacher une plus grande importance à ce procédé, bien souvent employé par nous; mais en présence des dangers de l'anesthésie générale, quel qu'en soit l'agent, nous croyons devoir en parler de nouveau, dans l'espoir que l'on pourra utiliser ce procédé, et au besoin le perfectionner.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Résultats pratiques et statistiques du traitement intra-utérin, par le docteur R. OLSHAUSEN

L'auteur de ce mémoire avait déjà publié, il y a cinq ans, dans un autre recueil (*Monatsschrift für Geburtskunde*, Bd XXX), les résultats de ses premières recherches, que complètent et confirment ses observations ultérieures.

Il examine successivement dans son récent travail les instruments divers dont il a fait usage, les avantages qu'il en a retiré, et termine cette étude par des indications générales sur le choix des appareils et sur leur mode d'application.

Les cas soumis à son observation sont au nombre de 297 et se répartissent de la façon suivante :

Antéversions	25	153.
Antéflexions	128	
Rétroversions	50	154.
Rétroflexions	94	

Sur ce chiffre total de 297, 81 cas seulement furent traités par la méthode intra-utérine, et les résultats obtenus à l'aide de ce mode de traitement peuvent se grouper ainsi :

Les instruments provoquèrent des phlegmasies circumutérines.	7 fois.
Ils durent être enlevés pour cause de douleurs et d'hémorrhagies.	10 fois.
Ils furent bien supportés et amenèrent une guérison définitive.	66 fois.
Ils ne purent être maintenus et le traitement fut suspendu...	8 fois.

Dans aucun de ces cas l'auteur ne signale aucune terminaison mortelle. Un des résultats les plus avantageux et les plus constants de ce mode de traitement serait, d'après Olshausen, la disparition rapide des douleurs et de la stérilité.

La durée du traitement n'a pu être fixée que dans 57 cas; elle varie en général entre trois semaines et un an; mais il faut bien remarquer que l'application de l'instrument n'a pas été prolongée d'une façon continue. L'auteur conseille de l'interrompre de temps en temps.

Quant aux indications de l'emploi des pessaires intra-utérins, nous allons résumer ici les propositions émises par Olshausen :

Les pessaires intra-utérins, dit-il, doivent surtout être appliqués aux flexions utérines. Ils ne trouvent que rarement leur emploi dans les versions et dans quelques cas de rétrécissement du canal cervico-utérin sans flexion concomitante; on peut enfin y recourir aussi dans certaines formes d'aménorrhée. Les antéflexions guérissent en général beaucoup mieux que les rétroflexions. L'emploi des moyens mécaniques de réduction dans ces deux dernières variétés de déviations utérines est généralement plus difficile et plus dangereux.

L'indication primordiale du traitement intra-utérin doit être essentiellement tirée des signes évidents de sténose cervico-utérine. Celle-ci se révèle d'une façon plus manifeste par la dysménorrhée mécanique (coliques utérines, plus fortes au début de la période cataméniale, disparaissant ensuite très-rapidement) que par le cathétérisme, quoique ce dernier moyen d'investigation permette d'établir le diagnostic d'une façon certaine lorsqu'il existe un rétrécissement notable. Les contre-indications les plus importantes résultent de la présence des complications inflammatoires, qui peuvent elles-mêmes rester souvent latentes.

Les ménorrhagies constituent un accident fâcheux pour le traitement, mais ne contre-indiquent pas formellement l'emploi de ces moyens.

Quant au choix de l'instrument, Olshausen se sert habituellement de pessaires de gutta-percha, qu'il préfère à ceux de bois ou de liége et surtout aux instruments de métal. Le pessaire qu'il décrit se compose d'un support et d'une tige. Le support a la forme d'un disque dont le diamètre varie de 15 à 20 millimètres. Chez les femmes qui ont déjà accouché, il faut le plus souvent recourir à des pessaires de dimensions plus considérables. La tige doit avoir les dimensions du cathéter n° 6, c'est-à-dire environ 4 millimètres de diamètre. Cette tige doit être plus courte que la cavité de l'utérus (de 1,5 à 2 centimètres).

Les heureux résultats obtenus par Olshausen à l'aide de ce nouveau moyen de réduction de l'utérus déplacé semblent avoir été confirmés par Martin, Winckel, Hildebrand, Hartmann. Mais s'il faut en croire Spiegelberg, les effets de ce traitement mécanique ne seraient pas toujours aussi favorables que se complaisent à le répéter les gynécologistes d'outre-Rhin.

L'auteur lui-même, à la fin de son travail, signale les accidents auxquels il peut donner lieu (coliques utérines, hyperesthésie vulvo-vaginale, douleurs abdominales, inflammations circum-utérines, péritonite), mais il a soin de passer très-rapidement sur ce chapitre, et pour faire oublier au lecteur les inconvénients souvent fâcheux et parfois graves de sa méthode, il s'empresse de mettre en relief ses heureux résultats.

« Le traitement à l'aide des pessaires intra-utérins, dit-il en terminant, est impossible à remplacer, et en supposant les cas bien choisis, il est non-seulement permis mais indiqué. La difficulté de discerner les cas suppose une connaissance exacte des affections utérines et une grande habileté dans les manœuvres gynécologiques. Aussi ne doit-il être entrepris que par des praticiens expérimentés. »

Nous nous associons entièrement à la dernière conclusion formulée par l'auteur; aussi ne proposons-nous sa méthode nouvelle de traitement qu'avec la plus grande réserve. (*Archiv für Gynäkologie*, p. 471-482, IV Bd, 3 Heft, 1872.)

Traitement de la méningite tuberculeuse et de ses complications, par le docteur Joseph BIERBAUM.

L'auteur, après avoir très-longuement disserté sur la méningite tuberculeuse dans un précédent article qui nous paraît à peine mériter ici une simple mention, arrive au traitement des complications de cette maladie, ou, pour parler plus exactement, des formes consécutives de la méningite tuberculeuse. « Je n'approuve pas, dit-il, le silence gardé par les auteurs sur ces formes secondaires de la maladie. Aussi les jeunes médecins, au début de leur carrière, me sauront-ils gré de leur fournir quelques indications à ce sujet. » Il passe donc successivement en revue les diverses conditions pathologiques qui peuvent compliquer la méningite tuberculeuse.

En première ligne, il range le travail laborieux de la dentition, qui ne nous semble pas constituer à vrai dire une complication, et pourrait être tout au plus considéré comme une simple éventualité fâcheuse, quoique Th. Bard ait voulu admettre une corrélation constante entre la méningite tuberculeuse et la dentition.

Il en est de même, à nos yeux, de cette théorie tout aussi erronée émise par Fothergill, qui regardait la maladie cérébrale comme toujours sympathique et causée par la présence des vers intestinaux. On s'étonne vraiment de voir un auteur aussi distingué que Bierbaum prêter une telle attention à des hypothèses qui n'auraient jamais dû mériter que l'oubli.

Nous ne citerons ici que pour mémoire les cas où l'invasion de la méningite coïncide avec une indigestion, avec la disparition des exanthèmes du cuir chevelu ou de la face, ou avec la coqueluche; car nous nous garderions bien de vouloir suivre l'auteur dans les développements aussi peu intéressants qu'inutiles qu'il donne à ces divers sujets.

Quand la méningite tuberculeuse succède aux fièvres éruptives, dit-il en terminant ce chapitre, on n'ose pas recourir aux émissions sanguines; je les crois cependant avantageuses lorsque les accès cérébraux sont violents et quand les forces des malades sont encore peu déprimées.

En pareils cas, James R. Bennet dit avoir retiré de grands avantages des applications de ventouses ou de sangsues à la région lombaire. Il recommande, en outre, de tenir le corps chaud (à l'aide de frictions stimulantes ou sèches, de sinapismes, de pédiluves, de bains chauds) et la tête froide (applications réfrigérantes) et d'administrer des purgatifs, des stimulants diffusibles (acétate d'ammoniaque), de petites doses de tartre stibié toutes les deux ou trois heures, etc. Il est aisé de conclure, d'après ce traitement, que Bennet a confondu la méningite tuberculeuse avec l'encéphalopathie albuminurique qui succède parfois à la scarlatine et qui est causée par une inflammation des reins; car on ne pourrait pas comprendre autrement l'importance qu'il attache aux émissions sanguines pratiquées à la région lombaire. Cette objection judicieuse ne pouvait échapper à Bierbaum qui, un des premiers, a décrit l'encéphalopathie urémique chez les enfants (*Journal für Kinderkrankheiten*, 1854).

Le traitement que cet auteur conseille contre la méningite tuberculeuse, se rapproche à tous égards de celui qui, depuis longtemps déjà, est adopté par la plupart de nos médecins français, et quoique leurs noms soient cités de loin en loin dans ce mémoire, nous avons constaté avec regret, mais non sans étonnement, que de larges et tacites emprunts avaient été faits à leurs ouvrages — *Cuique suum*. Cela dit, nous nous bornerons à reproduire ici quelques-unes des conclusions qui terminent ce long mémoire :

1° Une émission de sang locale, modérée, sera parfois avantageuse chez les enfants atteints de méningite tuberculeuse en pleine santé. Dans les cas, au contraire, où la maladie a été précédée par de longs prodromes, une émission sanguine est souvent plutôt nuisible qu'utile. Il est très-rare que des saignées locales répétées soient salutaires et jamais elles ne devront être abondantes.

2° Les applications de compresses froides sur la tête sont préférables aux vessies remplies de glace ou de neige et méritent toute confiance dans la première période de la maladie, même au début de la seconde. Elles deviennent incertaines ou inutiles dans les stades ultérieurs. Les irrigations et les affections froides doivent être formellement proscrites.

3° Les vésicatoires sont préférables, en tant que révulsifs cutanés, à la pommade stibiée et à tous les exutoires.

4° Le calomel est jusqu'ici le remède le plus sûr et se trouve indiqué pour toutes les périodes de la maladie. On doit l'administrer à doses fractionnées, en ayant soin d'obvier à la salivation.

5° Si le mouvement fébrile est intense, le nitrate de soude est utile au début, tandis que l'acétate de soude peut rendre plus de services dans les périodes avancées de la maladie.

6° Les laxatifs ne sont indiqués que pour combattre la constipation, les dérivatifs intestinaux sont nuisibles et l'on doit absolument bannir les drastiques.

7° L'iodure de potassium peut être employé à faibles doses dans les stades avancés du mal, et encore ne doit-on ajouter qu'une médiocre confiance dans l'efficacité de ce médicament.

8° Il faut rejeter complétement le tartre stibié sous quelle forme qu'on l'administre. La digitale, la scille et autres diurétiques n'offrent aucune utilité. Il en est de même des diaphorétiques et des bains.

9° Les narcotiques, l'opium et ses dérivés notamment, se montrent en général très-peu efficaces et doivent être également rejetés.

10° Les antispasmodiques méritent peu de confiance : tout au plus pourrait-on recourir à l'oxyde de zinc pur, pour combattre les convulsions.

11° Les toniques et les reconstituants ne trouvent leur emploi que dans la convalescence. Enfin le sulfate de quinine peut être administré avec avantage dans la période de déclin de la maladie. (*Journal für Kinderkrankheiten*, Heft 8, p. 330-365, Heft 9-10, p. 133-237, 1872.)

Travaux à consulter.

Calculs uréthro-prostatiques; opération de la boutonnière; guérison, par M. G. Gross. — Il existait trois calculs, dont l'un de 40 grammes, et pesant ensemble 67 grammes. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, n° 8, janvier 1873.)

Résultats de la grossesse chez les primipares agées, par les docteurs Cohnstein et Ahlfeld. — Ces deux mémoires comprennent l'histoire des grossesses de près de 500 femmes primipares dont l'âge varie entre trente et cinquante ans (393 dans le premier, 102 dans le second). Ils montrent que la grossesse, chez ces femmes, présente des accidents bien plus nombreux que chez les primipares jeunes, les opérations sont plus souvent nécessaires, plus dangereuses; la mortalité des nouveau-nés est également plus élevée. (*Archiv für Gynäcologie*, 4 Bd., 3 Heft, 1872.)

Physiologie du liquide cérébro-spinal, par le docteur H. Quincke. — L'auteur conclut, d'injections de cinnabre faites dans les cavités crânienne et rachidienne, qu'il y a communication entre les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau et de la moelle, qu'il y a un mouvement de *va-et-vient* dans le liquide que ces espaces contiennent, qu'il y a communication entre l'espace sous-arachnoïdien de la moelle et du cerveau et la cavité arachnoïdienne du crâne, mais que dans la vie le liquide passe de celui-ci dans celui-là. Il y a dans ce travail des indications à consulter sur les communications des ventricules avec les espaces sous-arachnoïdiens. Le procédé employé est une application originale des injections de cinnabre qui mérite confirmation. (*Reichert's u. Du Boys-Reymond's Archiv*, 1872, p. 153, et *Centralblatt*, n° 57, 1872.)

Ovariotomie suivie d'une grossesse gémellaire, par M. le docteur Olier (d'Orléans). — Les particularités remarquables de cette observation résulte de cette circonstance que l'ovariotomie fut pratiquée chez une femme qui avait eu quatre grossesses et subi trois ponctions pour le kyste qui fut opéré et extirpé par l'ovariotomie; il n'y avait aucune adhérence ; trois mois après l'opération, cette femme devint enceinte et accoucha à terme de deux jumeaux magnifiques. (*Revue médicale française et étrangère*, 28 décembre 1872.)

Sur l'érection du col de l'utérus, par le docteur Wernich. — Comment les spermatozoïdes pénètrent-ils dans l'utérus, par J. R. Beck. — Dans le premier de ces travaux, l'auteur réunit des arguments anatomiques, physiologiques et cliniques, prouvant l'érection du col de l'utérus et même une sorte d'éjaculation du liquide des glandes du col de l'utérus. Dans le second, il s'agit d'une observation directe faite sur un utérus abaissé; l'excitation par le doigt produisit sur l'orifice du col de et contracté, un ramollissement et une dilatation permettant l'introduction du doigt. Il y aurait donc une sorte d'érection du col, une véritable aspiration par le col de la matière séminale. C'est une bien vieille idée rajeunie par l'observation. (*Centralblatt*, p. 204 et p. 894, 1872.)

Extraction des corps étrangers de l'oreille, par J. Gruber. — L'auteur conclut de ses recherches que si l'injection par la seringue est le meilleur mode d'extraction, on peut, dans certains cas, faciliter l'extraction en employant un liquide particulier. Lorsqu'il s'agit de graines, il emploie une solution de sulfate de zinc au centième, ou d'eau de chaux au tiers. (*Allg. Wiener mediz. Zeitung.*, 1872, n°s 42, 43.

Injection sous-cutanée d'ergotine comme traitement des varices, par P. Vogt. — L'auteur cite un fait dans lequel 12 centigrammes d'ergotine injectés au voisinage d'une varice, à diverses reprises, de deux en deux jours, ont amené la guérison des varices. L'ergotine agirait à la fois sur les veines et sur les artères par son effet sur les fibres musculaires et même sur le centre vaso-moteur. (*Berliner klin. Wochensch.*, n° 10, 1872.)

Sur les membranes des corpuscules du lait, par C. Schwalbe. — L'auteur, s'appuyant sur des recherches faites avec l'acide osmique, soutient l'existence d'une membrane ou du moins d'une enveloppe albuminoïde autour des corpuscules du lait. Ces recherches sont en opposition avec celles de Kehrer. (*Archiv f. Gynäkologie*, II, 1871, p. 1.) La question qu'elles mettent à nouveau en discussion est fort intéressante au point de vue histologique et surtout à l'égard des caractères du protoplasma cellulaire considéré dans ses diverses phases de développement. Au fond, il s'agit d'une discussion de technique microscopique. (*Schultze's Archiv f. Mikr.*, An. VIII, p. 269, et *Centralblatt*, 28 décembre 1872.)

Amputation de la langue, avec ligature préalable des deux artères linguales, par Podraski. (*Œsterreichische Zeitschrift f. prakt. Heilk.*, 51, 1872.)

Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'ozène, par le docteur Rouge. — L'insuffisance ordinaire des moyens médicaux s'expliquerait par ce fait que dans l'ozène il y a toujours des altérations osseuses. Le chirurgien de Lausanne a, dans sept cas, opéré avec succès des malades atteints de cette affection, par un procédé particulier. Le malade étant chloroformisé, on relève la lèvre supérieure en haut, puis on incise la muqueuse du sillon gengivo-labial de la première petite molaire droite à la gauche, tous les tissus étant coupés, on arrive sur l'épine nasale antérieure, et alors la cloison est détachée à sa base ; on peut ainsi introduire le doigt dans le nez et explorer les fosses nasales ; s'il est nécessaire, on peut ouvrir une voie plus large encore, en sectionnant les cartilages des ailes du nez à leur insertion maxillaire. Dans les sept cas opérés par ce procédé, il a été possible d'extraire des séquestres, de ruginer les os, de cautériser les fongosités, et la guérison a toujours suivi ce mode de traitement. (*Bulletin médical de la Suisse romande*, novembre 1872 ; *Lyon médical*, n° 1, 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques, par le docteur J. A. H. Depaul, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, officier de la légion-d'honneur, etc., rédigées par le docteur de Soyre, chef de clinique adjoint (premier fascicule, 304 pages. Chez Delahaye, 1872).

De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. Thèse présentée au concours pour l'agrégation de chirurgie (section d'accouchements), par le docteur A. Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, ancien interne lauréat des hôpitaux (in-8 de 148 pages. Chez A. Delahaye. Paris, 1872).

Des applications de l'histologie à l'obstétrique. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, etc., par le docteur G. Chantreuil, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc. (in-8, 189 pages. Chez A. Delahaye. Paris, 1872).

(Fin. — Voy. le numéro 6, 1873.)

Après avoir fait connaître le livre du maître, examinons maintenant les œuvres de ses dignes émules qui se sont, tous les deux, inspirés de ses remarquables travaux. M. Charpentier, notamment, a puisé dans les leçons de clinique obstétricale un tableau statistique contenant le relevé de 133 cas d'éclampsie puerpérale traités à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de Paris, et l'on comprend aisément de quelle utilité ont pu être pour lui de pareils documents.

Il semble tout d'abord facile d'étudier l'Influence des divers traitements sur les accès éclamptiques, et lorsque cette question a été posée à l'heureux candidat qui est sorti victorieux de la lutte, chacun enviait son destin et plaignait son infortuné compétiteur auquel un sujet en apparence beaucoup plus aride venait d'échoir en partage. Or, il suffit de lire le consciencieux travail du docteur Charpentier pour se convaincre bien vite des difficultés réelles dont sa tâche était hérissée ; comment, en effet, apprécier l'influence qu'un traitement exerce sur une maladie quand on ignore la nature de cette dernière. Malgré les travaux innombrables entrepris par les accoucheurs et les pathologistes de France, d'Angleterre et d'Allemagne, l'incertitude la plus complète ne règne-t-elle pas encore à cet égard? Chacune des théories émises, dans ces dernières années, a influé sur la direction imprimée au traitement. En face de l'une des affections les plus sérieuses qui puissent atteindre les femmes dans l'état puerpéral, et de la rapidité avec laquelle se succèdent les accidents, le praticien cherche à multiplier ses moyens d'action pour arriver à triompher d'une maladie, qui enlève près du tiers des femmes qui en sont atteintes. De là, une difficulté de plus pour apprécier d'une façon sérieuse et nette l'agent thérapeutique, qui a eu ou paru avoir une action réelle. Aussi doit-on féliciter l'auteur de n'avoir pas fait naufrage au milieu des écueils dont il était entouré. Voici la méthode qu'il a suivie :

Dans un premier paragraphe, il a rapporté huit observations personnelles et résumé 297 autres empruntées à différents auteurs.

Dans un second, il a classé ces observations par ordre de traitement, en ayant soin de dresser des tableaux où se trouvent indiqués les chiffres correspondants aux observations. Ces chiffres, il est vrai, se trouvent répétés sur plusieurs des tableaux, ce qui tient à la multiplicité même des méthodes employées. Chaque tableau représente une méthode de traitement et est divisé lui-même en trois parties :

La première comprend les cas où l'action du médicament a été nulle ou impossible à préciser d'une façon exacte.

La seconde renferme les cas où la maladie n'a pas été enrayée et a continué sa marche en s'aggravant, sans que l'agent thérapeutique ait été efficace.

Dans la troisième partie, enfin, se trouvent les cas où la maladie a diminué ou a cessé tout à fait.

Le traitement lui-même est divisé en trois grandes catégories : 1° traitement médical ; 2° chirurgical ou obstétrical ; 3° préventif.

Après avoir ainsi mis sous les yeux du lecteur les éléments du problème, M. Charpentier étudie chacun de ses traitements et essaye de poser ses conclusions.

Cette voie est assurément la plus sûre, sinon la plus agréable ; elle rend en effet laborieuse et souvent aride la lecture d'un ouvrage constellé de tableaux, de relevés statistiques et d'observations plus ou moins succinctes. L'esprit s'égare au milieu de ce dédale de chiffres, et la pensée de l'auteur en paraît parfois obscurcie. Tel est le seul reproche que l'on puisse adresser à cette thèse, mais il est amplement compensé par la façon consciencieuse dont le sujet a été élaboré.

Nous nous bornerons à présenter ici le court résumé de ses conclusions :

1° Sur 54 malades traitées par les saignées, la proportion de la mortalité est de 14,8 pour 100.

2° Sur 79 malades traitées par les émissions sanguines locales, la proportion de la mortalité est de 36,5 pour 100.

3° La méthode mixte (émétique associé à la saignée et au calomel) semble donner des résultats plus satisfaisants (sur 53 femmes 9 morts, soit 18 pour 100).

4° Le chiffre de la mortalité à la suite du traitement par les purgatifs est de 24 pour 100, par les révulsifs 50 pour 100.

5° Les anesthésiques (éther, chloroforme, chloral) n'ont donné dans soixante-trois cas qu'une mortalité totale de 11,1 pour 100.

6° Quant au traitement obstétrical, les relevés numériques conduisent aux résultats suivants :

Forceps...	188	Guérisons...	136	Mortalité...	27 p. 100.
		Morts......	52		
Versions...	28	Guérisons....	18	Mortalité...	35 p. 100.
		Morts.......	10		

« Si maintenant, dit en terminant M. Charpentier, on nous demande de tirer des conclusions de ce travail, nous avouons que cela nous est bien difficile et que nous croyons que, dans une affection aussi grave que l'éclampsie, il est du devoir du médecin de ne pas se borner à un seul agent, mais d'agir pour ainsi dire d'une façon éclectique et de ne pas se montrer partisan d'une méthode à l'exclusion de toutes les autres.» Une remarquable lettre de M. le professeur Stoltz, qui résume la pratique de ce célèbre accoucheur, sert à la fois de complément et de conclusion générale à ce travail.

La thèse présentée au concours pour l'agrégation (section d'accouchement) par le docteur Chantreuil a pour titre : Des applications de l'histologie a l'obstétrique. C'est la première fois que ce sujet a été traité dogmatiquement, et nous ne saurions trop féliciter notre ancien collègue d'internat d'avoir si bien réussi à mener à bonne fin une tâche aussi difficile. Et d'abord il était malaisé de définir les vraies limites du sujet. M. Chantreuil l'a bien compris et est parvenu à présenter une très-intéressante étude de tous les faits acquis à la science, en signalant très-judicieusement les nombreuses lacunes qui restent encore à remplir. Son travail est divisé en trois parties : la première est consacrée aux modifications que la grossesse amène dans les tissus de la mère; dans la deuxième, l'auteur étudie les annexes du fœtus au point de vue histologique; dans la troisième enfin les tissus du fœtus lui-même dans la mesure permise par l'état actuel de nos connaissances.

La gestation imprime une série de modifications aux tissus de l'utérus, de ses annexes et de quelques autres organes qui ne concourent pas directement à la génération, M. Chantreuil examine chacun de ces tissus au triple point de vue : 1° de l'histologie anatomique; 2° de l'histologie physiologique; 3° de l'histologie pathologique.

Il règne encore assurément beaucoup d'obscurité dans l'histoire histologique de l'utérus gravide; cependant les travaux publiés sur ce sujet en ont déjà fait connaître les points principaux, et l'on doit savoir gré à M. Chantreuil de les avoir si habilement réunis. Nous n'insisterons pas sur la première partie de cette étude, dans laquelle sont condensés en soixante pages les faits acquis à la science relativement à l'histologie anatomique ; la partie physiologique offrirait un plus grand attrait de nouveauté, n'étaient les ténèbres dont elle est entourée et que l'auteur ne pouvait certainement pas dissiper dans le trop court délai imposé par les exigences mêmes du concours. A quoi tiennent les douleurs de l'enfantement? Dans lesquels des tissus utérins la sensibilité est-elle localisée? La grossesse augmente-t-elle la sensibilité de l'utérus? Telles sont les questions que l'on peut se poser, tout en reconnaissant la difficulté, l'impossibilité même de les résoudre. Aussi doit-on se borner à étudier le mode suivant lequel la propriété contractile du tissu utérin se manifeste et les influences sous lesquelles elle entre en jeu. Il résulte des observations faites par Hedœus et Spiegelberg sur des lapines soumises à la vivisection, et des expériences de Kehrer sur une chienne parturiente dans les mêmes conditions, que : 1° pendant la contraction les couches de fibres musculaires lisses de l'utérus et de ses ligaments, du vagin même, subissent un épaississement et une réduction de surface qui sont d'autant plus importants que le canal est moins dilaté par son contenu; 2° de même que dans les contractions des muscles striés, on peut, dans celles des muscles lisses des organes génitaux pendant le travail, constater une période d'augment et une période de décroissance; l'entrée successive des faisceaux musculaires en contraction, la marche périodique de celle-ci, constituent le caractère fondamental des douleurs de l'accouchement; 3° dans le cours de chaque parturition, même tout à fait normale, il se produit des contractions utérines ayant les caractères les plus divers. Chez les animaux, le plus souvent elles sont d'abord antipéristaltiques, puis générales et enfin péristaltiques.

Les influences sous lesquelles le tissu utérin entre en action sont trop nombreuses pour que M. Chantreuil ait pu les exposer complétement; aussi se contente-t-il de rechercher les principaux modes suivant lesquels elles agissent. C'est par l'intermédiaire du système nerveux, dit-il, que la plupart du temps, toujours peut-être, s'exercent ces influences. » En un mot, c'est par les excitations que les nerfs lui apportent que le muscle utérin entre en activité (électricité). Ces excitations peuvent provenir directement des centres nerveux (volonté?), mais le plus souvent c'est par une action réflexe, partie, soit de la matrice elle-même, soit de divers points de l'économie, que le tissu utérin se contracte (irritation de la glande mammaire, Scanzoni; titillations du col, théorie de Power, P. Dubois). D'autre part l'intervention du système nerveux paraît cependant n'être pas indispensable pour que la contractilité du tissu utérin soit mise en jeu (influence de l'acide carbonique sur les contractions utérines (Brown-Séquard), ergot de seigle?).

Arrivant à l'histologie pathologique, l'auteur décrit les lésions de la péritonite, de la métrite dans ses diverses formes, de la phlébite et de la lymphangite utérine en s'inspirant surtout des travaux connus de Virchow et des récentes recherches de M. Ranvier. On peut reprocher à ce paragraphe sa brièveté, que l'importance même du sujet rend encore plus apparente ; il est vrai que toutes ces lésions sont beaucoup plutôt du domaine de la pathologie que de l'obstétrique; aussi M. Chantreuil s'est-il peut-être condamné à un laconisme volontaire.

La seconde partie de cette intéressante thèse est consacrée aux annexes du fœtus. L'auteur étudie dans un premier chapitre l'élément histologique de la fonction génératrice, c'est-à-dire le germe de l'ovule, en exposant les travaux récents des embryologistes allemands, et en particulier de Stricker et de Peremeschko, sur le mode de formation des feuillets du blastoderme; les détails dans lesquels il est entré à ce sujet sont amplement justifiés par le peu de vulgarisation que ces recherches ont jusqu'à présent obtenu en France.

Après avoir présenté une étude d'ensemble des phénomènes histologiques des enveloppes de l'œuf considérées au point de vue anatomique et physiologique, fidèle au plan qu'il s'est tracé, M. Chantreuil fait suivre ce remarquable paragraphe, qui a dû lui coûter des recherches bibliographiques étendues, d'une excellente description des maladies des membranes et du placenta; malheureusement l'insuffisance des recherches micrographiques laisse une place vide au début de ce paragraphe, nous voulons parler des lésions du chorion proprement dit et de l'amnios.

Les maladies de la caduque sont assez sommairement traitées, et la description trop succincte qu'en a tracé l'auteur aurait sans doute gagné à être complétée par les travaux d'Haussmann, d'Hégar et de Maier, dont il n'est même pas fait une simple mention. En revanche, les altérations du placenta (altérations fibro-graisseuses, hématomes, hyperplasie, myxomes fibreux, dépôts calcaires, môles hydatoïdes) sont décrites avec soin et forment un utile complément à la première thèse d'agrégation (1869) de M. Charpentier, qui avait pour titre : Des maladies des membranes et du placenta.

La dernière partie de ce travail, consacrée à l'étude histologique du fœtus, se compose d'une série d'articles isolés relatifs, soit à des produits fœtaux (smegma, méconium) dont il s'agit de reconnaître la nature, soit à différentes altérations pathologiques. Le petit nombre de travaux entrepris sur la matière, peut-être aussi la fatigue qu'a dû entraîner à sa suite un tel labeur entrepris au milieu des émotions et des épreuves du concours, n'ont pas peu contribué sans doute à rendre ces derniers chapitres un peu succincts; l'auteur, prêt à toucher au but, semble perdre haleine dans ces dernières pages, et pour

soutenir ses forces prêtes à chanceler, M. le professeur Robin lui vient en aide — pour l'examen microscopique de l'enduit fœtal, du méconium, des fèces, du sang fœtal, — puis il emprunte la plume du docteur Bouchut pour la description de la docimasie pulmonaire ; le professeur Depaul est mis à contribution à propos des tumeurs du fœtus et des lésions syphilitiques du poumon ; enfin les mémoires des professeurs Robin et Lorain sur l'épithélioma pulmonaire, celui du professeur Gubler sur les altérations du foie liées à la syphilis héréditaire, une observation de Bidder (de Dorpat) sur les lésions osseuses du fœtus, constituent les derniers renforts. Grâce à leur intervention, l'auteur peut arriver à bout de sa tâche et termine son œuvre par la relation de trois faits observés par lui de macération du fœtus.

En résumé, la thèse de M. Chantreuil constitue un travail intéressant à plus d'un titre et qui semble même gigantesque quand on réfléchit aux conditions défavorables dans lesquelles il a été entrepris et à la masse considérable de matériaux qu'il renferme. Si tous les chapitres n'en ont pas été uniformément élaborés, le plan général de l'ouvrage n'en reste pas moins aussi excellent que le contenu. Quoique le succès n'ait pas couronné ses louables efforts, M. Chantreuil ne tardera pas longtemps à en recueillir le légitime prix, car s'il a été vaincu dans la lutte, il n'a point assurément été désarmé.

F. Labadie-Lagrave.

VARIÉTÉS.

Titres universitaires en vente. — Nous remercions les confrères qui ont bien voulu nous faire connaître ces jours derniers des annonces détachées de la quatrième page des journaux politiques. L'une d'elles a été relevée sur un journal d'*Oran*, et probablement pourrait l'être sur les journaux des autres provinces d'Algérie. Voici la formule :

DOCTOR IN ABSENTIA. — Les personnes désireuses d'obtenir sans déplacement le titre et le diplôme de docteur ou de bachelier, soit en médecine, en sciences, en lettres, en théologie, en philosophie, en droit ou en musique, peuvent s'adresser à *Medicus*, rue du Roy, 46, à Jersey (Angleterre), qui donnera gratuitement les informations nécessaires, et qui enverra les statuts de l'Université indiquant les moyens à employer pour être promu sans déplacement.

Nous profitons de l'occasion pour dire que, si nos informations sont exactes, l'ancienne université de Philadelphie, qui a rendu de grands services à la science et à l'enseignement, n'existe plus. Il ne s'agirait donc ici que d'une héritière fort équivoque, à supposer même qu'elle ait un corps quelconque.

Erratum. — Dans le dernier numéro, p. 104, col. 2, au titre de la *Correspondance*, *au lieu de* Du double souffle et du double claquement aortique, *lisez* Du double souffle et du double claquement crural.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 1er au 5 février 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 25 — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 64. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 272. — Affections chroniques, 353 (1). — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 26. — Total, 874.

Lille : Décès du 16 au 31 janvier 1873, 190. — Variole, 1 ; rougeole, 8 ; fièvre typhoïde, 9 ; bronchite, 23 ; pneumonie, 9 ; diarrhée et entérite, 19.

(1) Sur ce chiffre de 353 décès, 166 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Londres : Décès du 2 au 8 février 1873, 1554. — Variole, 2 ; rougeole, 3 ; scarlatine, 7 ; diphthérie, 4 ; coqueluche, 48 ; fièvre typhoïde, 16 ; érysipèle, 6 ; diarrhée, 23 ; bronchite, 282 ; pneumonie, 74.

Bruxelles : Décès du 26 janvier au 1er février 1873, 97. — Rougeole, 1 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 4 ; croup et angine couenneuse, 2 ; bronchite et pneumonie, 8 ; entérite et diarrhée, 4.

Rome : Décès du 27 janvier au 2 février 1873, 168. — Fièvre typhoïde, 3 ; variole, 1 ; rougeole, 3 ; diphthérie et croup, 7 ; pneumonie, 20 ; bronchite, 13.

Florence : Décès du 26 janvier au 1er février 1873, 95. — Fièvre typhoïde, 3 ; pneumonie et bronchite, 12 ; variole, 2 ; rougeole, 2 ; croup, 3 ; diphthérie, 3.

Paris. — Sommaire. Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales. Assemblée nationale : Travail des enfants dans les manufactures. — **Travaux originaux.** Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société odontologique britannique. — **Revue des journaux.** Résultats pratiques et statistiques du traitement intra-utérin. — Traitement de la méningite tuberculeuse et de ses complications. — **Bibliographie.** De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. — Des applications de l'histologie à l'obstétrique. **Variétés.** — **Feuilleton.** Termes empruntés à la langue grecque dans la nomenclature des sciences. — Endosmose et exosmose.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à la chirurgie des fractures des membres, appareils nouveaux, par le docteur Louis Heau (de Toulon). In-8 de 124 pages, avec figures intercalées dans le texte. J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants, par le docteur Constant Picot. In-8. A. Delahaye. 3 fr. 50

De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres, description de procédés nouveaux, par le docteur Charles Pillet. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme, par le docteur G. Marty. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales, par le docteur Huret. In 8 avec 2 planches lithographiées. A. Delahaye. 2 fr.

Du traitement de la syphilis, par le docteur E. Blacher. In-8. Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur Bourneville (2e fascicule, urémie et éclampsie puerpérale, épilepsie et hystérie). In-8 avec fig. A. Delahaye. Chaque fascicule. 3 fr. 50

Alcoolisme. Escroqueries (ordonnance de non-lieu), rapport médico-légal, par le docteur Bulard. Brochure in-8. E. Donnaud.

Du vaccin, seul préservatif de la petite vérole, instruction sur la vaccination et les revaccinations, par le docteur A. Laurent. Brochure in-18. Léon Deshays et Ce.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur E. Meyer. 1 beau volume in-12 de 736 pages, avec 256 figures intercalées dans le texte. — H. Lauwereyns. 10 fr.

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau, par le docteur Édouard Fournié. In-8° avec 4 planches coloriées. — Adrien Delahaye. 4 fr.

La longévité humaine, ou l'Art de conserver la santé et de prolonger la vie, par le docteur P. Foissac. 1 vol. in-8° de 568 pages. — J. B. Baillière et Fils. 7 fr. 50

Recherches sur la conservation temporaire des cadavres au point de vue des travaux de dissection et de médecine opératoire, par le docteur Ch. Leprieur. In-8°. — Adrien Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 27 février 1873.

Société de biologie : STRUCTURE DES TUBES NERVEUX ; RÉGÉNÉRATION DES TUBES NERVEUX : RANVIER. — GUÉRISON DE LA PARALYSIE DUE AU MAL DE POTT : CHARCOT. — *Chambre des Communes* : THE AGRICULTURAL CHILDREN'S BILL. (Séance du 19 février 1873.) —*Académie de médecine* : L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Structure des tubes nerveux ; régénération des tubes nerveux. — Guérison de la paralysie due au mal de Pott.

La communication de M. Ranvier sur les phénomènes de régénération des tubes nerveux est pour nous l'occasion de signaler des travaux qui ont été publiés dans les *Archives de physiologie* (n°s 2 et 4, 1872), communiqués à la Société de biologie et à l'Académie des sciences. Les résumés que nous en avons donnés ne nous paraissent pas suffisants pour faire comprendre l'importance de ces recherches; car la voie des découvertes histologiques est décidément poursuivie en France avec un succès que l'Allemagne pourrait nous envier.

Les études de M. Ranvier ont pour objet principal le tube nerveux, l'élément anatomique du nerf.

Jusqu'à présent, on admettait que le tube nerveux représentait un élément cylindrique complexe, formé par un filament nerveux par excellence, nommé cylindre-axe ou *cylinder axis*, renfermé dans un tube spécial ou périnèvre, et séparé des parois de celui-ci par une substance grasse particulière, dite myéline.

En allemand, on dit que le cylindre d'axe est entouré par une substance molle ou substance de Schwann, et contenu avec celle-ci dans une membrane tubulaire ou gaîne de Schwann.

Le périnèvre ou cette membrane de Schwann offre l'aspect d'une substance transparente hyaline, mais très-résistante; et de plus il présente de distance en distance des noyaux que les réactifs montrent très-nettement.

En résumé, un fil conducteur (cylindre-axe), entouré d'une substance molle (myéline) et revêtu d'un tube continu (périnèvre ou membrane de Schwann), telle est la conception schématique jusqu'à présent admise.

Çà et là on avait bien trouvé des particularités curieuses, c'est ainsi qu'on avait vu des étranglements dans le tube nerveux, un aspect strié du cylindre d'axe; mais à ces apparences on n'avait pas encore attribué toute l'importance qu'elles méritent.

M. Ranvier nous démontre, pièces sous le microscope, que le tube nerveux n'est pas un long cylindre sans commencement ni fin sous le champ du microscope, une colonne faite d'un bloc, mais une série de cylindres représentant des cellules tubulées d'une longueur histologiquement considérable (1 millimètre), d'une largeur bien moindre, soit un centième et demi de millimètre. Le tube est une colonne à segments; il ne représente pas une tige, mais une série de tubes allongés, cloisonnés, comme les tubes de la prêle vulgaire; c'est une colonne dont les segments sont séparés par des étranglements.

En effet, en employant le picrocarminate d'ammoniaque, le nitrate d'argent, l'acide osmique, et même, quand on sait ce qu'il faut observer, en examinant le nerf à l'état frais, on voit que le tube nerveux présente une série d'étranglements distants de 1 millimètre. Ces étranglements se montrent, par l'effet de ces réactifs, comme une sorte d'anneau ou de disque traversé par le cylindre d'axe, qui, lui, ne paraît pas segmenté. Entre deux anneaux d'étranglement, à peu près au milieu, on trouve un noyau latéral dans la gaîne externe ou périnèvre.

La moelle ou myéline est interrompue au niveau des étranglements; de sorte qu'on peut considérer tout l'espace compris entre les anneaux ou étranglements comme une cellule tubulée, circonscrite par la gaîne de Schwann, traversée dans

FEUILLETON.

Contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire chez les anciens, par A. ANAGNOSTAKIS.

Le mémoire que nous avons l'honneur de présenter aux lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE est le fruit des études et de la longue expérience d'un oculiste distingué d'Athènes, ancien élève de l'école de Paris pour la médecine générale, et pour la spécialité ophthalmiatrique du très-savant et regretté Sichel. M. Anagnostakis, aujourd'hui doyen de la faculté de médecine d'Athènes, a mis à profit les courts loisirs que lui laissent une grande clientèle, pour étudier et éclaircir certains points restés obscurs de la chirurgie oculaire des anciens et pour comparer leurs procédés de curation avec ceux des médecins de nos jours.

Faut-il le dire? c'est avec les éditions des écrivains grecs publiées en France et en Allemagne que M. Anagnostakis a pu accomplir la tâche qu'il s'était imposée; et ce n'est pas un médiocre honneur pour nos érudits que cet empressement des modernes Hellènes, ou, pour parler plus justement, cette nécessité où ils sont réduits, à étudier les écrits de leurs ancêtres dans les textes que nous avons reconstitués avec de pénibles labeurs. Ajoutons que le mémoire du savant oculiste d'Athènes est écrit en français, comme pour exprimer sa reconnaissance et rendre un juste hommage au pays où il a trouvé en même temps une libérale hospitalité et l'instruction nécessaire pour initier son esprit aux principes de la science médicale.

Bien que nous n'ayons qu'une médiocre compétence en matière d'ophthalmologie, nous avons cru cependant devoir accepter l'invitation qui nous a été faite de rendre compte de cet ouvrage. Notre motif est que l'auteur se livre souvent à des discussions de textes grecs et que d'ailleurs il nous a personnellement plusieurs fois mis en cause, au sujet de notre édition

toute sa longueur par le cylindre d'axe, et contenant la myéline, sorte de protoplasma destiné à protéger le cylindre d'axe. Cet espace est désigné par M. Ranvier sous le nom de *segment interannulaire*.

Le segment interannulaire a sa vie propre; il se nourrit par ses extrémités; l'étranglement ou l'anneau qui le surmonte ou le termine permet l'imbibition, qui est difficilement produite à travers l'enveloppe résistante dite périnèvre, ou paroi du segment interannulaire.

Il a de plus son histoire pathologique spéciale.

En effet, lorsqu'on coupe un nerf, on voit rapidement apparaître dans ce segment des lésions fort remarquables; le noyau est gonflé; l'étranglement de la myéline s'accentue; le noyau se gonfle de plus en plus, il fait une saillie considérable au milieu de la myéline; enfin il comprime le cylindre d'axe et même en détermine le rupture. C'est à ce moment que l'excito-motricité disparaît dans le nerf. En résumé, du quatrième au vingtième jour après la section, les cylindres d'axe semblent disparaître complétement dans les segments interannulaires.

Mais le processus se transforme, la régénération commence. Les nerfs sectionnés se réunissent par un filament cicatriciel, et en même temps, dans les deux moignons nerveux, les segments interannulaires reproduisent des cylindres d'axe. Seulement ce n'est plus un cylindre d'axe, mais plusieurs filaments nerveux, qui se forment dans les segments annulaires; ces cylindres d'axe s'unissent par en haut et par en bas aux cylindres contenus dans le filament cicatriciel intermédiaire; de sorte que les cylindres d'axe ramifiés du bout supérieur s'unissent aux cylindres d'axe ramifiés du bout inférieur par l'intermédiaire des cylindres d'axe bien moins nombreux contenus dans le filament cicatriciel.

Un phénomène aussi remarquable, et qui n'est aucunement en opposition avec ce qu'on observe normalement dans la division du cylindre d'axe qui termine les tubes nerveux destinés aux fibres musculaires lisses ou aux surfaces recouvertes d'épithélium, ne peut rester longtemps sans application à la physiologie pathologique, et par suite à la clinique.

M. Charcot l'a bien montré, séance tenante, à la Société de biologie. Ce fait d'une soudure de nombreux tubes nerveux par un nombre restreint de tubes promet une explication de faits cliniques des plus curieux. Dans certains cas de mal de Pott, accompagnés d'une destruction étendue de la moelle, et par conséquent d'une paraplégie complète, on a observé au bout de longues années la guérison de la paraplégie. Dans les cas fort rares où l'on a pu étudier ultérieurement l'état de la moelle, faits relatés dans l'excellente thèse de Michaud (Paris, 1871, A. Delahaye), on a trouvé la moelle partagée en deux segments réunis par un cordon cicatriciel, qui dans un cas ne dépassait pas la grosseur d'une plume d'oie!

Comment, dans des faits de ce genre, expliquer la transmission des sensations et de la motilité d'un segment de la moelle à l'autre à travers un cordon aussi mince? Les faits observés par Ranvier, s'ils sont applicables aux tubes nerveux de la moelle, permettent de comprendre l'activité de transmission de ce cordon cicatriciel; ses cent, ses mille cylindres d'axe correspondraient, par en haut et par en bas, à des milliers, des dizaines de mille de cylindres d'axe soudés à eux.

Mais alors on se demandera si les tubes nerveux détruits et ainsi remplacés étaient nécessaires au fonctionnement de la transmission à travers la moelle, et M. Charcot semble supposer que, dans la moelle, il y a bon nombre de *tubes de luxe*. Cette expression dépasse évidemment la pensée de M. Charcot; admise dans sa rigueur, elle nous ferait penser à un homme qui, se servant de l'avant-bras après une résection du coude, penserait que l'économie a des articulations de rechange. Il n'en est pas moins vrai que les cylindres d'axe, par leurs ramifications, peuvent suppléer à ceux qui ont été détruits, et qu'on peut cliniquement espérer la guérison d'une paraplégie par compression, la cicatrisation de la moelle même, détruite sur une large étendue. Voilà certainement une conclusion qu'on ne pouvait prévoir lorsque M. Ranvier décrivait les segments interannulaires, mais qui montre bien que tout fait anatomique nouveau peut trouver une application à la physiologie pathologique, quelquefois immédiate, et dans tous les cas imminente.

A. Hénocque.

The agricultural children's bill.

On l'a vu par nos précédents articles[1], nous attachons la plus grande importance à l'organisation du travail des enfants. Que l'on veuille bien y réfléchir, en effet : Il ne s'agit point ici seulement d'une question pure d'hygiène publique et privée; améliorer le sort des enfants, leur permettre par de sages mesures de se développer librement, largement, dans toutes les

---

de la Chirurgie de Paul d'Égine, dont il a critiqué plusieurs passages, et qu'il nous a ainsi démontré l'importance qu'il attache à notre ouvrage.

M. Anagnostakis, après avoir déclaré qu'il lui sera impossible de décrire les procédés anciens sans faire ressortir leur ressemblance, quelquefois même leur identité frappante, avec les procédés modernes, donne immédiatement la preuve de ce fait en examinant les méthodes opératoires appliquées à la cure de l'entropion et du trichiasis qui fait l'objet de son premier article. Il y démontre que le procédé décrit dans Hippocrate est le même que celui connu aujourd'hui sous le nom de *procédé Janson*, légèrement, mais heureusement modifié par M. Desmarres. Les chirurgiens feront bien de lire ce passage et d'autres du mémoire que nous analysons. Ils y verront combien il est utile pour eux de bien connaître la chirurgie des anciens, afin de ne pas s'égarer dans des recherches inutiles pour trouver des modifications chirurgicales depuis longtemps connues et décrites.

Le distichiasis arrête longtemps l'auteur, qui reproduit en entier le texte où Paul d'Égine décrit avec un très-grand soin l'opération adoptée de son temps et dont Celse n'a donné qu'une idée rudimentaire. L'oculiste d'Athènes n'est pas toujours d'accord avec nous sur l'interprétation de ce texte. Il ne sera certainement pas surpris que nous n'adoptions pas toutes ses modifications, et le lecteur nous permettra de lui soumettre les questions en litige, bien que cette discussion ne soit pas très-intéressante pour lui.

Notre critique prétend que ὑποτομή ne signifie pas *incision interne*, comme j'ai traduit, mais bien *incision cachée*. Il s'agit de l'incision faite à la muqueuse sous-palpébrale le long du bord ciliaire. Je suis absolument convaincu que M. Anagnostakis serait dans l'impossibilité de justifier cette traduction de *incision cachée*, qui d'ailleurs ne spécifie et n'éclaircit rien. C'est en vain qu'il cite un vers d'Aristophane, où il prétend que ὑποτέμνω veut dire faire des incisions cachées; il ne fait là que juger la question par la question;

forces de leur corps et de leur âme, et créer ainsi une race énergique, industrieuse, féconde, n'est-ce point une des plus graves questions de politique générale et l'une de celles sur lesquelles nous avons le droit et le devoir, nous, médecins, de formuler notre opinion avec la plus légitime autorité? Nous revenons donc, sans nous lasser, sur le travail des enfants, et on nous le pardonnera.

La Chambre des Communes, dans sa séance du 19 février, a écouté la seconde lecture du projet de loi qui doit réglementer les conditions de travail des enfants employés aux diverses occupations agricoles. Voici les principales dispositions du *bill* :

Aucun enfant ne sera soumis aux travaux de la campagne au-dessous de l'âge de huit ans;

De huit à dix ans, l'enfant ne travaillera que s'il est muni d'un certificat constatant qu'il a été présent, dans l'année, 250 fois à l'école;

De dix à douze ans il lui suffira de prouver 150 présences.

L'honorable M. Read s'est levé pour défendre le projet de loi. Il a dit : Le mal est grand, il augmente sans cesse, il est urgent d'y remédier!

Le mal est grand, en effet! et l'on aura quelque peine à comprendre que des enfants de paysans âgés de moins de huit ans, des enfants de huit à douze ans, soient soumis à de tels travaux que le législateur se sente obligé d'intervenir. Du reste, il était bien juste qu'après avoir réglementé le travail des enfants dans les manufactures, la chambre anglaise s'occupât des enfants voués aux travaux agricoles. Les Communes y étaient d'autant plus engagées que les paysans paraissent vouloir s'agiter et sortir de l'état de servage dans lequel ils sont brutalement maintenus.

Nous nous souvenons encore de l'émouvante histoire de la grève de Worwickshire que nous racontait l'an passé M. L. Quesnel dans la *Revue politique et littéraire* (12 octobre 1872). Cette grève ne tarda pas à s'étendre à d'autres comtés sous la direction du chanoine Girdlestone. Les paysans voulaient gagner environ 18 francs par semaine; ils en gagnaient 14 et 11 même dans certains comtés : « juste le nécessaire, nous dit M. Quesnel, pour tenir réunis l'âme et le corps ».

D'abord il avait dit : « Une grève de travailleurs ruraux est, chez nos voisins, un événement sans précédent et non sans importance. Il faut qu'un levain nouveau fermente dans l'esprit populaire en Angleterre, pour que ces *paisibles*, *patientes* et *muettes créatures* se mettent à avoir une volonté personnelle. Les voir s'agiter vaguement et se mettre en grève est un prodige aussi merveilleux que les premières opérations de la nature quand l'enfant commence à marcher, quand la vie s'éveille dans des masses inertes ou quand la grenouille sort de l'œuf.»

Or que peuvent être les enfants de pareilles créatures? Vous l'imaginez bien; et vous jugez, sans doute, qu'il était temps de s'en préoccuper.

M. Read propose donc à la Chambre de passer à la seconde audition de l'*Agricultural children's Bill*. La loi est nécessaire, dit-il, elle est légitime. La loi doit protéger les enfants des districts agricoles, comme elle protége les enfants des centres manufacturiers. On a dit : Huit ans est un âge bien tendre. Soit! Mais veuillez remarquer que si vous empêchez absolument un garçon de cet âge de travailler aux champs, les parents ne manqueront pas de le livrer à d'autres occupations bien plus préjudiciables. Ce danger n'est point à craindre pour les filles; aussi, la loi ne les regarde pas. Les filles sont, en général, mieux élevées que les garçons. Au retour de l'école, la plupart d'entre elles s'occupent du ménage, soignent les plus jeunes enfants : occupations qui ne sont pas très-fatigantes et qui leur inspirent le goût du travail. Les rigoristes ont prétendu que la nouvelle loi devait être appliquée sans restriction aucune. Toutefois il nous semble qu'elle peut et doit même supporter certains tempéraments. N'est-il pas bon de suspendre son action, par exemple à l'époque de certaines récoltes, ou lorsqu'une moisson doit être promptement enlevée? Peut-on empêcher, enfin, un paysan d'employer ses enfants aux travaux du jardinage? Cette dernière exception, d'ailleurs, pourra se réglementer; mais la loi doit s'appliquer surtout à cette catégorie de petits fermiers qui, entre tous, sont ceux dont les enfants étant les moins instruits, sont les plus accablés de travail. On obtiendra, sans doute, pour le travail manuel ce que prescrit la loi; mais parviendra-t-on à pousser facilement les enfants à l'école? Ici se présente l'éternelle question : agira-t-on par la force, par la persuasion? Créera-t-on des conseils, des inspecteurs? Le mieux serait de vaincre, si faire se peut, l'indifférence, l'apathie des parents, comme l'écrivait encore dernièrement au *Times* le chanoine Girdlestone.

Tels sont, en substance, les points principaux touchés par M. Read. Plusieurs honorables membres se lèvent pour appuyer sa motion, et la Chambre adopte le *bill* en deuxième lecture.

Nous ne croyons pas que chez nous le législateur soit appelé, de longtemps encore, à réglementer le travail de nos enfants

---

car le sens qu'il adopte n'est pas plus vrai pour les vers d'Aristophane que pour la phrase de Paul d'Égine. Il pourra s'en convaincre en lisant l'article ὑποτέμνω dans le Thesaurus de Henri Etienne, édition Firmin Didot. Ce mot signifie littéralement *couper dessous;* et c'est ce que nous avons rendu par incision *interne*, c'est-à-dire *sous-palpébrale*.

Nous ne trouvons pas sa critique plus heureuse un peu plus loin où il nous blâme d'avoir dit : « Nous plaçons sous le pouce une petite compresse pour relever le sourcil ». Notre traduction est littérale, tandis que la sienne est un vrai commentaire, puisqu'il traduit des mots qui ne sont pas dans le texte et qui n'existent que dans son imagination. En outre, M. Anagnostakis semble croire et il dit formellement qu'une ligne droite et une ligne transversale sont la même chose, ce qui est une grave erreur (p. 8, 9 et 10). A part ces petits désaccords, sans importance au fond, nous ne pouvons que louer les explications et les commentaires de l'auteur sur cette opération importante et délicate, ainsi que les appréciations dont il accompagne son ingénieuse analyse.

L'article suivant, où il s'agit du redressement des cils, nous a encore attiré une critique de l'auteur. Sans nous y arrêter plus que de raison, nous nous contenterons de lui faire observer qu'il n'est vraiment pas plus absurde de *lier deux poils* de la paupière, comme nous avons traduit, que de leur *appliquer un bandage*, comme le veut notre auteur.

Viennent ensuite l'examen et l'analyse des différentes espèces d'ectropion et des opérations pratiquées pour leur guérison. M. Anagnostakis présente ici des considérations très-judicieuses où l'on reconnaît le médecin versé dans la pratique de ce genre de maladies. Il nous a fait une observation dont nous reconnaissons la justesse, bien que notre traduction y soit aussi claire que la sienne, et plus juste en ce qui concerne les angles de l'œil. Le fait est que ce chapitre, qui a beaucoup tourmenté les commentateurs, me paraît plus net et plus précis depuis que j'ai lu les réflexions de l'auteur du mémoire sur ce sujet, et je l'en remercie sincèrement. En homme expérimenté et qui a mieux compris Paul d'Égine en cet endroit que ses

des campagnes. Cependant nous devons suivre d'un œil attentif et jaloux ces essais de nos voisins, faits pour améliorer l'état des classes laborieuses ; car, nous aussi, nous avons beaucoup à faire dans cette voie !

V. Audhoui.

L'inspectorat des eaux minérales (1).

M. J. Guérin a abordé mardi dernier, avec plus de clarté et de précision qu'il n'en avait apporté dans la première partie de son argumentation, l'examen direct de la question de l'inspection des eaux minérales; il a conclu à la suppression des médecins inspecteurs et à l'institution de commissions médicales. Le peu de place dont nous pouvons disposer aujourd'hui ne nous permettant pas de suivre M. Guérin dans toutes les parties de son discours, nous nous contenterons de définir autrement, et peut-être plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, deux termes seulement de la question, mais deux termes essentiels. Aussi bien, d'autres orateurs et, parmi eux, il faut l'espérer, le rapporteur, interviendront sans doute dans le débat; M. Fauvel y est déjà rentré à la fin de la séance ; et ni le temps ni l'occasion ne nous manqueront pour achever d'exposer les vues de la Gazette hebdomadaire.

Il nous a suffi de nous placer sur le terrain des adversaires même de la législation actuelle des eaux minérales, pour montrer que les établissements hydrologiques doivent être réglementés; que, réglementés, ils doivent être surveillés, et que, surveillés, ils doivent être inspectés. Mais il y a, pour les diverses catégories d'établissements d'intérêt public, des motifs spéciaux d'autorisation, de surveillance et d'inspection; quels sont-ils à l'égard des établissements d'eaux minérales?

Si l'on avait appliqué aux propriétés qui renferment des sources le régime auquel sont soumis celles qui recouvrent des mines, il n'y aurait d'autres propriétaires-nés de ces sources que l'État, et nul ne pourrait le devenir, pas même le propriétaire de la surface, qu'au moyen, non plus seulement d'une autorisation, mais bien d'une concession et de *redevances envers l'État*,—sans compter, bien entendu, une inspection fortement organisée. En effet, les sources, comme la houille, appartiennent au *dessous* du sol. Mais on n'a pas été si sévère : on s'est borné à considérer que les eaux minérales sont une matière industrielle et commerciale constituant pour le pays une grande richesse, et qu'il importe d'en tirer le parti le plus fructueux et le plus honnête possible. C'était assez, en matière administrative, pour légitimer autorisation, surveillance et inspection; car cette triple action de l'État est exercée même sur les minières de fer ou d'autre métal exploitées par les propriétaires du sol; bien plus, l'exploitation a lieu d'autorité si les propriétaires viennent à la négliger.

A ce premier motif du régime actuel des eaux minérales, s'en ajoute un second, qui est le principal. Les eaux minérales sont légalement un médicament; les dépôts qui en sont faits tombent, *comme les pharmacies*, sous le contrôle des jurys médicaux. Si bien que, pour le dire en passant, ceux qui demandent l'émancipation des établissements doivent réclamer également l'émancipation des dépôts. L'eau minérale ainsi transportée et mise en vente, c'est le commerce de la droguerie, c'est la vente en gros. Bue à la source par bouteilles, par verres, par cuillerées (comme il arrive souvent), c'est le commerce de la pharmacie, c'est la vente au détail. L'État s'adresse donc aux propriétaires ou fermiers des établissements et leur dit : « Comme droguistes — comme épiciers, si vous l'aimez mieux — vous êtes soumis à inspection. Comme pharmaciens, je pourrais exiger de vous un titre; mais non, ce serait excessif; je vais vous conférer... ce dont vous avez si peur, un *privilége!* Je vais vous permettre de débiter votre eau à tout venant, en aussi grande quantité que vous le voudrez; mais, responsable de cette exception aux lois sur l'exercice de la droguerie et de la pharmacie, *gardien de la santé publique*, comme vous m'appelez, je suis forcé de m'enquérir de ce qui se passera chez vous, de la manière dont vous userez de la faveur qui vous est accordée. Vous restez propriétaires ! Pas la moindre redevance, quoique les mines me rapportent quelque chose comme 5 pour 100 du produit net; pour toute charge (car il n'est pas juste que je paye les frais de ma condescendance), une petite somme de 600 à 1000 francs au profit de mon inspecteur. »

A ce discours de l'État il n'y a rien à répondre; c'est la raison et l'éloquence même. Et ajoutez que l'État ne parle ainsi qu'aux heureux de l'industrie; que, loin de se montrer dur pour le pauvre monde, il dispense de l'inspecteur et de son traitement les établissements dont le revenu est trop faible. De quoi se plaignent donc messieurs les propriétaires? Et si

(1) *Erratum*. Dans le précédent article, page 115, 1re colonne, lignes 36 à 38, au lieu de « Il est incontestable que... l'homme de l'art n'y apporte un goût », lisez : « Il n'est pas contestable que... »

---

devanciers, il a jeté une grande lumière sur des procédés opératoires qui avaient mis à la torture des médecins pourtant sagaces et bons hellénistes, comme Cornarius et Gaultier d'Andernach.

Le chapitre suivant, qui traite de la fistule lacrymale, n'est pas moins intéressant et instructif que les précédents. L'auteur commence, comme toujours, par transcrire le texte de Paul d'Égine; et, dans un détail de l'opération dont il s'occupe, il prétend que nous avons à tort traduit : *σάρκας ἐκ τοῦ βάθους ἀνάγομεν* par : « nous extrayons du fond les chairs », et que c'est : « nous faisons pousser du fond de l'abcès des bourgeons charnus », qu'il faut dire. Sans chicaner notre critique sur sa traduction, qui est plutôt une paraphrase du texte, nous convenons que le mot grec *ἀνάγομεν* peut aussi bien s'entendre dans son sens que dans le nôtre. Toutefois, notre traduction s'appuie sur des passages précédents du même chapitre où Paul d'Égine donne le même précepte : « Il faut enlever *jusqu'à l'os* tout ce qui proémine ». « Il y en a qui après *l'excision des chairs...* » Il est évident que notre traduction est justifiée par ces prescriptions. Cependant, sur ce point particulier, nous nous en rapportons aux spécialistes, qui ne liront pas sans fruit les commentaires de notre auteur sur cet article.

M. Anagnostakis examine ensuite la manière dont les anciens traitaient les granulations palpébrales par le frottement et le râclement. Il fait voir que ce procédé n'était pas destiné à détruire la muqueuse, mais seulement à la préparer à recevoir favorablement l'action des topiques qu'il fallait ensuite y appliquer; il affirme, après expériences réitérées, que ce genre de traitement n'est point à dédaigner. Il démontre ensuite que les anciens avaient un outillage perfectionné et que, notamment, ils faisaient usage du crochet mousse pour élever et maintenir la paupière supérieure. A l'appui de son dire il cite le texte d'Aëtius, qui nous paraît, en effet, pleinement démonstratif. Il termine enfin par l'examen et l'analyse des opérations du staphylôme et de la cataracte.

Nous ne pousserons pas plus loin ce compte rendu du travail

ceux-ci n'ont pas lieu de gémir, on cherche quels pourraient être les griefs du public, pour l'amour duquel précisément l'État prend ces mesures de sécurité.

L'autre terme de la question dont nous voulons dire un mot est celui du privilége conféré à un inspecteur médical. Nous en avons déjà dit notre sentiment; mais M. J. Guérin y a si fort appuyé qu'il faut bien y revenir un instant. C'est pourtant un argument bien fragile, et dont la base est même tout à fait fausse, que cet argument du privilége. On suppose une fortune, un sac d'écus à partager entre un certain nombre de personnes y ayant des droits égaux, et dont un juge inique, l'État, attribuerait la plus grosse part à une seule de ces personnes. Pour que cette supposition eût un sens, il faudrait que cet acte de l'État fût arbitraire; qu'il vînt d'un pur caprice au lieu d'être commandé par la nécessité et par un genre de droit qui a bien aussi son mérite : l'aptitude. L'autorité juge nécessaire qu'il y ait un inspecteur et (nous reviendrons sur ce seul point) que cet inspecteur soit médecin. Qui nommera-t-il? Celui qui lui sera présenté comme le plus digne par un corps compétent. Dès lors le *privilége* à gagner devient un de ces prix qu'on attache aux mâts de cocagne : tout le monde peut y prétendre, mais ne l'obtient que celui qui l'a gagné. Des avantages de ce genre, toutes les professions en sont pleines, y compris la profession médicale. Celui-là, par exemple, est privilégié qu'une commission administrative nomme médecin d'un hôpital de province; car elle lui confère, comme le conseil d'hygiène à un inspecteur, un titre qui le désigne exceptionnellement à la confiance du public. Privilégiés les médecins de lycées; privilégiés les médecins d'asiles; privilégiés les inspecteurs des maisons d'aliénés; privilégiés les futurs inspecteurs du travail des enfants dans les manufactures; privilégiés tous ceux qu'une fonction médicale publique distingue de leurs confrères.

Nous en revenons donc où nous en étions il y a huit jours, à la seule question qui puisse être sérieusement discutée : celle de savoir sur quelle base doit être établi l'inspectorat, et quelles doivent être les fonctions de l'inspecteur.

A. D.

P. S. Au moment de mettre sous presse, nous lisons, dans un article de l'Union médicale tout à fait en harmonie d'opinion avec les nôtres, le passage suivant :

« Nous sommes fort éloignés, par goût et par tempérament, de faire intervenir des questions de personnes dans une question générale. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'un des plus ardents adversaires actuels de l'inspectorat a profité pendant plusieurs années de cet affreux privilége dans une station fructueuse, et que le seul orateur de l'Académie qui prenne partie contre l'inspectorat a longtemps dirigé, et non sans avantage, en qualité d'inspecteur officiel, une station célèbre d'une plage maritime. Il faut croire qu'ils n'ont été que tardivement touchés de la grâce efficace. Mais il serait intéressant de savoir si, pendant leur inspectorat, ils se seraient mis à la tête de la croisade actuelle contre cette institution. Voilà, et nous le regrettons, où conduisent toutes ces récriminations motivées sur l'intérêt particulier que l'on suppose inspirer les soutiens de l'inspectorat. »

Une occasion que nous n'avions pas provoquée nous a amené à citer parmi les *convertis de l'inspectorat* le premier des exemples dont parle l'Union médicale. Nous n'avions rien dit du second, que nous connaissions, du reste, parfaitement. Notre silence n'aurait plus de motif. D'autres exemples de ce genre pourraient d'ailleurs être relevés, surtout si l'on y comprenait ceux des ennemis actuels de l'inspectorat, qui ont aspiré à cette fonction et l'ont sollicitée.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis (1), par M. E. Bourguet (d'Aix).

PREMIÈRE PARTIE.

I

Il n'est pas de médecin possédant une pratique un peu étendue, qui n'ait eu occasion d'observer le bubon d'emblée, c'est-à-dire qui n'ait rencontré plus ou moins souvent des malades porteurs d'un engorgement des ganglions lymphatiques du pli de l'aine survenu à la suite d'un coït suspect, sans avoir été précédé de chancre, de blennorrhagie, ni d'aucun autre symptôme d'infection vénérienne.

(1) Le travail que nous livrons aujourd'hui à la publicité a été lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 22 octobre 1867. Une commission, composée de MM. Ricord, Legouest et Broca, avait été chargée de l'examiner et de faire un rapport. Ce rapport n'ayant pas été fait, et rien ne nous faisant présumer qu'il doive l'être ultérieurement, nous nous décidons à le publier, après lui avoir fait subir quelques modifications, tenant à ce que les observations qui en forment la base ne soient pas perdues pour la science.

---

de M. Anagnostakis. Nous en avons dit assez pour inspirer le désir de le lire aux chirurgiens curieux de savoir ce qui a été fait avant eux en ophthalmiatrie. Nous terminerons en relevant un petit défaut qui gâte un peu la forme plutôt que le fond du mémoire de l'auteur. Il a cédé puérilement à un trop grand désir de critiquer des textes qui ont été l'objet des méditations profondes d'hellénistes instruits, et il a été rarement heureux dans ces critiques, qui portent d'ailleurs sur des détails sans importance. La critique ne remplit son but élevé que quand elle est juste et vraie et qu'elle s'occupe de choses plus que de mots.

Un mot encore pour faire remarquer seulement que l'auteur, dans le cours de son mémoire, s'est presque toujours servi des textes d'Aëtius, et surtout de Paul d'Égine. C'est qu'en effet ce dernier écrivain, le seul qui nous ait transmis un manuel complet de la chirurgie grecque, a décrit avec beaucoup de détails la médecine opératoire oculaire. Son ouvrage ne contient pas moins de quinze chapitres sur ce sujet dans les cent vingt-deux qui composent tout son traité, et dans lesquels sont comprises les fractures et les luxations. Aëtius n'a point laissé de traité de chirurgie complète, mais il a exposé la médecine oculaire, comme d'ailleurs l'ont fait aussi Paul d'Égine et plusieurs autres auteurs grecs. Ceux qui liront le mémoire de M. Anagnostakis et qui puiseront aux mêmes sources que lui connaîtront bien l'oculistique des anciens et pourront apprécier, mieux qu'il n'était possible de le faire avant lui, les progrès de cette partie de la chirurgie, depuis Celse jusqu'à la destruction de l'école d'Alexandrie, c'est-à-dire dans l'espace d'environ six siècles.

Dr René Briau.

Il semble même résulter d'un travail très-intéressant communiqué à *l'Académie de médecine*, par M. G. Lagneau, et qui a été l'objet d'un rapport élogieux fait par ce corps savant par M. Bergeron (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, séance du 4 juin 1867), que ce symptôme se présenterait bien plus fréquemment dans certaines contrées que dans d'autres, puisque M. Libermann, médecin militaire attaché au corps expéditionnaire du Mexique, a pu compter dans son campement de Gueretaro, 9 cas de bubon d'emblée sur 90 vénériens, et que dans les statistiques d'Erkel, recueillies aux îles Marquises, le bubon d'emblée figure pour le chiffre de 156 sur 397 affections vénériennes. M. Bergeron ajoute encore que, suivant M. le docteur Bourgerel, médecin de la marine, ce symptôme est fréquent à la Nouvelle-Calédonie, et dans les petites îles qui l'entourent, de même qu'à Valparaiso, au rapport de M. Duplonez.

En France, aucune statistique n'a encore établi, à ce que nous sachions, le degré de fréquence du bubon d'emblée. C'est là une lacune regrettable, qui mérite d'être signalée, et qu'il serait tout à la fois avantageux et très-facile de combler. Pour notre compte, nous serions disposé à croire que le résultat d'une pareille enquête, faite sur une vaste échelle et avec toute l'exactitude désirable, surprendrait plus d'un médecin dont les idées sont depuis longtemps arrêtées à ce sujet, et qu'elle permettrait de reconnaître que le bubon d'emblée est beaucoup plus commun qu'on ne l'a cru jusqu'ici. En effet, sur un total de 71 vénériens que nous avons eu à traiter à l'hôpital d'Aix, du 1er avril au 1er juillet 1867, nous en avons rencontré trois cas, ce qui, sans représenter une proportion aussi élevée que celle du Mexique et surtout des îles Marquises, constitue cependant un chiffre bien supérieur à celui généralement admis (1).

Quoi qu'il en soit, l'existence plus ou moins fréquente du bubon d'emblée ne peut pas être mise en doute, pas plus en France qu'ailleurs, tout en reconnaissant néanmoins qu'il y a lieu de supposer que cette forme morbide s'observe moins souvent dans notre pays que dans d'autres contrées du globe.

Mais si le fait de l'existence même du bubon d'emblée est incontestable et ne rencontre qu'un bien petit nombre de contradicteurs, les avis, au contraire, sont très-partagés lorsqu'il s'agit de savoir si ce n'est là qu'un simple engorgement ganglionnaire de nature *inflammatoire* ou *strumeuse*, occasionné par le coït et les excès auxquels il peut donner lieu, ou devant être rapporté à la diathèse scrofuleuse, mais en tout cas n'ayant rien de commun avec la syphilis; ou bien, au contraire, s'il convient de le rattacher à cette dernière maladie, dont il constituerait, dans quelques circonstances rares et exceptionnelles, l'accident tout à fait initial.

Des faits nombreux et scrupuleusement observés permettant seuls de résoudre une semblable question, dont chacun comprend l'importance, nous allons faire connaître quelques-uns de ceux que le hasard a fait passer sous nos yeux, depuis une quinzaine d'années que notre attention a été éveillée sur ce sujet, principalement ceux qui nous paraîtront susceptibles d'aider à la solution, ou tout ou moins de jeter quelque jour sur le problème encore obscur et incontestablement fort ardu que nous venons d'indiquer.

Obs. I. *Bubon transmis successivement à plusieurs hommes par la même femme.* — Au mois de février 1858, trois militaires faisant partie d'un détachement venant de Rome, de passage à Aix, entrèrent à l'hôpital de cette ville.

Tous les trois étaient porteurs d'un engorgement considérable des ganglions inguinaux présentant les caractères du bubon vénérien. Interrogés sur l'origine de leur maladie, ils répondirent qu'elle remontait à un peu plus d'un mois, qu'elle avait commencé à se montrer avant leur départ de Rome, mais que l'engorgement avait sensiblement augmenté pendant la traversée et depuis leur débarquement à Toulon.

(1) Au moment où nous écrivons (août 1872), nous avons sous les yeux quatre cas de bubon sans chancre ni blennorrhagie sur une trentaine cas d'affection vénérienne e toute espèce qui se trouvent dans le service.

Examinés avec soin, il nous fut impossible de constater chez aucun d'eux ni chancre, ni blennorrhagie, ni balanite, ni écorchure, bouton, végétation, excoriation d'aucune espèce sur le gland, le prépuce, le scrotum, l'anus, le pourtour du bassin, les pieds, les orteils, les membres abdominaux, auxquels il fût possible de rapporter l'apparition de l'adénite inguinale. Leur constitution était d'ailleurs très-bonne, et il n'existait chez eux aucun des signes du vice scrofuleux.

Un pareil fait se présentant chez trois malades à la fois ne pouvait manquer d'exciter notre surprise. Mais celle-ci augmenta considérablement lorsque ces trois militaires nous eurent appris qu'ils avaient eu tous les trois des rapports avec la même femme, une quinzaine de jours avant l'apparition du bubon, et que cette femme avait à leur connaissance transmis un accident analogue, ou du moins communiqué une maladie vénérienne, à plusieurs de leurs camarades, qui étaient entrés pour ce fait dans les hôpitaux de Rome et s'y trouvaient encore au moment du départ du détachement pour la France.

Les caractères de l'engorgement inguinal chez les trois malades soumis à notre observation étaient, à très-peu de chose près, les mêmes. Il occupait la partie moyenne du pli de l'aine, paraissait siéger principalement dans les ganglions profonds, présentait le volume d'un œuf de poule et s'accompagnait de fort peu de douleur et de réaction locale. Chez l'un d'eux cependant la tumeur ne tarda pas à se ramollir et s'abcéda naturellement, le vingt-cinquième jour de l'entrée à l'hôpital. Chez les deux autres, la résolution fut obtenue à la suite de l'emploi des frictions mercurielles et iodurées, auxquelles fut associée plus tard la compression. Les malades furent soumis en outre à l'usage des pilules de ciguë et de calomel, et prirent, à deux ou trois reprises différentes, un purgatif salin. Ils purent quitter l'hôpital au bout d'un mois à six semaines, paraissant complétement guéris. Aucun d'eux n'a été revu depuis.

Cette première observation emprunte son principal intérêt à cette circonstance particulière, que la même femme a transmis un bubon d'emblée à trois, et selon toutes les probabilités, à un plus grand nombre d'hommes qui avaient eu successivement commerce avec elle. Elle offre, sous ce rapport, une très-grande analogie avec celle rapportée par Swediaur, qui raconte également l'histoire de trois soldats, tous trois affectés de bubon, sans aucun autre symptôme, à la suite de rapports avec une même femme (Swediaur, *Traitécomplet de la malad, vénè.*, t. I, p. 287).

De pareils faits, outre qu'ils démontrent d'une manière péremptoire l'existence du bubon d'emblée, ont encore pour nous une autre signification : ils tendent à prouver que cet accident constitue une forme spéciale de la maladie vénérienne, qui peut, dans quelques cas, se transmettre dans son espèce à la façon des autres accidents primitifs (chancre simple et induré, blennorrhagie, etc.).

Comment supposer, en effet, que le coït, quelle qu'ait pu être l'excitation qui l'a accompagné, ait été suffisant pour déterminer la production d'un pareil symptôme, chez un aussi grand nombre de sujets?

Ne voit-on pas journellement une foule d'individus qui commettent les plus grands excès, sans qu'il se produise chez eux, non-seulement un bubon nettement caractérisé, comme dans le cas actuel, mais même le plus léger gonflement des glandes inguinales?

Quant à admettre une disposition constitutionnelle, strumeuse ou scrofuleuse, chez ces trois militaires, cette explication nous semble encore moins admissible que la précédente. Nos trois malades, en effet, n'offraient aucun des signes de la diathèse scrofuleuse; ils jouissaient tous les trois auparavant d'une très-bonne santé. Leur nombre seul et les circonstances de leur contamination excluent, d'ailleurs, une semblable interprétation.

Pour nous donc, l'hypothèse la plus probable est qu'il devait exister chez la femme, avec qui ils avaient eu des rapports, quelque symptôme morbide particulier susceptible d'être transmis par le coït, seulement était-elle atteinte de chancre, de blennorrhagie ou d'un simple bubon analogue à celui des soldats qu'elle avait contaminés? Ici, nous devons confesser notre ignorance, puisque, à notre grand regret, l'examen de cette femme n'a pas été pratiqué, de même que dans le cas de Swediaur cité tout à l'heure.

II

Mais voici deux observations qui ne présentent pas heureusement cette lacune.

Obs. II. *Bubon d'emblée transmis à une femme par son mari. Développement du bubon du même côté chez l'homme et chez la femme. Examen attentif des deux malades.* — Le 16 juin 1866, nous sommes, consulté par la femme G..., journalière, âgée de quarante-six ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais été atteinte antérieurement d'accidents vénériens ou scrofuleux. Elle présente à l'aîne gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, sensible à la pression, à circonscription un peu diffuse, offrant, en un mot, tous les caractères du bubon vénérien à sa première période.

Interrogée sur l'origine de sa maladie, cette femme fait remonter le début de la tumeur à huit ou dix jours, et les derniers rapprochements conjugaux à vingt jours environ. Questionnée ensuite sur la santé de son mari, elle répond qu'il est actuellement à l'hôpital, et qu'elle ignore la nature du mal dont il est atteint.

Examinée avec soin à l'aide du spéculum, nous nous assurons qu'il n'existe chez elle ni chancre, ni blennorrhagie vaginale, utérine ou uréthrale, ni aucune autre lésion, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur des organes génitaux, au pourtour de l'anus, sur les membres abdominaux, qui permettent d'expliquer la production du bubon.

Le lendemain, 17 juin, nous nous transportons à l'hôpital d'Aix et nous y rencontrons, couché au n° 137 de la salle des blessés civils, le mari de cette femme, le sieur G..., qui nous est connu depuis longtemps et chez lequel nous constatons, de même que chez sa femme, un bubon inguinal du côté gauche. La tumeur est chez lui un peu plus volumineuse et plus avancée que chez elle ; il existe moins de rougeur, d'inflammation locale ; un commencement de ramollissement paraît s'être déjà produit dans le centre de la tumeur. Cet homme, entré à l'hôpital depuis une dizaine de jours, a été soumis, au moment de son entrée, à une visite et à un examen minutieux de la part de nos collègues, MM. les docteurs Rimbaud et Chabrier, qui n'ont constaté chez lui qu'un simple bubon d'emblée. Un troisième médecin, M. le docteur Lisbonne, qui l'avait vu en ville au début même de l'accident, a porté, de son côté, un diagnostic complétement identique. Nous l'examinons, à notre tour, et nous n'avons pas de peine à nous convaincre qu'il n'existe effectivement aucun autre symptôme, ni aucun vestige appréciable du côté des organes génitaux, de l'anus, des membres inférieurs, et, sur la demande qui lui en est faite, G... déclare avoir contracté sa maladie trente-cinq jours auparavant dans une maison de tolérance.

Les caractères du bubon, ainsi qu'on aura pu le remarquer, étaient, à très-peu de chose près, les mêmes chez le mari et chez la femme. Il siégeait, chez l'un et chez l'autre, à l'aîne gauche, présentait un volume peu considérable et occupait principalement les ganglions superficiels.

Le lendemain matin, 18 juin, nous procédons à une seconde visite de la femme G..., afin de nous bien assurer qu'elle ne présente pas d'autre symptôme morbide qui aurait pu nous échapper la première fois. Ce second examen, aussi complet que possible, ne nous permet de constater, de même que le premier, rien autre chose que l'adénite inguinale. La malade accuse néanmoins un peu de chaleur à la vulve, un sentiment de prurit, une légère cuisson en urinant ; mais l'inspection de ces parties et l'examen du canal de l'urèthre, au moyen du petit spéculum de l'oreille, n'y font reconnaître ni rougeur vive, ni éruption herpétique, ni écoulement, érosion, ulcération, etc.

La marche de la maladie, chez les deux sujets, a présenté quelques différences. Ainsi, tandis que le bubon a guéri sans suppuration chez la femme au bout de vingt-six jours sous l'influence d'une application de sangsues, des bains généraux, des frictions mercurielles, des cataplasmes et du repos, la tumeur, au contraire, s'est abcédée chez le mari, et la guérison n'a été complète qu'au bout de cinquante jours. Depuis lors, nous avons eu, en juillet 1871, occasion de les revoir l'un et l'autre. Il ne s'était pas produit des symptômes de syphilis constitutionnelle.

La transmission du bubon comme accident vénérien distinct, entièrement indépendant de tout autre symptôme primitif, ne saurait être mise en doute dans ce cas, de même que dans la première observation.

On y voit, en effet, un homme contracter hors du domicile conjugal, avec une femme publique, un simple bubon, sans chancre ni blennorrhagie, et le transmettre ensuite à sa femme, tel qu'il l'a reçu, du même côté, et avec des caractères à peu près identiques, à la suite d'un seul rapprochement sexuel.

Encore moins que dans le cas précédent, l'origine du bubon ne peut être rattachée ici, ni à la constitution particulière des sujets, qui n'était pas entachée de scrofule, ni à l'excitation génésique et au retentissement sympathique de cette irritation sur les glandes inguinales, puisque le coït n'a été pratiqué qu'une seule fois et au milieu de circonstances peu propes à une pareille excitation, le mari étant déjà un peu souffrant par suite de son bubon, ayant d'ailleurs cinquante-quatre ans et sa femme quarante-six.

Si donc le mal s'est transmis au milieu de semblables conditions ; si d'une autre part, ce mal, ainsi qu'on vient de le voir, n'était lui-même, chez l'un et l'autre sujet, qu'un simple bubon, sans aucun autre symptôme, la conséquence logique à en déduire, c'est que : *le bubon d'emblée peut se transmettre dans son espèce, d'une personne malade à une personne saine et se comporter, sous ce rapport, de la même manière que les autres accidents vénériens.*

III

Comment se fait cette transmission et quel en est le véhicule ?

Nous reconnaissons très-volontiers que cela n'est pas facile à dire, et qu'ici, comme pour une foule d'autres questions, le fait est plus aisé à constater qu'à expliquer....

Cependant l'hypothèse la plus probable nous paraît être encore celle qui range le bubon d'emblée parmi les accidents primitifs de la syphilis, et qui explique la production de ce symptôme par l'absorption possible, quoique rare, du virus syphilitique par la peau revêtue de son épiderme, ou bien par les muqueuses vaginale et préputiale revêtues de leur épithélium.

Quant au véhicule, nous n'en apercevons pas d'autre que les produits de sécrétion des organes génitaux, chez celui des deux sujets qui se trouve déjà contaminé.

Nous ferons remarquer à ce propos que la théorie à l'aide de laquelle nous cherchons à expliquer la transmission du bubon d'emblée, c'est-à-dire la doctrine consistant à admettre que les sécrétions physiologiques (mucus vaginal et uréthral, sécrétions fournies par le gland et la surface interne du prépuce, sperme, sueur, etc.) s'imprègnent, de même que le sang et la plupart des tissus, du germe de la syphilis, chez les personnes qui se trouvent, depuis plus ou moins longtemps, en puissance de la maladie, et qu'elles peuvent la transmettre, dans quelques circonstances exceptionnelles, à la suite d'un contact un peu prolongé, tel que celui qui existe dans l'acte sexuel, sans ulcération, excoriation ou érosion concomittante, en d'autres termes que l'opinion qui refuse de croire que le pus soit le véhicule obligé du virus syphilitique, et que ce dernier ne puisse pénétrer dans l'organisme qu'à l'aide d'un effraction extérieure, ne rend pas compte seulement d'une manière satisfaisante de la production du simple bubon d'emblée, mais qu'elle peut s'appliquer encore à un certain nombre d'autres faits dont l'interprétation est tout aussi difficile et tout aussi embarrassante.

Ainsi on peut concevoir à son aide la contagion des accidents secondaires par les rapports sexuels, dans des cas où ces accidents ont leur siége ailleurs que sur les organes génitaux ; la contamination du nourrisson par la nourrice et de la nourrice par le nourrisson, alors que le bout du sein de la nourrice et la bouche de l'enfant ne présentent eux-mêmes aucune ulcération ni aucune autre lésion syphilitique (1) ; la

(1) Rien n'est plus commun, dit M. Rollet (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. X, p. 264) que les déclarations de médecins certifiant que des nourrices ont été infectées par des nourrissons exempts de tout mal dans la cavité buccale. « Sur 21 observations de syphilis transmise du nourrisson à la nourrice que j'ai recueillies ou colligées, il y en a 14 seulement où il est fait mention formelle de lésions buccales. » Plusieurs de celles, qui ont été rapportées par M. Roger (*Union médicale*, 1865) concernent « des enfants chez qui l'examen de la bouche a été fait très-attentivement et n'a rien montré ».

Dans un autre endroit (*op. cit.*, t. IV, p. 454, 2e partie), le même auteur cite, d'après Melchior Robert, deux faits relatifs à l'infection de nourrissons par des nourrices, qui ne nous paraissent pas moins démonstratifs au point de vue de la contamination possible par les sécrétions physiologiques.

Voici ces deux faits :

contamination peu de jours après le coït suspect, pendant la période d'incubation de la syphilis, ainsi que la science en possède quelques exemples, ou bien un certain temps après l'entière cicatrisation d'un chancre, ainsi que le savant annotateur de Hunter, Babyngton, en rapporte plusieurs observations (J. Hunter, *Œuvr. compl.*, traduc. franç., t. II, p. 167), et que nous en avons nous-même recueilli un cas que nous croyons devoir faire connaître ici, en raison de la rareté de pareils faits.

Obs. III. *Syphilis transmise par un mari à sa femme, en l'absence de tout symptôme extérieur appréciable, six mois après l'entière cicatrisation d'un chancre induré.* — X..., négociant, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, contracta un chancre induré au mois de février 1868. Soumis à un traitement mercuriel pendant trois mois et demi, il guérit complétement de sa maladie et se maria au mois de septembre suivant.

Quelques temps avant son mariage, il va consulter le médecin qui lui a donné des soins, un très-habile spécialiste de Marseille. Celui-ci procède à un examen minutieux et lui donne l'assurance qu'il peut se marier en toute sécurité. X... se marie donc. Il épouse une jeune fille de dix-neuf ans, d'une moralité à l'abri de tout soupçon, qu'il aime et dont il est aimé depuis longtemps.

Ainsi que nous venons de le dire, M. X... ne présente en ce moment aucun symptôme morbide du côté des organes génitaux. Pendant les premiers temps, malgré les excès inséparables d'une récente union, aucune lésion ne se manifeste chez les deux époux; mais au bout de trois mois, sans qu'aucune souffrence locale eût attiré l'attention de madame X..., cette jeune femme s'aperçoit de l'existence de quelques boutons sur la vulve et autour de l'anus.

Appelé auprès d'elle, par son mari, dans les derniers jours de janvier 1869, je la trouve en pleine évolution de syphilis secondaire (plaques muqueuses en très-grand nombre, parfaitement caractérisées, disséminées autour de l'anus, sur les grandes et les petites lèvres; pas de traces appréciables de chancre; pas de blennorrhagie vaginale ou uréthrale; quelques rhagades à l'anus avec hypertrophie des plis radiés de cette région, qui exhale une odeur d'une fétidité nauséabonde). J'examine le mari avec la plus grande attention. Il ne présente pas la plus légère lésion qui puisse être rattachée à la syphilis, ni du côté des organes génitaux, ni ailleurs.

La nature de la maladie était trop évidente chez madame X... pour que le plus léger doute fût possible, malgré la difficulté qu'il y avait d'expliquer chez elle l'apparition des accidents secondaires. Un traitement mercuriel fut donc prescrit aux deux époux. Il fut fort exactement suivi, particulièrement par madame X..., pendant près de quatre mois. Les plaques muqueuses, ainsi que les rhagades et l'hypertrophie des plis de l'anus, disparurent assez rapidement. Depuis cette époque, le mari a éprouvé des céphalées nocturnes et quelques accidents cérébraux (vertiges, diplopie), pour lesquels j'ai cru devoir le soumettre à un traitement ioduré. Il présente en ce moment même une large plaque muqueuse à l'angle gauche des lèvres. Madame X..., au contraire, s'est bien portée jusqu'ici. Deux enfants sont venus au monde; ils ont vécu tous les deux. L'aîné, aujourd'hui âgé de vingt-neuf mois, a été atteint à l'âge d'un an d'une diarrhée très-persistante, accompagnée d'émaciation générale et de teint cachectique; tout récemment, il lui est survenu une éruption impétigineuse à la face, de couleur cuivrée, et un onyxis suivi de la chute de l'ongle. Le plus jeune, âgé actuellement de onze mois, n'a offert jusqu'ici aucun signe de syphilis héréditaire.

Il est impossible de ne pas reconnaître que, dans ce cas, l'infection syphilitique s'est accomplie, chez madame X..., en l'absence de toute lésion extérieure chez son mari.

On aura remarqué, en effet, que ce dernier était très-explicite à cet égard, et qu'il affirmait de la manière la plus positive n'avoir jamais aperçu aucune lésion, légère ou grave, sur les organes génitaux, depuis la cicatrisation du chancre induré. Or, comment supposer qu'un malade qui vient d'être atteint d'un chancre, et qui est d'ailleurs soigneux et intelligent, n'en aperçoive pas un nouveau s'il vient à se produire? Mais il y a plus : M. X... ne s'était pas contenté de s'examiner lui-même, il avait été visité attentivement, peu de temps avant son mariage, par un médecin expérimenté, lequel n'avait rien constaté non plus et n'avait pas hésité à donner un avis en conséquence.

On le voit, il ne reste que les sécrétions physiologiques et l'absorption lente et insensible du virus syphilitique par la surface tégumentaire, ou, ce qui nous paraît beaucoup plus probable, par la muqueuse vaginale, qui puissent rendre compte de l'infection de madame X..., sa moralité, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne pouvant pas être mise en cause.

IV

La doctrine de la transmission de la syphilis par les sécrétions physiologiques viciées, sans l'existence actuelle d'aucune lésion extérieure, permet encore de rendre compte des cas de *syphilis d'emblée*, c'est-à-dire non précédés de symptômes primitifs et débutant par les formes constitutionnelles, syphilis admise par de très-bons observateurs, tels que G. Vella, A. Matthiole, A. Lecoq, Fallope, et à notre époque par MM. de Castelneau, Cusco, Lancereaux, et dont nous avons observé nous-même plusieurs exemples, entre autres le suivant, que nous considérons comme probant, et que nous demandons à ce titre la permission de rapporter.

Obs. IV. *Syphilis constitutionnelle développée sans lésion locale primitive.* — J..., soldat au 7e de ligne, faisant partie du corps expéditionnaire du Mexique, âgé de vingt-cinq ans, n'ayant jamais été atteint antérieurement d'affection vénérienne, a des rapports avec une femme publique, à la Vera-Cruz, peu de jours avant son embarquement pour la France. Pendant la traversée et après son débarquement à Toulon, il est visité à plusieurs reprises par M. le docteur Bédel, chirurgien-major de son régiment, qui nous a affirmé lui-même l'exactitude de ce renseignement, et qui ne constate, dans aucune de ses visites, ni chancre, ni blennorrhagie, ni aucun autre accident vénérien. Un mois après son arrivée en France, deux mois environ après le coït suspect, sans qu'il se soit exposé à une nouvelle contagion, J... vit apparaître des plaques muqueuses autour de l'anus, sur le scrotum et dans la bouche. Le malade entre alors à l'hôpital d'Aix, le 5 avril 1868, et est placé dans notre service.

Les accidents dont il est porteur, par leur nombre, leur siége et leurs autres caractères objectifs, offrent un cachet particulier qui ne permet pas d'hésiter un seul instant sur leur nature syphilitique. D'un autre côté, les renseignements fournis par le malade et par M. le docteur Bédel ne permettent pas d'admettre qu'il ait existé, ni avant, ni depuis le coït suspect, des accidents primitifs appréciables. Ajoutons que J... est intelligent, qu'il n'a aucun intérêt à dissimuler la vérité, qu'il est soigneux et attentif, et qu'il ne paraît pas d'ailleurs sans préoccupation sur sa maladie et sur les suites qu'elle peut avoir.

Un traitement mixte par les préparations mercurielles et l'iodure de potassium est mis en usage. Ce traitement est continué pendant les mois d'avril, mai et juin. Les accidents syphilitiques s'effacent rapidement, et le malade est assez bien pour sortir de l'hôpital et reprendre son service dans les premiers jours de juillet. Mais la guérison ne se maintient pas. Trois mois après il entre de nouveau à l'hôpital avec des ulcérations à la gorge, de l'adénite cervicale, de nouvelles plaques muqueuses sur le scrotum et à l'anus. Le traitement mercuriel et ioduré est repris et continué pendant près de quatre mois. De même que la première fois, tous les symptômes disparaissent, et le malade rentre à son régiment. La guérison s'est-elle maintenue depuis lors? C'est ce que nous ne saurions affirmer, le malade n'ayant pas été revu par nous depuis sa sortie de l'hôpital.

L'invasion de la syphilis, sans lésion locale primitive, ne saurait être sérieusement contestée dans ce cas, le malade ayant été constamment sous les yeux d'un médecin sagace et exercé. Quant à la nature des accidents que nous avons eu à combattre, elle est trop évidente pour qu'aucun doute puisse subsister. Reste donc comme seule explication possible l'absorption du virus syphilitique et son introduction dans l'économie sans effraction extérieure.

(La suite à un prochain numéro.)

' « Une femme, infectée par son mari pendant qu'elle nourrissait, communique la syphilis à son enfant; mais par quelle voie? Ses mamelons étaient on ne peut plus sains. Du côté de l'enfant on ne trouve ni plaie, ni cicatrice, ni pléiade engorgée; le seul phénomène patent était une roséole généralisée. »

« Un autre enfant, après avoir été allaité pendant deux mois par une nourrice syphilitique, fut sevré. Quinze ou vingt jours après, cet enfant avait six plaques muqueuses à l'anus, des taches sur le corps et une éruption impétigineuse sur la tête. Aucune ulcération, aucune cicatrice à la bouche; pas d'engorgement ganglionnaire au cou ni à l'aine. Au dire de la mère, la nourrice n'avait aucune lésion syphilitique au sein. »

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Formes cérébrales des mammifères. — M. *P. Gervais* fait hommage à l'Académie d'un mémoire sur les formes cérébrales propres à différents groupes de mammifères.

Lentilles de microscopes. — M. *A. Brachet* adresse deux petites lentilles, en rubis-spinelle coloré, destinées à servir comme lentilles objectives de microscope. Ces lentilles, taillées par M. Verich, permettraient, en les employant comme première lentille objective, d'obtenir des résultats supérieurs à ceux que donne le crown : ce constructeur désirerait qu'on pût lui fournir les éléments nécessaires pour construire une série complète, présentant une première lentille en rubis-spinelle ou en corindon incolore, semblable aux échantillons obtenus par Ebelmen ; il croit pouvoir ainsi, avec une longueur focale plus grande que d'ordinaire, obtenir un aplanétisme bien supérieur. (Renvoi à la section de physique, à laquelle M. Robin est prié de s'adjoindre.)

Culture et maladie de la vigne. — M. *Beaudet* adresse une note concernant un procédé de culture de la vigne dans de grands pots de terre, et M. *T. Dufour* un mémoire concernant la maladie de la vigne. Ces deux communications sont renvoyées à la commission du *Phylloxera*.

Pouvoir oxydant du sang. Note de MM. *P. Schutzenberger* et *Ch. Risler*. — Sans entrer dans les détails des opérations, rappelons que les titrages se font tous dans une atmosphère d'hydrogène bien exempte d'air ; que le liquide dans lequel il s'agit de doser l'oxygène est mis en contact avec un volume d'hydrosulfite tel, que tout l'oxygène disponible soit immédiatement absorbé ; il reste un excès d'hydrosulfite dont on évalue la quantité au moyen d'une solution de carmin d'indigo. On évite ainsi tout danger de diffusion de l'oxygène dans l'atmosphère d'hydrogène. Il résulte des expériences des auteurs que l'oxygène du sang agit sur l'hydrosulfite, non comme l'oxygène libre, mais comme l'oxygène combiné de l'oxyde de cuivre ammoniacal, et que le sang saturé possède, par rapport à l'hydrosulfite, un pouvoir oxydant correspondant à 45 centimètres cubes d'oxygène pour 100, le sang désoxygéné par la pompe ou l'oxyde de carbone un pouvoir oxydant correspondant à 25 ou 26 centimètres cubes d'oxygène pour 100. Le sang saturé d'oxygène par agitation à l'air, ou plutôt l'hémoglobine oxydée, possède donc un pouvoir oxydant une fois et demie plus grand que celui qu'on lui avait attribué jusqu'ici, d'après le volume de l'oxygène fourni par la pompe ou l'oxyde de carbone. Cet oxygène se trouve dans un état de combinaison plus stable avec la matière colorante et ne peut être enlevé que par des réducteurs chimiques.

Les auteurs ont également constaté qu'une solution de sang à 10 pour 100 saturée d'oxygène, puis additionnée d'un excès d'hydrosulfite, fournit la raie de l'hémoglobine réduite et devient plus foncée en passant au rouge violacé. Cette solution réduite, agitée à l'air, fournit de nouveau au titrage la même quantité d'oxygène qu'avant la réduction.

Influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie. 8e note de M. *P. Bert*. — « Le fait le plus singulier peut-être que j'aie jusqu'ici rencontré dans les recherches dont j'ai à plusieurs reprises déjà entretenu l'Académie, c'est l'action toxique si redoutable qu'exerce l'oxygène de l'air suffisamment comprimé (*Comptes rendus*, t. LXXIV, p. 617 ; t. LXXV, p. 29).

» Chez les moineaux, cette action se manifeste par des convulsions assez fortes lorsque la pression extérieure de l'oxygène peut être représentée par 350 (la pression de l'oxygène pur à 1 atmosphère étant représentée par 100) ; ce qui peut s'obtenir, soit en employant de l'oxygène pur à 3 atmosphères 1/2 ($100 \times 3,5 = 350$), soit en employant l'air ordinaire à environ 17 atmosphères ($17 \times 20,9 = 355$). Ces convulsions sont extrêmement énergiques et rapidement mortelles quand la pression de l'oxygène atteint 450, c'est-à-dire lorsqu'elle correspond à 22 atmosphères d'air.

» Elles surviennent alors au bout de 4 à 5 minutes ; l'oiseau secoue la tête et les pattes comme s'il marchait sur des charbons ardents ; bientôt il entr'ouvre les ailes, les agite vivement, et, tombant sur le dos, il tourne rapidement dans le récipient, battant avec violence l'air de ses ailes, les pattes contractées sous le ventre. Ces phénomènes durent quelques minutes, puis se calment, pour reparaître par crises de plus en plus fréquentes et de moins en moins fortes jusqu'à la mort ou la guérison ; aux très-hautes pressions, la mort survient dès la première crise.

» Ces accidents remarquables continuent à se manifester après que l'oiseau, soustrait à l'influence de l'oxygène, a été ramené à l'air libre sous la pression normale : ils peuvent même alors se terminer par la mort.

» Le fait principal étant constaté, il reste à chercher dans le sang la dose toxique de l'oxygène, et à déterminer avec soin les phénomènes et le mécanisme de l'empoisonnement.

» *Dose toxique*. — Un certain nombre d'expériences faites sur les chiens m'ont permis de fixer à 350 environ la pression extérieure de l'oxygène sous laquelle surviennent les convulsions ; la mort arrive vers la pression de 500. Comme je ne possédais pas une quantité d'oxygène suffisante pour charger à 5 ou 6 atmosphères mon appareil, qui contient près de 400 litres, je plaçais une canule dans la trachée du chien en expérience, je mettais cette canule en communication avec un sac de caoutchouc plein d'oxygène, et j'exerçais la pression sur l'animal et le sac à la fois.

» En fixant l'animal comme il est dit dans ma 7e note (*Comptes rendus*, t. LXXV, p. 543), j'ai pu tirer du sang artériel et en extraire les gaz. J'ai vu ainsi que les accidents convulsifs débutent lorsque ce sang, qui contient d'ordinaire 18 à 20 centimètres cubes d'oxygène pour 100 centimètres cubes de liquide, arrive, grâce à la pression, à en contenir de 28 à 30 centimètres cubes ; la mort survient vers 35 centimètres cubes. Il y a, du reste, sous ce rapport, quelques différences quand on passe d'un animal à un autre.

» Mais il n'en est pas moins vrai que la dose toxique, mortelle, de l'oxygène dans le sang est moins de deux fois plus considérable que la dose normale. Or, il n'est pas de poison dont nous pourrions avoir impunément dans le sang la moitié de la dose mortelle. Il est donc vrai de dire, si étrange que paraisse cette assertion, que l'oxygène est un poison plus redoutable qu'aucun autre connu. »

L'auteur tire de ses expériences les conclusions suivantes : 1° L'oxygène se comporte comme un poison rapidement mortel, lorsque sa quantité dans le sang artériel s'élève à environ 35 centimètres cubes par 100 centimètres cubes de liquide ; 2° l'empoisonnement est caractérisé par des convulsions qui représentent, suivant l'intensité des accidents, les divers types du tétanos, de la strychnine, de l'acide phénique, de l'épilepsie, etc. ; 3° ces accidents, que calme le chloroforme, sont dus à une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière ; 4° ils s'accompagnent d'une diminution considérable et constante de la température interne.

Cause de l'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aigue et auxquels on vient de pratiquer la thoracocentèse. Note de M. *A. Laboulbène*. — Dans la séance du 18 novembre 1872, l'auteur a déjà communiqué à l'Académie ses recherches sur l'élévation de la température centrale chez les malades auxquels je venais de pratiquer la thoracocentèse. Deux faits analogues et confirmatifs ont été signalés aussi par M. le docteur Bourneville (*Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 4e année, 1872, p. 112 (*cancer*

primitif du périloine, injection iodée), et *Mouvement médical*, 1872, p. 279). Nous publierons le nouveau mémoire de M. Laboulbène.

Recherches sur l'inflammation du péritoine et l'origine des leucocytes. Note de M. *F. Feltz.* — « Dans un travail publié en 1870 (*Journ. d'anat. et de physiol.*, Paris, 1870, in-8°, p. 1), nous avons établi : 1° que les globules de pus qui infiltrent le péritoine enflammé ne proviennent pas des leucocytes sanguins qui seraient sortis à travers les parois des capillaires ; 2° qu'ils ne proviennent pas des épithéliums de cette membrane, qui se desquament au bout d'un temps relativement court, et qu'après leur chute on voit qu'il se produit encore des leucocytes dans l'épaisseur de la séreuse.

» Il résulte des recherches dont nous donnons aujourd'hui les conclusions que, dans le péritoine comme dans la cornée, le tissu conjonctif qui forme la trame de ces membranes est sillonné par un réseau de canalicules interstitiels, dont les renflements fusiformes sont ce qu'on appelle les *éléments cellulaires du tissu conjonctif*, les *noyaux conjonctifs* ou encore les *cellules plasmatiques*. Dans ces réseaux il n'y a pas à l'état normal d'éléments figurés stables ou fixes, mais simplement une matière organique, grenue, dite *protoplasma* par Remak, Schultze, etc. En cas d'irritation, la circulation sanguine venant à augmenter et le sang subissant à son tour des modifications dans son plasma, il en résulte une augmentation et une modification parallèles dans ce *protoplasma*, d'où le développement si considérable du réseau et des éléments dits *plasmatiques* et son organisation en leucocytes. Il n'est pas douteux pour nous que ce *protoplasma*, devenant libre tant par une individualisation directe ou genèse que par segmentation et organisation graduelle des renflements fusiformes, ne donne lieu d'emblée à la formation de leucocytes. Nous espérons pouvoir bientôt en donner des preuves irréfutables dans les alvéoles pulmonaires. »

Imperfections du Compte rendu officiel des opérations du recrutement militaire en France. — M. *Champouillon* adresse une note sur ce sujet. Il montre que, relativement à *la taille*, par exemple, les relevés sont très-inexacts. Ainsi d'après les relevés du Compte rendu, les 20 arrondissements de Paris, les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis auraient fourni ensemble 357 sujets de taille insuffisante ; d'après les registres du bureau de recrutement de la Seine, le nombre de ces non-valeurs serait de 397 ; le chiffre exact, recueilli par M. Champouillon pendant chacune des séances de la révision, s'élève à 523. Ces différences ne sont point le résultat d'un accident de calculs, elles se retrouvent, avec des proportions analogues, dans la statistique des années précédentes, et elles viennent de ce que, dans les cas d'infirmités entraînant l'exemption, on ne note que ces infirmités en négligeant de s'occuper de la taille. « Je suis parvenu, ajoute l'auteur, à constater que : 1° sur les 523 conscrits de la Seine ayant une taille inférieure à 1m,55, 126 appartiennent à l'espèce rachitique, 47 au genre *basset*, 350 à la catégorie des petites races ou des croissances tardives ; 2° que les arrondissements qui fournissent le moins de sujets de petite taille (2 pour 100) sont le IIe, le Ve, le VIe, le VIIe et le VIIIe ; 3° que le chiffre le plus fort des tailles insuffisantes (7 et 8 pour 100) correspond au XIIe, au XIIIe et au XXe arrondissement ; 4° que la proportion moyenne des conscrits de la Seine qui n'ont pas atteint la taille réglementaire, au moment de la révision, est de 4,42 pour 100.

Le tableau comprenant le nombre des exemptions pour faiblesse de constitution donne lieu à des observations analogues

---

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'intérieur transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Jura pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département des Deux-Sèvres. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. le docteur *Noizet.* — *b*. Pour le prix Amussat, un mémoire sur la prothèse buccale et faciale, par M. *Delalain*, dentiste. — *c*. Pour le prix Capuron, un travail sur l'albuminurie et l'éclampsie puerpérale. — *d*. Pour le prix Godard, un ouvrage de M. *Paul Hybord* sur les calculs de la vessie chez la femme et les jeunes filles. — *d*. Un mémoire manuscrit sur l'action thérapeutique de l'acide carbonique, par M. le docteur *Logerais*.

M. *Guérard* présente un ouvrage intitulé : Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie, par M. *Péan*.

M. *Béhier* dépose sur le bureau une série de brochures de M. *Dujardin-Beaumetz* : Altérations des tubes en caoutchouc par les injections iodées ; De l'emploi des carbazotates d'ammoniaque comme succédanés du sulfate de quinine ; De l'emploi de la propylamine et de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

M. *Boudet* offre en hommage, au nom de l'auteur, M. *Patrouillard*, une thèse sur le aconits et l'aconitine.

M. *Amédée Latour* présente une brochure de M. *Garrigou* sur les filtres et sur l'eau des fontaines.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Gubler. — Le discours de la dernière séance n'avait été, pour M. J. Guérin, qu'une sorte d'introduction. Aujourd'hui il aborde la question de l'inspectorat en elle-même.

Il se propose d'examiner :

1° Jusqu'à quel point les lois et les ordonnances justifient actuellement le maintien de l'inspectorat dans les stations thermales ;

2° Jusqu'à quel point le titre de fonctionnaire est compatible avec le titre et la dignité de médecin ;

3° S'il y a une utilité réelle à conserver l'inspecteur dans l'intérêt des établissements, des médecins et des malades ;

4° Enfin, s'il ne serait pas préférable de supprimer toute intervention administrative, et de faire rentrer les établissements de bains dans le droit commun.

En comparant les dispositions des lois de 1823 et de 1860, on voit qu'en réalité le rôle de l'inspecteur se réduit à bien peu de chose. La loi de 1823 leur accordait, en effet, la surveillance pour le choix et la consommation journalière des eaux minérales ; — le droit, dans certaines limites, de faire avec les ingénieurs des règlements dans les stations thermales, — la nomination des employés.

Aujourd'hui, d'après la loi de 1860, ils doivent tout simplement exécuter le règlement fait par le préfet ; l'article 15 leur enlève la surveillance de l'usage des eaux, et ils ne peuvent obtenir le renvoi des employés que sur le consentement du préfet.

Quant aux statistiques, aux travaux, aux mémoires qu'ils envoyaient autrefois au ministre, ils sont remplacés par un état que dresse le régisseur ou le fermier, et qu'ils peuvent tout au plus annoter.

La loi de 1860 leur accorde, il est vrai, une compensation, mais une compensation dérisoire qui leur permet de faire partie d'une sorte de commission de comptabilité ou de contrôler les opérations des ingénieurs, comme sondages, forages, etc., toutes opérations auxquelles ils n'entendent pas grand'chose.

En résumé, leur rôle est tellement amoindri qu'on pourrait sans inconvénient les supprimer.

La surveillance administrative est-elle compatible avec le titre de médecin? Non, répond M. Guérin, — on a confondu deux individualités essentiellement distinctes, le fonctionnaire et le médecin ; — on a beau dire que l'un n'influera pas sur l'autre, l'homme n'est pas parfait et, dans certains cas, l'inspecteur se relâchera de la rigueur administrative en faveur du praticien. C'est comme si, dans une cause, on était à la fois juge et avocat.

Il y a évidemment là quelque chose qui choque, surtout si

l'on examine la question au point de vue de l'égalité professionnelle. Le titre de médecin nommé par l'administration aura toujours du prestige aux yeux du public qui ne voit que les apparences, et donnera à l'inspecteur une immense supériorité sur ses confrères. Si l'on examine les faits de plus près, les faits journaliers, on voit que les régisseurs, les propriétaires, les employés, ayant tout intérêt à ménager l'inspecteur, lui adressent de préférence les malades.

C'est un ensemble de conditions qui donnent à l'inspecteur de grands avantages, et l'on n'a pas tort de crier au privilége, de protester au nom des principes de liberté et d'égalité professionnelle.

L'inspectorat est-il réellement utile? Telle est la question que se pose ensuite M. J. Guérin.

M. Fauvel, pour en démontrer l'utilité, a invoqué deux dispositions de la loi qui, justement, ne regardent pas l'inspecteur; ainsi la question d'autorisation d'exploitation. On sait que cette question est toujours réglée par l'Académie. Quant à l'étude des eaux, leur analyse, leur composition, c'est un chimiste, et non l'inspecteur qui en est chargé.

Doit-on maintenir l'inspectorat dans l'intérêt des établissements, des malades et de la science? C'est plus que douteux. Car, ce qui peut donner un peu de relief à un établissement, ce n'est pas le titre qu'a le médecin, mais sa valeur personnelle. Quant aux malades, leur intérêt est qu'ils trouvent le plus de médecins possible.

L'intérêt scientifique n'a pas plus à gagner à ce maintien quand même, car le rôle de l'inspecteur se borne, comme on l'a vu, à annoter tout simplement les états présentés par les fermiers des bains.

Cette insuffisance scientifique est tellement évidente, qu'elle n'a pas échappé à M. Gubler, et M. Pidoux lui-même disait que les médecins inspecteurs auraient un beau rôle à remplir s'ils voulaient se consacrer à l'étude des affections chroniques, que l'on ne peut guère étudier dans les autres établissements hospitaliers.

On a parlé encore des soins que les inspecteurs donnent aux indigents. Cette objection n'a guère de valeur, car tous les médecins ont le désir d'en faire autant; il vaudrait mieux obliger les établissements thermaux à soigner ces indigents.

Quant à la question d'autorisation préalable et d'intervention administrative, M. Guérin n'en voit nullement la nécessité; car dans la plupart des cas les eaux sont ou bonnes, ou inutiles, ou innocentes, et alors à quoi sert une autorisation ou la surveillance d'un inspecteur. Avec ce système de privilége, de protection, de servitude, on porte atteinte à la liberté d'autrui, et dans bien des départements on n'a qu'une source thermale là où l'on pourrait en avoir deux, trois, quatre et plus.

M. J. Guérin termine en examinant quel est des quatre systèmes dont il a parlé dans son dernier discours celui qui lui paraît préférable au point de vue de l'intérêt public de la science et de la profession? Il rejette successivement la monarchie absolue ou constitutionnelle, la république radicale et se déclare pour le système républicain conservateur, c'est-à-dire qu'il ne veut pas faire table rase et détruire immédiatement l'inspectorat; il veut que ce rôle soit confié à des commissions médicales et qu'il ait, comme l'a demandé M. Gubler, un caractère plus scientifique.

— Ce discours terminé, M. Fauvel demande la parole pour protester contre le reproche d'inexactitude que lui avait adressé M. J. Guérin. Il n'a pas fait dépendre de l'existence de l'inspectorat la prospérité des eaux minérales, et il a cité très-exactement le règlement qui visait les rapports de la commission médicale avec le fermier, seulement ce règlement n'est pas celui dont a parlé M. Guérin. Quant au faite de la suppression de l'inspectorat en Allemagne, il n'est vrai que pour l'Autriche.

Après une discussion aigre-douce entre les deux interlocuteurs, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Baillarger sur les travaux adressés pour le concours du prix Lefebvre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — RAPPORT SUR LES OBSERVATIONS ENVOYÉES A LA SOCIÉTÉ PAR M. BOISSARIE. — RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA DIAPHYSE HUMÉRALE; GONFLEMENT DES TENDONS DE L'EXTENSEUR COMMUN DES DOIGTS A LA SUITE D'UNE PARALYSIE TRAUMATIQUE DU NERF RADIAL. — RÉTRECISSEMENTS DU RECTUM.

M. *Letenneur* (de Nantes) envoie deux observations : 1° tumeur fibro-plastique de l'orbite ayant récidivé sept fois; mort pendant la huitième opération; 2° déchirure du périnée et d'une grande partie de la cloison recto-vaginale; opération d'après les indications posées par M. Verneuil; guérison.

— M. *Dubreuil* lit un rapport sur les observations adressées à la Société de chirurgie par M. Boissarie (de Sarlat).

— M. *Le Fort* a employé l'électrolyse chez une femme qui avait un rétrécissement situé à 8 ou 10 centimètres de l'anus. Ce rétrécissement était dur, de nature indéterminée. M. Le Fort fit faire une canule de gutta-percha contenant deux fils de cuivre qui faisaient saillie à sa surface sur l'étendue de quelques centimètres. Le cône étant engagé dans le rétrécissement, les deux fils furent mis en communication avec quatre éléments de Trouvé; l'autre pôle de la pile était appliqué sur le ventre. Toutes les nuits, on introduisait ce cône pendant dix à douze heures. Après un mois de traitement, la malade sortit de l'hôpital, se croyant complétement guérie. En même temps que les fils produisaient de petites eschares linéaires, le cône de gutta-percha devait agir comme dilatateur.

— M. *Nicaise*. Le malade qui fait l'objet de cette communication est un homme de trente-trois ans. Le 6 avril 1871 il entre dans le service de M. Nicaise, à l'ambulance de Longchamps, pour une fracture de l'humérus droit produite par une balle.

Le projectile est entré à 4 centimètres au-dessus de l'épicondyle et est sorti à la face interne du bras, immédiatement sous l'aisselle. Le trajet oblique de la balle est de 18 centimètres. La distance verticale entre l'orifice d'entrée et celui de sortie est de 14 centimètres. La balle a produit une fracture comminutive de la diaphyse humérale et a coupé en même temps le nerf radial. Les vaisseaux sont intacts.

Aucune exploration n'est faite par les orifices. Le membre est placé dans une gouttière et recouvert immédiatement de cataplasmes. Il survient un gonflement assez considérable, puis une suppuration abondante. On pratique des incisions aux orifices d'entrée et de sortie, et l'on passe un tube à drainage. Quelques esquilles libres sont extraites.

24 avril. Le blessé a eu un frisson pendant la nuit. Il a maigri un peu depuis quelques jours et a des sueurs profuses. En présence de ces symptômes, on propose l'amputation du membre, qui est refusée d'une façon absolue. On fait alors la résection.

On fait à la partie externe du bras une incision verticale qui commence au-dessus de l'épicondyle et qui va jusqu'au-dessus de l'insertion du deltoïde; l'incision a une longueur de 14 centimètres environ. On arrive dans une vaste cavité qui représente le foyer de la fracture et dont les parois sont garnies de nombreuses esquilles adhérentes par leur face externe. Tous ces fragments, dont l'un a 9 centimètres de long, sont saisis avec une pince l'un après l'autre et détachés du périoste, au moyen d'une rugine, d'une spatule ou même de l'ongle, selon leur plus ou moins d'adhérence. Il reste alors les deux extrémités de l'humérus; la surface fracturée de l'extrémité inférieure est assez régulière; elle ne présente pas de saillies

c'est bien enveloppée par les parties molles; aucune opération n'est nécessaire en ce point. L'extrémité supérieure présente, au contraire, un long prolongement en pointe dénudé et nécrosé; ce V saillant comprend une partie de l'insertion du deltoïde. On détache ce muscle avec une rugine; résection de 4 à 5 centimètres de la diaphyse; on a alors, au milieu du bras, une cavité longue de 13 à 14 centimètres et tapissée par le périoste.

Le membre est replacé dans une gouttière, et, malgré la grande distance qui existe entre les deux extrémités de l'humérus (13 à 14 centimètres), les fragments ne sont pas rapprochés l'un de l'autre.

L'état général et l'état local s'améliorent rapidement, la cavité se remplit de bourgeons et l'intervalle qui existe entre les fragments devient peu à peu résistant. Le bras devient très-dur; par la palpation, on sent un cylindre volumineux qui réunit les deux extrémités de l'humérus. Ce résultat est obtenu dans les premiers jours du mois de juin. Il n'y a pas de roideur dans les articulations de l'épaule et du coude; des mouvements avaient été communiqués aussitôt que possible à l'articulation du coude.

Le blessé est revu le 13 novembre 1871, sept mois environ après la blessure. La guérison est complète; la cicatrice a 14 centimètres de long; le gonflement a disparu; la diaphyse nouvelle est régulière, cylindrique, et se continue sans ligne de démarcation avec les deux extrémités de l'humérus; elle a le même volume que celle du côté sain. Le bras opéré présente un raccourcissement de 1 centimètre environ.

La paralysie radiale subsiste toujours et s'accompagne d'un gonflement des tendons de l'extenseur commun, au niveau du poignet, semblable à celui que M. Nicaise a observé à la suite de la paralysie saturnine (*Du gonflement des os des mains chez les saturnins*, in *Gaz. méd.*, 1868); cette tuméfaction tendineuse s'accompagne d'un gonflement œdémateux du dos de la main.

Le 13 février 1873 le bras est très-solide; le blessé a pu reprendre son métier de tailleur de pierre. La paralysie radiale subsiste. Il n'y a plus de tuméfaction des tendons, mais les muscles paralysés sont très-atrophiés.

Dans cette observation on doit d'abord remarquer le moment auquel l'opération a été faite. La résection a été pratiquée dix-huit jours après la blessure, pendant la période de suppuration; ceci a permis de détacher plus facilement le périoste et de le conserver intact; en outre, il est permis de croire que le résultat a été plus satisfaisant que si l'opération eût été faite immédiatement après la blessure.

Après l'opération, il y avait au milieu du bras une cavité cylindrique de 13 à 14 centimètres de long et tapissée par le périoste; aucune parcelle osseuse ne restait dans tout cet espace. L'os s'est reproduit dans toute cette étendue et d'une manière très-régulière; l'agent de la reproduction ne peut donc être que le périoste, qui restait seul et dont aucun lambeau n'avait été enlevé pendant l'opération. On ne peut faire intervenir, pour expliquer la formation de l'os nouveau, ni le tissu médullaire du canal central ou les canaux de Havers, ni le bourgeonnement des extrémités fracturées, trop éloignées l'une de l'autre. Le tissu conjonctif voisin n'a pas non plus pris part à la reproduction osseuse, comme le démontre l'intégrité des muscles, qui en cette région s'insèrent directement sur le périoste. L'os s'est reproduit par bourgeonnement de la couche interne du périoste avec formation de travées osseuses au milieu des bourgeons; c'est le mode de formation du cal, indiqué par M. Ranvier, dans les fractures avec plaie.

Il y a à remarquer encore l'âge du blessé, qui avait trente-trois ans. Les exemples de reproduction osseuse aussi étendue et aussi régulière sont rares, et la plupart des cas cités portent sur des malades beaucoup plus jeunes.

Signalons enfin le gonflement des tendons extenseurs, observé d'abord dans la paralysie saturnine par MM. Gubler et Nicaise, puis par MM. Gubler et Charcot, dans des paralysies de cause cérébrale, l'observation ci-dessus montre que la même altération peut se rencontrer après la paralysie traumatique. Cette tuméfaction des tendons et de leurs gaînes n'a donc rien de spécial à l'intoxication saturnine; d'après une autopsie faite par M. Charcot, la tuméfaction s'accompagne d'une vascularisation assez marquée des tendons et de leur gaîne; cet auteur rapproche cette altération des arthrites que l'on observe à la suite des paralysies, et il paraît la considérer comme due à la paralysie des nerfs vaso-moteurs.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1873.

LE BRUIT DE POT FÊLÉ : BUDIN. — DOSAGE DES GAZ DU SANG CHEZ L'HOMME : LÉPINE. — CIRCULATION DE LA RÉTINE ET DU CERVEAU DANS L'ÉPILEPSIE PAR L'ESSENCE D'ABSINTHE : MAGNAN.

La constatation clinique du fait expérimental observé par MM. Grancher et Cornil n'a pas tardé à se présenter. En effet, M. *Budin* a fait entendre aux membres de la Société le bruit de pot fêlé chez une malade. La différence à la percussion pendant l'inspiration et l'expiration était manifeste, le bruit spécial étant perçu pendant l'état d'expiration. Dans le sujet, il ne s'agit pas d'une finesse d'observation clinique, mais il y a cette consécration assez intéressante de l'expérimentation cadavérique confirmée par l'examen clinique. M. Budin a profité de l'obligeance de la malade pour démontrer que la voix caverneuse éteinte ou bien la pectoriloquie aphone, c'est-à-dire le bruit de souffle perçu à l'auscultation pendant que la malade parle à voix basse, est un signe très-précis de l'existence d'une caverne.

M. *Lépine* communique un procédé facile pour opérer le dosage des gaz du sang chez l'homme: à cet effet il pratique une saignée, et sur l'ouverture de la veine il applique une sorte de petit entonnoir de verre terminé par un tube de caoutchouc, le sang traverse l'appareil, et aussitôt que les premières gouttes ont traversé le tube de caoutchouc et qu'on peut supposer que tout l'air contenu dans ce tube s'est écoulé, on transporte tout l'appareil dans une éprouvette remplie d'éther ou d'huile; on peut alors étudier la quantité des gaz contenus dans les 40 à 50 grammes de sang ainsi recueilli. Dans un cas de cyanose, M. Lépine a pu doser la quantité d'acide carbonique contenue dans 50 centimètres cubes de sang, et l'a trouvée égale à 30 centimètres cubes, c'est-à-dire 60 pour 100 d'acide carbonique en volume.

M. *Magnan* poursuit ses expériences sur l'ingestion et l'injection dans les veines de l'essence d'absintho. Cette fois il a examiné les effets produits sur la circulation de la rétine et la circulation cérébrale par l'essence d'absinthe au moment de l'apparition des attaques convulsives. Du côté de la rétine on observe, dès l'apparition des convulsions toniques, une congestion des vaisseaux de la pupille: celle-ci disparaît au moment de la mort.

Pratiquant à l'aide du trépan une fenêtre dans la calotte crânienne d'un lapin, il incise d'une part la dure-mère pour observer la coloration de la substance cérébrale, et d'autre part laisse la dure-mère intacte. Lorsque l'essence d'absinthe injectée dans une veine produit une convulsion tonique, le cerveau se distend, l'hémisphère prend une teinte rosée plus foncée, et en même temps la pupille est dilatée.

Il y a donc dans les convulsions épileptiformes produites par l'essence d'absinthe, congestion du fond de l'œil, congestion des hémisphères cérébraux et dilatation de la pupille. De ces faits on peut conclure que dans le complexus pathologique produisant l'attaque épileptiforme due à l'essence d'absinthe, chaque partie de l'encéphale concourt pour sa part à la production des phénomènes observés. De plus, comme il y a entre les phénomènes observés dans l'épilepsie ordinaire et l'épilepsie absinthique une similitude remarquable, ces conclusions

offrent une importance réelle au point de vue du mécanisme de l'épilepsie commune. M. Magnan ajoute que dans la plupart des cas il y a augmentation de température, mais, dans une expérience, malgré la trépanation, malgré des convulsions, il y a eu un abaissement de 4 degrés environ.

Cette particularité a été l'origine d'une discussion entre MM. Laborde, Magnan et Charcot, de laquelle il résulte que l'augmentation de température dans les attaques congestives avec ou sans convulsions ne reconnaît pas pour cause immédiate les convulsions.

M. *Laborde* insiste avec raison sur l'abaissement de température observé dans les empoisonnements d'animaux par la narcéine et coïncidant avec le coma, tandis que chez les chiens empoisonnés par le laudanum, la température s'élève au moment des convulsions, mais comme le font remarquer MM. *Magnan* et *Charcot*, dans la congestion apoplectiforme de la paralysie générale, on observe, avec le coma, l'élévation de température; au contraire, dans certaines hémorrhagies cérébrales intraventriculaires, on trouve, avec les convulsions, un abaissement de température, de sorte qu'il n'y a pas lieu en clinique d'établir une relation directe, une concordance habituelle entre l'élévation de température et les convulsions, entre l'abaissement et le coma.

A. H.

Sociétés savantes des départements.

Société centrale de médecine du département du Nord. (Séance du 13 décembre 1872; in *Bulletin médical du Nord*, janvier 1873.)

SUR DEUX CAS DE SUEURS LOCALES.

M. le docteur Chrestien présente à la Société un malade affecté depuis quatre ans d'une sueur locale limitée à la moitié interne de la face dorsale de la main droite, et au quart inférieur et interne de l'avant-bras du même côté.

« Dans toute cette région, dit M. Chrestien, la peau est rouge, même quand la sueur ne se produit pas; les veines sont notablement plus volumineuses qu'à gauche, et la main, appliquée sur ce point, perçoit constamment une sensation de chaleur plus vive que sur les autres parties de l'avant-bras. »

La sueur cesse et revient plusieurs fois par jour, fort irrégulièrement. Elle paraît surtout se produire de préférence quand la température extérieure s'élève.

En 1871, les muscles de l'avant-bras droit se sont paralysés, mais passagèrement.

Le malade est, en outre, affecté d'une diarrhée chronique dont le début remonte à plusieurs années; M. Chrestien la croit d'une nature probablement tuberculeuse.

Quelque temps avant l'apparition des sueurs à l'avant-bras droit et à la main, le malade s'était fracturé le cubital du côté *gauche;* et, s'appuyant sur cette coïncidence, M. Chrestien pose à ses collègues la question suivante :

« La lésion du nerf cubital gauche contusionné, enflammé par la fracture, a-t-elle pu amener un trouble dans l'innervation de son congénère droit; trouble qui se traduirait par cette exagération de sécrétion des glandes sudoripares? »

M. Folet répond que l'on pourrait, à la rigueur, soutenir la réalité de l'action réflexe. M. Vanverts déclare, au contraire, qu'il ne saurait admettre une pareille explication.

M. Vanverts a certainement raison. Nous donnons un peu trop dans l'action réflexe. Sommes-nous à bout d'explications?—L'acte réflexe! La raison d'un fait nous échappe-t-elle? — Encore l'acte réflexe! Nous usons de l'action réflexe comme nos devanciers les médecins des deux derniers siècles usaient des *esprits animaux :* nous les installons un peu partout. C'est, du reste, un léger travers qui ne doit pas plus nous faire médire des actions réflexes d'aujourd'hui que des esprits animaux d'autrefois.

Cependant, tout acte réflexe mis de côté, le fait de M. Chrtien me paraît intéressant à plus d'un titre.

Remarquez les analogies qui rapprochent l'état de l'avant-bras et de la main du malade de l'état de la face et de l'oreille des animaux après la section du filet cervical supérieur du grand sympathique, dans la célèbre expérience de M. Claude Bernard : ce sont les mêmes phénomènes de turgescence vasculaire, de température élevée, de sécrétions exagérées et même de sueurs. Ne nous sera-t-il point permis, dès lors, d'avancer que les sueurs partielles et les autres troubles locaux dont est affecté le malade de M. Chrestien, sont la conséquence d'une lésion du grand sympathique.

Et, maintenant, est-il bien vrai que le malade soit affecté d'une diarrhée de nature tuberculeuse? Il est permis d'hésiter. M. Chrestien, d'ailleurs, a des doutes; il ne donne pas la diarrhée chronique de son malade comme étant de nature tuberculeuse, mais comme de nature *probablement* tuberculeuse. A vrai dire, et jusqu'à plus ample informé, tout me porte à croire qu'elle ne l'est pas. Mais, alors, que sera-ce donc que cette diarrhée? Eh! ne pouvez point la rapprocher de l'hypercrinie sudorale? Ne pouvez-vous point supposer que cette diarrhée soit un phénomène de même ordre que les sueurs partielles de la main et de l'avant-bras? qu'elle soit due, elle aussi, à quelque lésion du grand sympathique? Ne pouvez-vous pas même la rapprocher de ces suffusions séreuses que l'on observe dans l'intestin des animaux après l'extirpation du ganglion cœliaque dans les expériences de M. Budge?

M. le docteur Chrestien a essayé de faire disparaître les sueurs partielles de son malade au moyen du sulfate de quinine : il a échoué.

A propos de la comunication du docteur Chrestien, M. Cuignet raconte à la Société qu'il a, lui aussi, observé un cas de sueur locale; mais que, plus heureux que son collègue, il a pu faire cesser ce désordre par le sulfate de quinine.

« Une dame, dit-il, suait de la main droite et de la partie postérieure de l'avant-bras; cette sueur était précédée d'une sorte de frisson local avec sensation marquée de froid, puis venait la chaleur, puis la sueur. »

Cet accès survenant chaque jour à la même heure, M. Cuignet pensa qu'il s'agissait d'une fièvre larvée. Le sulfate de quinine fut donné, et la malade se guérit rapidement.

La nature différente des sueurs partielles dans ces deux cas ressort manifestement du caractère propre des sueurs, de leur évolution, des symptômes concomitants et aussi de la différence des résultats obtenus par l'administration du sel de quinine.

V. Audhoui.

REVUE DES JOURNAUX.

De la céphalalgie chez les enfants, par le docteur W. H. Day.

L'auteur présente dans son trop court article quelques considérations générales sur les formes de céphalalgie chez les enfants, beaucoup plutôt qu'il ne fait une étude séméiologique complète.

Il fait remarquer tout d'abord que, chez les enfants aussi bien que chez les vieillards, les maux de tête ont une certaine importance et doivent toujours éveiller l'attention du médecin quelles qu'en soient les causes.

Le docteur Day établit sept variétés différentes de céphalalgie : 1° La *céphalalgie anémique ou nerveuse;* 2° *pléthorique* ou *congestive;* 3° *organique* ou *cérébrale* (accompagnant les lésions des méninges ou du cerveau). Il insiste plus particulièrement sur cette forme et prétend qu'elle peut être amendée par un traitement opportun. 4° La *céphalalgie épileptique.* 5° Enfin la céphalalgie *fébrile* et notamment celle qui se montre dans les typhus, dans la fièvre typhoïde et dans la fièvre récurrente (*relapsing fever*).

« La céphalalgie, dit-il en terminant, est le symptôme qui, plus que tout autre, engage les parents à venir consulter rapidement le médecin, et qui attire le plus tôt leur attention sur l'état de leur enfant. La cause de la douleur est presque toujours rapportée au cerveau ou à ses enveloppes. La lenteur et l'irrégularité du pouls avec une céphalalgie persistante et gravative, jointe aux autres symptômes habituels, doivent faire redouter l'invasion imminente d'une maladie des organes encéphaliques. »

Quant au traitement des différentes espèces de céphalalgie, le docteur Day fait observer qu'elles ne réclament pas en général l'emploi des toniques au début ; souvent en effet ces moyens ne font qu'augmenter la douleur au lieu de l'apaiser ; tel est le cas de la céphalalgie organique, de cause cérébrale. Si l'estomac est primitivement atteint, on sera également désappointé si l'on a recours prématurément au fer, au quinquina et au vin.

Le bromure et l'iodure de potassium semblent agir comme spécifiques à la première période ; c'est donc à ces deux médicaments associés l'un à l'autre que l'auteur conseille d'avoir recours, en faisant toutefois remarquer que leur emploi doit être suspendu aussitôt que la céphalalgie s'est apaisée afin d'éviter leur action dépressive. On peut recourir alors pour consolider la cure aux toniques, aux ferrugineux et à l'huile de foie de morue. (*British medical Journal*, 9 nov. 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de la peau, par F. Hebra, médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hôpital général de Vienne. — Traduit et annoté par le docteur Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage. — Tome Ier, chez G. Masson, in-8° 896 pages.

Dès les premières pages de ce livre, nous rencontrons des opinions absolument opposées à celles qui dominent dans l'enseignement clinique de Saint-Louis. « Les agents qui s'attaquent à la surface externe du corps et qui affectent la peau directement ont une bien plus grande influence comme cause productrice des maladies cutanées, que les phénomènes dont le siége est dans l'organisme lui-même. » Cette négation presque absolue de la diathèse dans les maladies cutanées inspire l'ouvrage d'un bout à l'aure. Plus loin nous lisons : « Une des causes principales des dermatoses idiopathiques est l'action de coups sur la peau ou l'action constante, permanente, d'une pression, ou l'action fréquente des corps solides en contact immédiat avec l'enveloppe cutanée. » On comprend aussitôt quelle sera la classification à laquelle l'auteur donnera la préférence. Naturellement, il ne s'agira, en aucune manière, de rechercher les causes générales des manifestations cutanées. La manifestation extérieure, quelle que soit son origine, est simplement étudiée d'après ses caractères objectifs.

Nous avons ainsi douze classes : 1° les hypérémies cutanées ; 2° les anémies ; 3° les anomalies de sécrétions des glandes cutanées ; 4° les exsudations ; 5° les hémorrhagies cutanées ; 6° les hypertrophies ; 7° les atrophies ; 8° les néoplasmes (tumeurs bénignes) ; 9° les pseudoplasmes (tumeurs malignes) ; 10° les ulcérations ; 11° les névroses ; 12° les parasites.

Qui ne voit, dès l'abord, le vice radical d'une pareille classification ? N'a-t-elle pas l'inconvénient de ranger dans des divisions fort différentes les manifestations d'une même maladie ? Et, pour ne prendre que des faits indiscutables, ne voyons-nous pas la syphilis donner lieu tantôt à des exsudations, ailleurs à des hypertrophies, ailleurs encore à des tumeurs malignes, à des ulcérations, etc...? Est-ce dans une pareille classification qu'on puisera quelques indications thérapeutiques ? Quant aux divisions admises, l'auteur reconnait lui-même qu'il est difficile de voir une maladie de peau dans l'*anémie cutanée*. Il suffit de lire le chapitre qu'il lui consacre pour partager complétement son avis.

Après avoir donné aux caractères objectifs des maladies cutanées une importance aussi exclusive, M. Hébra réunit dans sa quatrième classe, sous le nom de *dermatoses aiguës contagieuses exsudatives*, les principales fièvres éruptives. Loin de nous l'idée de protester contre ce rapprochement. Il est tellement naturel qu'il s'impose en quelque sorte ; mais n'y trouve-t-on pas en même temps la preuve du rôle secondaire que l'on doit accorder aux seuls caractères d'une éruption. Quel rapport y a-t-il à ce point de vue à établir entre une scarlatine et une variole ? A quel rapprochement peut donner lieu l'étude anatomique et l'évolution de la lésion cutanée ?

Nous ne voulons pas, chemin faisant, laisser passer sans protestation quelques assertions que nous relevons dans le traitement de la variole. « La variole non compliquée se termine, dans la majorité des cas, d'une manière favorable *sans aucune espèce de traitement.* » Nous sommes tout à fait d'accord avec le médecin viennois ; mais pourquoi, quelques lignes plus loin, ces lignes singulières : « on ne peut faire aucune objection théorique et pratique à l'emploi des bains tièdes ou même de la *douche froide* dans le *stadium floritionis* de la variole. » Nous voulons bien qu'on assiste en simple spectateur à l'évolution d'une variole normale ; bien qu'il y ait peut-être quelque chose de mieux à faire ; mais intervenir au moment de l'éruption, de la floraison, par des douches froides, est une pratique qui trouverait peu de crédit, et qui, d'ailleurs, de l'aveu même de l'auteur, est au moins inutile.

En dehors de ces observations qui ne portent que sur des points de détail, la principale critique que l'on peut faire de cet ouvrage s'adresse à l'opinion qu'on y retrouve à chaque page et que nous avons déjà signalée. M. Hébra est l'ennemi absolu des diathèses ou dyscrasies. Quelques citations montreront à quelles singulières assertions le porte cet esprit d'exclusion systématique.

« L'eczéma », dit-il, « est le même quant à sa forme et son évo- » lution, qu'il survienne chez une personne en bonne ou mau- » vaise santé, qu'il résulte d'une irritation artificielle ou se » développe spontanément. Il est impossible d'admettre que » la scrofule modifie l'eczéma. Le même raisonnement s'ap- » plique à la syphilis et à la goutte. L'existence d'une dyscra- » sie herpétique, la mère de toute espèce d'éruptions cuta- » nées, doit être regardée comme morte jusqu'à ce que ses » défenseurs réussissent à l'exprimer par une formule chi- » mique. »

Nous demanderons à M. Hébra, avec son traducteur, le docteur Doyon, par quelle *formule chimique* il exprimerait la syphilis qu'il considère cependant comme une dyscrasie.

Ainsi tous les eczémas se ressembleraient dans leur forme, leur disposition, leur étendue, leur marche. Ils céderaient tous aux mêmes moyens de traitement. De pareilles assertions sont tellement contredites par les observations journalières qu'il semble presque inutile de les réfuter. Quel est le praticien qui n'a pas maintes fois constaté le contraire ? A qui n'est-il pas arrivé de rencontrer des eczémas rebelles à tout traitement, récidivant avec une indomptable ténacité, et cela précisément chez des sujets appartenant à des familles où les mêmes éruptions se sont en quelque sorte acclimatées et transmises ? Ira-t-on comparer des eczémas de ce genre à ceux que détermine l'action de certaines substances irritantes, à ces eczémas que le moindre soin de propreté et l'éloignement de la cause vont guérir ?

Ce sont là les opinions de M. Hébra. Il les défend avec conviction, avec l'autorité que lui donne une pratique immense. Bien que toutes les notions que nous avons acquises et puisées dans des observations assurément beaucoup moins nombreuses s'insurgent contre les conclusions de l'auteur viennois, nous reconnaissons dans son ouvrage des qualités signalées en ce qui touche principalement à la description des maladies, aux

ressources du traitement local. Notons toutefois en terminant une omission singulière. Les discussions et les réfutations auxquelles l'auteur se livre fréquemment montrent sans aucun doute qu'il a tout au moins quelque connaissance des ouvrages des dermatologistes français. Un de ceux dont les travaux ont eu le plus d'éclat, et par leur importance et par les idées nouvelles qu'ils ont répandues, semble presque un inconnu au professeur viennois. Il ne l'est pas assurément. On peut discuter, réfuter, rejeter les doctrines de M. Bazin; on ne les passe pas sous silence. L'enseignement de M. Bazin a ouvert une ère nouvelle en dermatologie, et nous ne voyons pas que le livre de M. Hébra y apporte autre chose qu'un nouveau traité honnêtement, consciencieusement élaboré, n'ayant rien à envier à ses devanciers; très-sobre à tous égards de théories et d'aperçus nouveaux. B.

Index bibliographique.

Annuaire de thérapeutique pour 1873, par M. le professeur Bouchardat.

Ce recueil, si justement apprécié, contient le résumé et les conclusions des principaux travaux publiés pendant l'année 1872 sur la matière médicale, la pharmacie, la toxicologie, la thérapeutique. Nous devons particulièrement signaler l'article bien intéressant que M. Bouchardat consacre aux *usages thérapeutiques du vin*. On trouvera, à la fin de l'ouvrage, le discours prononcé par M. Bouchardat à l'Académie de médecine sur l'*étiologie du typhus*.

Travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Gironde pendant l'année 1872.

Les trois premières catégories de rapports que renferme ce volume traitent de questions d'intérêt purement local. Dans la quatrième catégorie se trouvent ramassés une série de ropports sur des questions générales d'hygiène : Rapport sur les attributions de l'inspecteur du conseil d'hygiène, par M. Martin-Barbet; rapport sur l'emploi de la viande de Montevideo destinée à l'alimentation des hospices, par M. Gellié; différents rapports de M. H. Gintrac sur le concours de vaccine, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Cadaujac, sur les épidémies qui ont sévi dans le département de la Gironde pendant l'année 1871, etc., etc.

VARIÉTÉS.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une véritable douleur la mort, naguère si inattendue, de notre collègue M. Marchal (de Calvi), dont nous avons annoncé la maladie (hémorrhagie cérébrale). Intelligence dont la précocité avait été remarquée et qui ne s'était pas démentie, esprit vif, curieux, primesautier, et, en même temps, très-appliqué, Marchal (de Calvi) laisse une trace tout à la fois dans la littérature médicale et dans la médecine pratique. Son dernier et son meilleur titre à l'attention publique est son ouvrage sur le diabète,

— On annonce aussi la mort bien regrettable de M. le docteur H. Combes, ancien professeur à l'École de médecine de Toulouse, décédé, le 13 février, à Castres, dans la soixante-cinquième année de son âge. Il était chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'instruction publique. M. le docteur Paihlé, au nom de la Société des médecins de l'arrondissement de Castres, a prononcé sur sa tombe un discours pour rendre à celui qui fut pendant plueieurs années leur président dévoué, un témoignage d'estime, de reconnaissance et de regret.

— Enfin, le docteur Le Roi, de Versailles, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de soixante-quinze ans. On lui doit de très-intéressantes recherches, auxquelles le conviaient ses fonctions de bibliothécaire, notamment le *Récit de la grande opération* subie par Louis XIV, et le *Journal de la santé* du roi, d'après les notes de Vallot, d'Aquin et Fagon.

Règlement provisoire sur les engagés conditionnels d'un an.

Circulaire ministérielle.

Art. 17. — Les volontaires *étudiants en médecine* ou *en pharmacie* admis à servir dans leur *spécialité* sont incorporés dans les sections d'*infirmiers* et employés dans les hôpitaux militaires.

En ce qui concerne la tenue, la discipline et le régime intérieur, ils sont soumis aux prescriptions des articles 1, 2, 3, 4, 5 et 6.

Leur instruction militaire ne comporte que les écoles du soldat et de peloton.

Ceux qui se sont convenablement acquittés de leurs fonctions et dont la conduite a été satisfaisante, reçoivent, à la fin de leur année de service, un certificat constatant leur zèle et leur capacité. Ce certificat leur est délivré par le général commandant la subdivision, sur l'avis d'une commission présidée par le fonctionnaire de l'intendance chargé de la surveillance administrative de l'hôpitot et composée du médecin en chef ou du pharmacien en chef, selon la *spécialité* du volontaire, et de l'officier d'administration commandant la section d'infirmiers en chef du détachement.

Ceux qui ont fait preuve de mauvais vouloir ou qui ont commis des fautes graves et répétées contre la discipline restent une seconde année au service, soit dans les mêmes conditions, soit comme soldats dans un régiment d'infanterie, suivant la décision du général commandant la subdivision.

Hôpital français et Société française de bienfaisance a Londres. — Le cinquième dîner annuel des fondateurs et protecteurs de l'institution dite *French Hospital and Dispensary*, laquelle rend de grands services aux Français et aux autres étrangers qui résident à Londres, a eu lieu dernièrement dans la salle Willis. Il était présidé par l'ambassadeur de France, M. le comte d'Harcourt. On remarquait dans l'assistanee, M. Cadorna, ministre d'Italie ; lord Eliot; MM. Gavard, du Treil, de La Baume, comte de Kergorlay, Gounod,; Rimmel, président de la Société de bienfaisance française; le docteur Vintras, médecin de l'hôpital dont il est un des principaux fondateurs; le Rév. P. Faure, le Rév. Petavel, Brenier, Edmond Johnston, Givry, Paraire, Duclos, et environ cent cinquante négociants de différentes nationalités.

M. le *comte d'Harcourt*, président, a porté des toasts à la *Reine* et aux *membres de la famille royale*, à l'*armée*, à la *marine*, et aux *fondateurs et bienfaiteurs de l'hôpital*. Lord *Eliot* lui a répondu en termes très-courtois.

Le rapport annuel du secrétaire de la Société, M. E. Rimmel, constate que depuis l'ouverture de l'hôpital, en 1867, 769 malades ont été secourus à l'intérieur de l'établissement et 16 544 au dehors. Les dépenses de l'année dernière se sont élevées à 1019 liv. st. et les recettes à 996.

Le total des souscriptions effectuées dans la soirée s'est élevé à 1000 liv. st. Le duc d'Aumale s'est inscrit, comme tous les ans, pour 100 liv. st., et Richard Wallace pour 20.

— Le 24 février a eu lieu aussi (dans Willis'sRooms), un bal au bénéfice de la Société française de bienfaisanee établie à Londres en 1842, sous le patronage de l'ambassadeur de France, pour secourir les Français résidant à Londres. Le comte d'Harcourt, M. Gavard et le comte de Kergorlay y assistaient.

Conseil municipal de Paris (*séance du 22 février*) : Laboratoire d'histologie a Clamart.

M. *Trélat* présente un rapport concluant à l'établissement d'un laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

M. *Depaul* pense que le laboratoire de la Faculté suffit aux élèves.

M. *Trélat* fait observer qu'en France on est extrêmement arriéré au point de vue de l'histologie. La demande formée par l'assistance publique est nécessitée par le besoin impérieux du progrès et des recherches microscopiques, pour lesquelle déjà, dans plusieurs hôpitaux, on a créé des laboratoires spéciaux.

M. *Clémenceau* dit que l'opinion de M. Depaul n'est plus admissible aujourd'hui, attendu que le microscope est devenu, dans les études médicales, aussi indispensable que le scalpel. Des laboratoires d'histologie existent dans tous les hôpitaux allemands et anglais.

M. *Depaul* trouve superflue la création à l'amphithéâtre de Clamart d'un laboratoire déjà existant à l'École de Médecine, où il est accessible à tous les élèves.

M. *Clémenceau* insiste en faveur de l'établissement du laboratoire proposé.

M. *Marmottan* appuie l'opinion de M. Clémenceau.

A la suite de ces observations, les conclusions du rapport de M. Trélat sont adoptées.

— *L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques* tiendra sa première séance générale de 1873, sous la présidence de M. Hyppolyte Passy, au siége de la *Société d'encouragement*, 17, rue de l'Abaye.

L'ordre du jour porte : Lecture de M. Pujos sur les législations anciennes relatives à l'ivresse ; — communication de M. Lunier sur la production et la consommation des boissons.

Hospice de la Salpêtrière. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses.* — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses leçons le dimanche 2 mars, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Association générale. — Voici la liste des dons faits à l'Association générale des médecins de France depuis le 1er janvier 1873 :

Association générale : M. Henri Roger, 100 fr.; legs fait par M. le docteur Filasssier, 2000 fr.

Caisse des pensions : MM. Henri Roger, 300 fr.; Piogey, 100 fr.; Boutin, 200 fr.; Géry, 272 fr.

Sociétés de Vitry-le-François, 31 fr.; de Senlis, 25 fr.; de Toulon, 100 fr.; de l'Isère, 58 fr.

Société centrale : M. de Robert de Latour, 300 fr.

Travail des enfants dans les manufactures. — Nous extrayons ce qui suit d'un article du Journal officiel sur les *manufactures dans la province de Liége.*

« La Société d'Ougrée a inauguré un nouveau système d'instruction pour les jeunes ouvriers qui ne travaillent que depuis une heure jusqu'à six heures. Ces enfants arrivent à dix heures et reçoivent une demi-heure de leçon; ils se rendent ensuite à la gymnastique, y restent une heure, puis reçoivent encore une demi-heure de leçon, soit une heure de gymnastique et une heure de classe partagée en deux séances pour ne pas fatiguer l'attention des élèves. A la condition de se conformer à ces prescriptions, les jeunes ouvriers qui ne travaillent qu'une demi-journée sont payés de la journée entière. La même faveur est accordée à ceux qui travaillent de six heures à midi et qui, dans l'après-midi, prennent les deux heures de leçons et de gymnastique. »

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 15 au 21 février 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 59. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 267. — Affections chroniques, 364 (1). — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 16. — Total, 889.

Londres : Décès du 9 au 15 février 1873, 1620. — Variole, 3 ; rougeole, 12 ; scarlatine, 8 ; fièvre typhoïde, 24; érysipèle, 8; bronchite, 307; pneumonie, 86; diarrhée, 12; diphthérie, 7; croup, 20 ; coqueluche, 61.

Bruxelles : Décès du 2 au 8 février 1873, 112. — Rougeole, 4; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 2; croup et angine couenneuse, 2; bronchite et pneumonie, 18; entérite et diarrhée, 5.

Rome : Décès du 3 au 9 février 1873, 169. — Variole, 2; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 7; érysipèle, 1; bronchite, 8 ; pneumonie, 20; diphthérie et croup, 11.

Florence : Décès du 9 au 15 février 1873, 95. — Variole, 4 ; rougeole, 3; fièvre typhoïde, 3; pneumonie et bronchite, 9; diphthérie, 4; croup, 2.

(1) Sur ce chiffre de 364 décès, 182 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Lille : Décès du 16 au 31 janvier 1873, 190. — Variole, 1 ; rougeole, 8; fièvre typhoïde, 9; bronchite, 23; pneumonie, 9 ; diarrhée et entérite, 19.

Paris. — Sommaire. Société de biologie : Structure des tubes nerveux; régénération des tubes nerveux : Ranvier. — Guérison de la paralysie due au mal de Pott : Charcot. — Chambre des communes : The agricultural children's bill. — Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales. — **Travaux originaux.** Médecine pratique : Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Sociétés savantes des départements. — **Revue des journaux.** — De la céphalalgie chez les enfants. — **Bibliographie.** Traité des maladies de la peau. — Index bibliographique. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire chez les anciens.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité des maladies du cœur, par A. Friedreich, traduit par les docteurs Lorber et Doyon. 1 vol. in-8° cart. — Adrien Delahaye. 10 fr.

Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique), par le docteur Henri Fremy. In-8°. — Adrien Delahaye. 3 fr.

Traité d'histologie pathologique, par le docteur Édouard Rindfleisch. Traduit sur la seconde édition allemande et annoté par le docteur F. Gross. 1 vol. gr. in-8 de IV-740 pages avec 260 figures intercalées dans le texte. J. B. Baillière et Fils. 14 fr.

Annuaire pharmaceutique fondé par O. Reveil et L. Parisel, ou Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par le docteur C. Méhu. 11e année, 1873. J. B. Baillière et Fils. 1 fr. 50

Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est-à-dire au point de vue de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité, par Justin Treille (d'Aubusson). In-8 de 84 pages. J. B. Baillière et Fils. 2 fr.

Traité pratique de la pustule maligne, par le docteur Léon Raphaël. In-18 de 24 pages avec 1 tableau. J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire chez les anciens, par A. Anagnostakis. In-4 de 45 pages avec figures intercalées dans le texte. 1872. J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Anatomie et physiologie de la vessie au point de vue chirurgical, par le docteur A. Mercier (de Neuchâtel). Gr. in-8 de 86 pages. J. B. Baillière et Fils. 2 fr.

La syphilis dans ses rapports avec le mariage, par le docteur Edmond Langlebert. 1 joli vol. in-12. A. Delahaye. 3 fr. 50

Leçons d'hygiène, contenant les matières du programme officiel adopté par le ministère de l'instruction publique pour les lycées et les écoles normales, par le docteur Riant. 1 beau vol. in-12 de 600 pages. A. Delahaye. 6 fr. — Avec un joli cartonnage 6 fr. 50

De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche, par le docteur Ducastel. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

De l'emploi du ballon à air dans les accouchements, par le docteur Vinay. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Petit essai philosophique de médecine pratique à l'adresse des gens instruits, par le docteur Émile Chavée. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 5 fr.

De la conservation dans le traitement des fractures compliquées, par le docteur Georges Poinsot. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 6 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGTIÈME ANNÉE. N° 10. 7 MARS 1873.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 6 mars 1873.

Académie de médecine : L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. LA QUESTION DU SULFATE DE CINCHONINE : DOCUMENT.

L'inspectorat des eaux minérales.

Nous partageons entièrement l'avis de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS : on a fort « exagéré l'importance » de la discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine, et il ne s'agit, «si l'on veut être franc», que d'une question «professionnelle». C'est précisément ce que nous avions dit. Et c'est pour montrer à M. Guérin (puisqu'il est le seul adversaire que nous rencontrions à l'Académie), c'est pour lui montrer que « l'extension de son argumentation » ne peut être aucunement favorable à sa thèse; c'est pour faire rentrer le débat dans ses vraies limites, que nous nous sommes appliqué à rendre évidente la légitimité d'un inspectorat des eaux minérales, à moins d'un bouleversement total de notre organisation et de notre législation administratives.

Sur quoi doit porter l'inspection dans un établissement thermal? M. Fauvel l'a dit dans son premier discours. Nous reconnaissons sans peine que l'énumération des attributions de l'inspecteur n'est pas longue dans la loi de 1860, qui, à cet égard, est conçue en termes assez élastiques; mais c'est là justement son mérite. Une surveillance exercée « sur toutes les parties de l'établissement affectées à l'administration des eaux et au traitement des malades, ainsi que de l'exécution des dispositions qui s'y rapportent », c'est une action suffisamment définie et suffisamment large, quand on n'y ajouterait pas une autorité presque directe sur les employés. Or, cette action est évidemment d'ordre médical. Laissons l'ingénieur à ses fonctions techniques; qu'il dise, s'il le sait, quelle cause diminue le rendement d'une source, quels sondages pourraient l'augmenter, quels mouvements de terrain il importe d'interdire aux alentours, quels sont les meilleurs moyens de captage, de conservation, de distribution; qu'il invente des machines, des pompes, des réservoirs, des robinets. Mais c'est le médecin seul qui peut connaître de l'appropriation des moyens aux buts multiples du traitement thermal; qui peut juger de la bonne ou mauvaise disposition des baignoires, des cabinets, des vestiaires, des tuyaux, des piscines, des étuves; qui peut apprécier en parfaite connaissance de cause la manière dont sont exécutées les prescriptions, ou découvrir et empêcher certains abus dont a parlé M. Fauvel et qu'avaient déjà signalés plusieurs inspecteurs. Dispensez-le, si vous le voulez, de veiller à l'embouteillage de l'eau, au respect des numéros d'ordre ou à quelque autre menu détail du service; ce n'est pas nous qui nous y opposerons, bien qu'il soit facile de rappeler à quels offices autrement minutieux et aussi peu relevés sont parfois astreints les *médecins-directeurs* des asiles d'aliénés. Il saute aux yeux que ces soins inférieurs ne sont, dans les fonctions de l'inspectorat, qu'une annexe rendue nécessaire par l'impossibilité d'en faire une sinécure pour un préposé spécial.

L'inspectorat devant être médical, vaut-il mieux qu'il fonctionne sur place et en permanence, ou qu'il s'exerce seulement par des visites plus ou moins rapprochées?

La création d'inspecteurs régionaux aurait pour avantage de supprimer cette pomme de discorde qu'on accuse l'État de jeter dans les établissements, et que, pour notre part, nous ne demanderions pas mieux que de voir disparaître, si c'était possible sans inconvénient. Dans cinq ou six villes de France, ou dans la capitale seulement, résideraient cinq ou six fonctionnaires (c'est un chiffre qui a été mis en avant) chargés de la surveillance des établissements réunis en autant de circonscriptions; chacun d'eux tomberait, non plus annoncé que la foudre, dans tel ou tel établissement de son ressort, le visiterait avec soin et y recevrait, s'il y avait lieu, les plaintes des médecins ou des buveurs. Ces inspections intermittentes, nous l'avons déjà dit à propos des pharmacies, nous en suspectons en général la vertu, surtout quand elles sont rares, du moins relativement. A quel nombre moyen de stations ce chiffre supposé de six inspecteurs ferait-il ressortir chaque circonscription ? Le compte est difficile à faire, puisque c'est le taux du revenu de l'établissement qui décide de l'opportunité d'une inspection, et que c'est là une base sujette à variations. Nous présumons une centaine, soit un inspecteur par vingt stations. De plus, si l'on comprend assez bien, dans le système actuel, la suppression du rouage et des dépenses de l'inspectorat dans un établissement dont le revenu est inférieur à 1500 francs, on ne saurait l'admettre dans un système plus général qui aurait pour but le maintien de la bonne renommée et la prospérité croissante de l'hydrologie française. A moins de beaucoup d'activité et de beaucoup de frais de déplacement, il nous semble que l'*image de l'autorité* aurait quelque peine à faire sur tous les points de son royaume de fréquentes apparitions. Cette image, nous l'avons dit, devrait se présenter, non sous les traits d'un ingénieur ou de quelque autre agent de l'État chargé déjà d'une autre fonction et pouvant, comme on dit, faire d'une pierre deux coups, mais sous les traits d'un médecin. Or, un médecin ayant accepté de telles fonctions, surtout s'il a dans son ressort de ces établissements *ouverts toute l'année* qui peuvent se multiplier, compter sur son dévouement et le payer peu ce ne serait pas pratique; il faut, en toute justice, lui faire, par son traitement, une position indépendante. Voilà donc de nouvelles places à créer et un assez gros chiffre à inscrire au budget de l'État. Que si la dépense est laissée, comme aujourd'hui, à la charge des établissements, l'inspectorat étant généralisé, tous les établissements de France devraient en supporter leur part; ce qui entraînerait sur ce point le remaniement de la loi, — chose légère, assurément, — mais ce qui aussi pourrait présenter d'assez grandes difficultés d'application. Si enfin nous faisons

remarquer qu'il resterait à pourvoir par d'autres voies au service de l'assistance publique; que le corps des inspecteurs ne pourrait plus guère participer directement à l'étude scientifique des eaux et de leurs vertus curatives; que, surtout, nombre d'établissements de médiocre importance, où la présence d'un médecin inspecteur offrant des garanties spéciales et qui pourrait en offrir davantage, comme nous le dirons plus bas, sollicite la confiance publique, décide les confrères à y diriger des malades et crée ainsi la vogue de la station, cesseraient de jouir de cet avantage, nous aurons résumé les principaux reproches qu'on peut faire au système de l'inspectorat intermittent.

Passons à l'inspectorat sédentaire. Peut-il être efficacement exercé par une commission formée de tous les médecins de la localité? La première condition serait qu'il y eût dans la localité plusieurs médecins, ce qui n'arrive pas toujours, même dans les stations soumises à l'inspectorat. Y en eût-il deux, qu'on n'en pourrait former sérieusement une commission, dont l'un des membres présiderait l'autre. Supposons cinq, six médecins ou davantage. Comme le précédent, ce mode atténuerait le conflit professionnel, mais sans le supprimer entièrement. C'est ce que l'orateur de mardi dernier s'est appliqué à établir. Tous les membres de la commission ne peuvent être simultanément inspecteurs, ce qui n'aboutirait qu'à la vexation et à l'anarchie; un président serait nommé, qui serait chargé de la surveillance. L'autorité dont il serait investi, il pourrait et il devrait l'exercer contre ses confrères mêmes, en cas d'abus de leur part. Ce serait désagréable. Pourtant, il faut reconnaître qu'on plierait plus aisément sous une loi qu'on aurait faite, et que M. Hardy a un peu dépassé les besoins de sa cause quand il a assimilé la situation présente d'un inspecteur de l'État à celle d'un président de commission, même plusieurs fois réélu. Tous deux sont privilégiés, mais à des titres bien différents. Seulement il faut tenir compte de deux considérations dont, à leur tour, ne paraissent pas se préoccuper suffisamment les amis des commissions. L'inspectorat dérive de la responsabilité de l'État; l'État responsable, d'où que lui viennent les inspecteurs, a le droit de se les subordonner. S'il exerce ce droit, le président de commission sera inspecteur au même titre que l'inspecteur du régime actuel; il sera tenu des mêmes obligations et sera sous la même dépendance. De plus, et voici qui diminue beaucoup l'intérêt de la combinaison, rien n'est plus aisé que d'imaginer une variété d'inspecteur, n'appartenant pas au groupe des médecins de la station et néanmoins tout à fait semblable à la variété locale devant la liberté, l'égalité et la fraternité. Puisque le privilége tient, d'une part, à l'attache gouvernementale, d'autre part, à la durée indéfinie des fonctions, il suffirait, pour le faire cesser ou pour le rendre l'équivalent du privilége d'un président de commission, que l'inspecteur fût élu hors de toute ingérence de l'État, et ne fût sédentaire que pour un temps déterminé; car nous ne supposons pas que le libéralisme pousse exclusivement sur le sol des stations thermales, et nous ne comprendrions pas qu'il commandât, quand il s'agit de pourvoir à des fonctions honorables et délicates, de prendre et les électeurs et les élus parmi quelques confrères, trop souvent désunis, dont tout le droit après tout consiste à avoir apporté leurs malles dans la localité, plutôt qu'à une réunion de confrères purs de tout intérêt « balnéaire », et libres vis-à-vis de l'État. Dix ou quinze médecins ont jugé à propos de venir chercher fortune dans une station. Parce qu'ils ont pris là un appartement pour trois mois, les voilà investis du droit de désigner le surveillant de l'établissement! Pourquoi? Quelle garantie apportent-ils à l'État? Qui oblige l'État à les accepter? Le surveillant qui leur sera envoyé de Paris ou d'ailleurs, aura comme praticien, les mêmes droits qu'eux d'installation et d'exercice, et il ne sera pas, comme inspecteur, plus privilégié que l'inspecteur de la commission, s'il est élu librement par d'autres confrères (1).

Et ceci nous conduit au second mode d'inspectorat sédentaire, qui est le mode actuel. Sous le bénéfice d'un changement dans le mode d'élection des inspecteurs, la nécessité de l'inspectorat étant toujours reconnue (comme elle l'est de fait par presque tout le monde), nous ne voyons plus quel genre d'infériorité on pourrait trouver au système qui permet le mieux d'atteindre le but même de la fonction, en instituant la surveillance directe et continue, et en assurant aussi des soins éclairés dans toutes les stations de quelque importance. Les malades iront de préférence à l'Inspecteur! voilà la plaie. Il est fâcheux sans doute qu'on ne trouve pas pour ces fonctions presque gratuites des médecins sans malades; mais si, prenant de rares exceptions pour la règle, vous supposez les baigneurs assez peu soucieux de leur santé, eux qui vont la chercher si loin, pour ne prendre sur le chapitre des garanties médicales aucune information préalable, ils en trouveront, des informations, plus qu'il ne convient auprès de ces agents des hôteliers qui assaillent les voyageurs à la descente des voitures, à la gare, dans les vagons même et souvent à 15 ou 20 kilomètres de la station. Ce qu'a raconté sur ce point M. Hardy est d'une parfaite exactitude. Que si ces voyageurs avisés ne se laissent pas séduire, ils s'adresseront peut-être à l'inspecteur, s'il y en a un; mais ils s'adresseraient également au président de la commission, qui serait l'inspecteur annuel. En réalité, les malades vont au confrère désigné par leur médecin habituel, qui n'a aucune disposition particulière à favoriser l'inspecteur, et celui-ci, dans un très-grand nombre de stations, est loin de tenir la tête de la clientèle.

Non, la seule question qui importe ici, c'est, comme nous le disions à l'instant, le mode de nomination appliqué à l'inspectorat. A cet égard, nous partageons encore l'opinion de M. Hardy. Les bons résultats qu'on attendrait du concours sont illusoires. Mieux vaut, à beaucoup près, l'élection. Le conseil d'hygiène qui, par la nature de ses fonctions, conviendrait si bien à cette œuvre, et dont l'élément médical offre toutes garanties, a deux graves défauts à nos yeux: c'est de procéder lui-même de nominations ministérielles, et d'être composé en majorité de fonctionnaires étrangers à la médecine et relevant du ministre. Nous pencherions avec l'orateur vers l'Académie ou, pour simplifier, vers une grande commission académique, composée, par exemple, de plusieurs sections, comme celles d'hygiène, de thérapeutique et de pathologie interne, et nous lui confierions exclusivement la nomination, conséquemment sans double liste. De plus, nous regarderions comme utile qu'il fût établi parmi les inspecteurs une sorte de hiérarchie,

(1) Nous avions dit que le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE, M. de Ranse, avait proposé de soumettre les commissions locales à une sorte de grand conseil de discipline ou d'épuration. Notre excellent collègue explique, dans son dernier article, que, l'opération étant déjà faite dans les sociétés médicales, elle ne serait pratiquée, dans les commissions médicales, qu'à l'égard de confrères non encore membres de sociétés savantes ou associations médicales. Ce soin serait confié, par exemple, à la Société d'hydrologie.

qui ne fait pas tout à fait défaut, mais mieux établie, ayant pour base la division actuelle des établissements thermaux en plusieurs classes, et que cette hiérarchie devint la règle de déplacements successifs des titulaires.

Pour conclure, si nous étions obligé, devant les dispositions de l'Assemblée nationale, de classer par ordre de mérite les solutions possibles, nous le ferions de la manière suivante : 1° des inspecteurs médecins appointés à 800 francs et ne pratiquant pas, sorte de *merles blancs* ; 2° des inspecteurs médecins pratiquant, élus par l'Académie ; 3° des inspecteurs régionaux ; 4° des commissions médicales.

A côté de ces questions essentielles s'en présentent d'autres, moins importantes, mais qui s'y rattachent directement et ont été surtout soulevées par M. Gubler et par M. Hardy. Nous y reviendrons. A. D.

La question du sulfate de cinchonine : document.

Nous devons à l'obligeance de M. Edward Nicholson, médecin militaire anglais au service de l'armée des Indes, un document relatif aux alcaloïdes du quinquina, et auquel un travail, encore récent, de M. Briquet donne un intérêt particulier. Avant de faire connaître ce document, qu'on nous permette de rappeler l'état de la question.

Dans la séance du 1er octobre 1872, M. Briquet, avec la patiente habileté qui lui est familière, a prononcé devant l'Académie de médecine l'éloge de la cinchonine.

Une question « d'économie nécessaire et même indispensable à notre époque » devait, disait-il, engager les médecins à se retourner vers le second des alcaloïdes du quinquina et à lui demander les services qu'on achète actuellement à la quinine.

De ses propres expériences, il résulte que la conchonine a sur le cœur et sur l'encéphale une action dans le même sens que celle de la quinine, mais que cette action est moins forte.

De sa propre expérimentation clinique, il résulte en outre que, sur 22 fièvres intermittentes qu'il a traitées avec la cinchonine à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme, 9 seulement ont été coupées.

Dans 11 cas le premier accès a eu lieu ; le plus souvent il était moins fort, plus court et plus retardé que les précédents, et le second accès a manqué.

Chez un malade, la fièvre n'a été arrêtée qu'après cinq accès.

Chez un autre, elle ne fut arrêtée qu'au sixième accès.

Dans un tableau général qui présente le relevé de tous les cas où le résultat de la médication par la cinchonine a été noté et publié par les médecins civils ou militaires, on voit que cet alcaloïde a donné 874 guérisons et 22 insuccès, résultat plus satisfaisant que celui qu'a obtenu M. Briquet lui-même. Mais à côté de ces chiffres il est bon de remarquer que M. Montard-Martin, sur 20 malades qu'il a traités, a eu 12 insuccès. Mayer (de Rome) a eu 3 insuccès sur 4 cas. Enfin, M. Bouchardat regarde la cinchonine comme plus toxique que la quinine, et Michel Lévy, dans un rapport au conseil de santé des armées, conclut à la proscription de la cinchonine en raison des dangers que présente son administration.

De tous ces faits, M. Briquet conclut que la cinchonine a une action moindre que la quinine, mais une action très-réelle et très-suffisante. Il refuse en outre de croire aux propriétés toxiques de cette substance, sous prétexte que la cinchonine est un produit moins élaboré que la quinine, alléguant que si les propriétés toxiques étaient plus grandes, les propriétés thérapeutiques le seraient également.

Le parallélisme des propriétés toxiques et des propriétés thérapeutiques est possible, mais la démonstration de son existence n'est pas simple affaire de logique.

Une substance n'a pas nécessairement sur l'organisme une influence moins grande que telle autre, parce qu'elle est moins oxydée qu'elle ; la cinchonine a pour formule $C^{40}H^{24}Az^2O^2$, la quinine $C^{40}H^{24}Az^2O^4$, d'accord ; mais cela ne préjuge rien des propriétés de l'une ou de l'autre ; cela ne fait supposer qu'une chose, c'est ainsi que l'avait fait remarquer le professeur Gubler il y a longtemps, que la quinine se forme sans doute avec les progrès de la végétation aux dépens de la cinchonine, « ce qui semble d'autant plus vraisemblable que les écorces des quinquinas gris, plus chargées de cinchonine, sont plus petites et appartiennent à des branches plus jeunes que celles des quinquinas jaunes où prédomine la quinine (Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 276).

Enfin, les effets physiologiques d'une substance n'impliquent pas nécessairement ses effets thérapeutiques.

Éliminer parmi les effets physiologiques tous ceux qui ne sont pas thérapeutiques, c'est-à-dire qui ne sont pas en rapport avec le but particulier que se propose le médecin, guérir le malade, c'est précisément là ce qui constitue l'art thérapeutique : ce ne sont pas les corps en présence desquels l'économie réagit le plus violemment, ceux en un mot qui ont les effets physiologiques les plus intenses, qui sont les meilleurs agents thérapeutiques ; ce sont ceux dont les effets physiologiques sont le plus conformes à l'effort qu'on se propose de solliciter.

Cela est si vrai que la cinchonine, qui donne comme phénomènes physiologiques des nausées et de la céphalalgie plus fortes que ne fait la quinine, guérit moins bien la fièvre intermittente ; mais elle donne aussi moins de bourdonnements d'oreille, moins de troubles visuels, moins de sédation circulatoire et calorifique, phénomènes physiologiques que j'appellerai utiles, c'est-à-dire indiquant sur les centres nerveux une action dans le même sens que celle que les phénomènes pathologiques qu'on veut guérir semblent nécessiter.

C'est donc à tort, selon nous, que M. Briquet, au nom d'un principe général, reproche à MM. Bouchardat et Michel Lévy de dire que les effets physiologiques de la cinchonine sont plus prononcés et plus nuisibles que ceux de la quinine, tandis que les effets thérapeutiques sont plus faibles. C'est à tort qu'il regarde cette antithèse comme impossible.

Bien qu'elle arrête moins bien la fièvre intermittente et les phénomènes congestifs (névralgies congestives, etc.), la cinchonine tue plus rapidement les vers et les animaux à sang froid (Gubler), elle est plus toxique pour ces animaux, mais moins thérapeutique pour l'homme ; c'est là ce qui intéresse le médecin.

Ses phénomènes physiologiques : mal de tête avec constriction des tempes, faiblesse musculaire, défaillances, pâleur de la face, nausées et vomissements, débutent, il est vrai, de quinze à trente minutes seulement après son ingestion (Montard-Martin) ; mais la durée de ses effets est également abrégée. « Ceci me semble prouver que la cinchonine se répand plus vite dans tout l'organisme ou qu'elle est moins dissimulée dans le sang, et qu'elle se présente tout à coup aux centres nerveux à dose

plus massive, mais que son élimination ou sa destruction, ayant lieu plus rapidement aussi, permet un prompt retour aux conditions normales. » (Gubler, *Op. cit.*, p. 596.)

Nous le répétons donc, parce qu'il y a là une question de principe qui a son importance, les phénomènes physiologiques n'entraînent pas nécessairement avec eux les phénomènes thérapeutiques.

La présence de documents contradictoires sur l'emploi de la cinchonine rend jusqu'à un certain point nécessaire l'appoint de renseignements nouveaux; mais si l'on veut des renseignements importants sur l'action des médicaments dans la fièvre intermittente, puisque c'est elle surtout qu'on a mise en cause, c'est dans les contrées autres que la nôtre qu'il les faut chercher.

Déjà la Gazette hebdomadaire (n° 42, 18 octobre 1872) a rappelé les expériences qui ont été entreprises sur une vaste échelle, sous les auspices du gouvernement de l'Inde, sur les divers alcaloïdes du quinquina et notamment la cinchonine.

Le *Medical Times* avait fait allusion à ce rapport sans le publier; ce journal se bornait à dire que 2472 fiévreux traités par les divers alcaloïdes du quinquina n'avaient donné que 27 insuccès. Les divers alcaloïdes étaient rangés par ordre de mérite dans l'ordre suivant: 1° quinine, 2° quinidine, 3° cinchonidine, 4° cinchonine.

Il est regrettable que ce rapport n'ait pas été publié, d'autant plus que tous les médecins de l'Inde ne semblent pas d'accord sur les résultats obtenus. Il en est là comme ailleurs de l'accord des observateurs entre eux.

Voici maintenant le document qu'a bien voulu nous transmettre M. Ed. Nicholson. On y trouvera des renseignements précieux au sujet des matériaux de l'enquête dont nous venons de parler.

« Le gouvernement possède dans les Himalayas, nous écrit notre distingué confrère, de belles plantations de quinquina qui donneront dans trois ou quatre ans de superbes récoltes d'écorce. Malheureusement il a pris une mauvaise voie.

» Au lieu de vendre son écorce et d'acheter des alcaloïdes à des prix rabaissés par l'abondance même de l'écorce sur le marché, il fait fabriquer sur lieu des alcaloïdes *mixtes*.

» Cette préparation ne contient que 18 à 20 pour 100 de quinine. Le reste est un mélange de cinchonine et de cinchonidine.

» Son prix est peu élevé (2 francs 50 à 3 francs l'once de 28 grammes) comparé à la quinine (6 francs l'once), mais encore supérieur au prix que devrait être celui de cette substance mixte, ainsi que le montre le calcul suivant:

» 4/5 d'once de cinchonine à 1 franc 20, soit 1 franc; 1/5 d'once de quinine à 6 francs, soit 1 franc 20; soit la substance *mixte*, 2 francs 20 et non 2 francs 50 ou 3 francs.

» Cet alcaloïde mixte doit être donné à une dose de 50 pour 100 plus forte que la quinine.

» Quant à la cinchonine pure, elle guérit seulement les fièvres *peu fortes* (à la dose de 1gr,50, tandis que la quinine se donne à la dose de 60 centigrammes en moyenne). La cinchonine a l'inconvénient de donner des nausées. On ne veut pas s'en servir pour les soldats blancs. Pour les fièvres rebelles, la cinchonine, la cinchonidine, la quinidine, échouent *souvent*, même à forte dose, tandis que la quinine à dose *maximum* de 1gr,50 réussit *toujours*. »

Cette lettre concorde parfaitement avec la plupart des observations déjà publiées en France; elle semble moins enthousiaste que le rapport officiel.

Relativement à l'avenir *commercial* du quinquina, le docteur Nicholson ajoute:

« La récolte annuelle n'est à présent que de 40 à 50 000 kilogrammes, mais les arbres sont encore trop jeunes; elle s'accroîtra énormément dans quelques années. On compte que l'écorce coûte à peu près 70 à 75 centimes le kilogramme, et vaut 1 franc 30 au plus. Le kilogramme donnera de 20 à 50 grammes d'alcaloïdes, selon la qualité. »

D'après ces renseignements, l'avenir serait moins inquiétant qu'on ne le croit généralement.

Dr A. Bordier.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur *Béhier*. — Cas de pachyméningite. — Leçon recueillie par H. Liouville, chef de clinique, et Straus, chef de clinique adjoint.

Messieurs, vous m'avez entendu porter, au lit n° 29 de la salle Sainte-Jeanne, un diagnostic que plusieurs d'entre vous auront peut-être jugé un peu hasardé et que néanmoins l'autopsie vient de confirmer, comme vous pourrez vous en assurer tout à l'heure par l'examen des pièces qui vont vous être soumises. Mais auparavant je désire justifier cliniquement le diagnostic que je me suis cru autorisé à formuler, et exposer rapidement devant vous les procédés intellectuels qui ont permis d'être précis dans ce cas obscur de pathologie cérébrale. Voici en quelques mots l'histoire de notre malade:

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante ans, batteur d'or, entré dans nos salles le 23 janvier 1873 et que nous examinions le lendemain. Par le fait même de sa profession, il n'a jamais manié ni le plomb ni le mercure; pas d'antécédents syphilitiques; mais le malade avoue avoir quotidiennement abusé des alcooliques. Depuis l'âge de quinze ans, dit-il, il est atteint d'un tremblement incessant et que nous retrouvons au moment de l'examen; il déclare aussi avoir perdu la mémoire et avoir souffert habituellement d'une douleur de tête assez intense.

La physionomie de cet homme est étrange, altérée; la vieillesse est chez lui anticipée; son regard est indécis, ses réponses lentes, confuses, peu intelligentes; la langue est lourde, embarrassée, mais non paralysée; ses membres, surtout les membres supérieurs, sont agités par un tremblement particulier, continuel, rhythmique, mais qui ne présente point la forme caractéristique de la paralysie agitante. Le membre droit offre en outre un certain degré de contracture et résiste quand on veut l'étendre. Les mouvements de totalité sont possibles, quoique difficiles; ce qui est défectueux chez lui, ce sont surtout les mouvements de détail, qui exigent une certaine précision, telle que l'action d'ajuster, d'écrire, de se raser, etc.

La veille, au soir, il paraît avoir présenté un certain degré d'excitation, d'agitation et de subdélire avec selles et urines involontaires; enfin, lorsqu'on explore la sensibilité cutanée, on la trouve conservée, et même la cuisse gauche est le siége d'une hyperesthésie singulière et limitée. Pas d'élévation de température ni d'accélération notables du pouls. Rien au cœur; faiblesse du murmure respiratoire à droite, avec quelques râles ronflants disséminés.

Lorsque j'eus constaté avec soin ces différents symptômes, sur quoi me suis-je fondé pour en tirer le diagnostic que vous m'avez entendu formuler?

Et d'abord, considérant les troubles cérébraux, nous voyons que l'intelligence n'est point pervertie, elle n'est pas non plus totalement abolie, mais on observe simplement un certain degré d'*obtusion;* la mémoire surtout a fléchi; les réponses sont lentes et paresseuses, mais son langage n'offre point l'hésitation et le bégayement caractéristiques de la *paralysie générale des aliénés;* il ne s'y joint du reste aucun délire vrai, point de manie ou d'idées ambitieuses; rien de semblable n'a été observé à aucune période de la maladie, rien de semblable n'existe en ce moment.

En outre, les troubles de la motilité permettaient pareillement, par une analyse attentive, de se former une opinion assez précise: le tremblement qui agitait notre malade consistait, en effet, en une série d'oscillations rhythmiques très-limitées et qui n'offraient ni l'amplitude ni la direction oblique qui caractérisent la *paralysie agitante.* Ce n'était pas davantage l'incertitude choréique des mouvements que l'on constate dans la *sclérose en plaques* (dont vous avez des exemples si remarquables dans nos salles) et qui ne se révèle qu'au moment du mouvement volontaire; le tremblement que nous avions sous les yeux avait tous les caractères du *tremblement alcoolique,* et les anamnestiques nous confirmaient dans cette interprétation. C'était là un renseignement utile, car l'observation clinique démontre que l'alcoolisme porte fréquemment son action sur le feuillet pariétal des méninges, sur la face interne de la dure-mère, où il produit des lésions déterminées. De plus, le malade n'était atteint d'aucune *paralysie localisée;* on pouvait par conséquent éliminer l'hypothèse d'une lésion par déchirure de la substance cérébrale avec formation d'un *foyer.* L'absence du délire rendait peu probable l'existence d'une altération inflammatoire de la couche corticale du cerveau, d'une encéphalite ou d'une périencéphalite primitive ou coïncidant avec une méningite. Les symptômes étaient ceux, non pas d'une *suppression,* mais d'une *oppression* de l'action du cerveau, si je puis me permettre cette distinction un peu vieillie, mais qui peint bien ma pensée. C'était là encore un nouvel argument en faveur de l'hypothèse d'une altération du feuillet non pas viscéral, mais pariétal, de la méninge. Ajoutez cette roideur des membres du côté droit, du supérieur surtout, cette hyperesthésie localisée et isolée, et vous verrez que nous pouvions nous baser sur tous ces caractères pour prononcer le diagnostic: *alcoolisme, pachyméningite* avec lésion plus prononcée du côté gauche.

Voilà pour le fond de la situation, si l'on peut ainsi dire; mais il y avait encore un autre point qu'il fallait expliquer. Le malade, en effet, avait éprouvé, d'après son propre récit, une exacerbation des symptômes dans ces trois derniers jours, exacerbation qui néanmoins ne parvenait pas à accentuer le processus et à le dessiner franchement; peu ou point de fièvre, à peine un peu de subdélire le soir, pas de vomissements; bref, aucun des signes si nets de la méningite franche. Je songeai donc à une poussée nouvelle vers la dure-mère ou l'arachnoïde pariétale, et c'était là une idée naturelle, car il est dans les allures de la pachyméningite de procéder par poussées successives et insidieuses.

Cette progression lente, sourde, perfide en quelque sorte, et sans grand éclat, est du reste un caractère particulier qui est commun à l'ensemble des altérations anatomiques que produit l'alcoolisme. Rappelez-vous en effet ce qui se passe dans le foie par l'action de cette influence et comment la cirrhose se développe dans cet organe. Le tissu conjonctif de la glande prolifère sourdement, sans fièvre, sans grande douleur locale; à peine existe-t-il un peu de malaise digestif et une sensation de tension et de lourdeur dans l'hypochondre droit; puis, à un moment déterminé, survient une poussée inflammatoire nouvelle qui comble la mesure en quelque sorte et achève d'obturer les vaisseaux jusque-là perméables; alors l'ascite se produit, le ventre se gonfle, et la lésion se démasque pour ainsi dire par la conséquence mécanique qu'elle entraîne. Il en est de même pour les troubles nerveux résultant de l'action de l'alcool. La première période, celle du début, est le plus souvent méconnue, et exige pour être soupçonnée une analyse souvent très-délicate. Un peu de maladresse dans les mouvements, une diminution de la mémoire, de l'humeur, de la propension à la colère, voilà tout ce que l'on peut constater tout d'abord; puis tout à coup la mesure déborde brusquement, une influence aiguë s'établit et le *delirium tremens* éclate. Pour un observateur superficiel, l'invasion a été brusque et soudaine, mais un médecin éclairé a su relever ces signes antérieurs peu accusés, et il n'ignore pas que le processus a été préparé lentement et progressivement. Tantôt, au contraire, comme dans le cas que nous examinons, après les mêmes troubles du système nerveux, vagues, peu exprimés et qui peuvent être méconnus, une hémorrhagie méningée éclate qui, à un examen inattentif, semble être le premier acte de la maladie, tandis qu'elle n'en est que le dernier fait et la terminaison.

L'auscultation, pratiquée à la hâte pour ne pas fatiguer le malade, nous avait indiqué une diminution du murmure vésiculaire et quelques râles disséminés dans le poumon gauche. Nous nous proposions de revenir sur cet examen le lendemain; nous n'en eûmes pas le temps, car le malade tomba dans le coma et succomba assez inopinément dans la nuit du 24. Voici les résultats de l'autopsie:

Autopsie, faite le 27 janvier 1873 par H. Liouville. — *Cavité crânienne.* — Le crâne se détache assez facilement; il est légèrement épaissi en arrière; en avant, quelques adhérences de la dure-mère avec le frontal. Par sa face externe, la dure-mère laisse apercevoir des vaisseaux gorgés de sang. On sent déjà, au niveau de la fosse temporale gauche, une tumeur dure et volumineuse, adhérant intimement à la dure-mère et correspondant au tiers moyen du lobe sphéroïdal du cerveau. En ce point, la face externe de la méninge paraît épaissie, tandis qu'en avant elle est comme érodée et réduite à sa trame fibreuse.

La face interne des os du crâne présente, du côté gauche, un état mamelonné et de petites rugosités existant au niveau des arborisations que dessine l'artère méningée moyenne. A la partie médiane de la face interne du pariétal gauche, on constate une sorte de cupule, à laquelle s'adapte exactement la tumeur méningée. Sur la face interne du frontal, on distingue une perte de substance de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de large, tapissée par une certaine quantité de moelle osseuse rosée.

Vue par sa face interne, la base du crâne, une fois les méninges enlevées, montre dans la fosse sphénoïdale gauche des dépressions résultant de pertes de substance qui ont creusé en avant du rocher des sillons profonds, dont un pourrait loger le bec d'une grosse plume d'oie.

Description de la tumeur. — C'est une masse intra-méningée, immédiatement placée sous la dure-mère. Elle mesure 9 centimètres de long et 5 centimètres de large, est ovoïde et excavée, d'apparence et de consistance comme osseuse, criblée de vacuoles et rappelant tout à fait l'aspect d'un os de sèche.

La dure-mère, qui tapisse la face externe de cette tumeur, est d'apparence normale; mais sur la face interne et tout au pourtour de la plaque ossiforme existe un véritable état cicatriciel, constitué par de fins tractus jaunâtres ocreux, traces de néomembranes hémorrhagiques.

La coupe de la tumeur, que l'on est obligé de pratiquer avec la scie, montre des alvéoles circonscrites par des parois dures, éburnées, de couleur jaunâtre ou grisâtre, offrant tout à fait l'apparence et la consistance osseuse. Ces alvéoles renferment un magma grisâtre caséeux.

Mais à l'examen microscopique on constate l'absence d'ostéoplastes au milieu de ces trabécules d'apparence osseuse. On a affaire à une tumeur résultant très-probablement d'anciens hématomes qui se sont calcifiés dans quelques points, caséifiés dans d'autres. Sur la limite de la production et sur sa face interne, on retrouve des néomembranes très-vasculaires et de coloration ocreuse, témoignant ainsi d'anciennes hémorrhagies.

Cerveau. — Hypérémie très-manifeste de la pie-mère avec un léger épanchement séreux; sur plusieurs points, surtout de la base du cerveau, le long des vaisseaux, on constate l'existence de granulations miliaires grises, à demi transparentes; c'est à leur niveau que l'hypérémie est surtout prononcée (méningite tuberculeuse).

A la face supérieure du cerveau, de chaque côté de la faux, les deux lobes sont recouverts de membranes très-épaisses qui se détachent tout d'une pièce; la face arachnoïdienne est blanc grisâtre et montre des granulations de Pacchioni très-développées; la face profonde, cérébrale

au contraire, est injectée et parcourue par de gros vaisseaux gorgés de sang.

La pie-mère, épaissie, s'enlève de la surface des circonvolutions sans l'exulcérer en aucun endroit ; c'est donc une méningite, mais non une méningo-encéphalite.

A l'extérieur du cerveau, on constate que les circonvolutions de la portion moyenne du lobe gauche présentent un volume moins considérable que celles du lobe droit ; elles sont légèrement aplaties, tassées, rapprochées les unes des autres. En pratiquant des coupes très-symétriques des deux côtés, on s'aperçoit que les régions moyennes du lobe gauche sont bien plus pâles que celles du lobe droit; elles sont anémiées, sans cependant que cela atteigne l'intensité qui touche au ramollissement. Cette modification de la circulation est également très-notable dans le corps strié, dans les noyaux intra et extra ventriculaires, qui, au lieu d'être rouge rosé, comme à l'état normal, sont devenus grisâtres.

Rien à la protubérance ni sur le cervelet.

Poumons. — Adhérences pleurales aux deux sommets. A la base du poumon gauche, entre les deux feuillets de la plèvre, végétation rouge, saillante, ressemblant à une réunion de crêtes de coq ou à un gâteau placentaire.

Le poumon de ce côté est farci dans toute son étendue de granulations grises tuberculeuses, les unes de la grosseur d'un grain de mil, d'autres agminées et ayant le volume d'un petit pois. Le poumon droit présente les mêmes lésions, mais moins accentuées.

Reins. — Ils présentent à la coupe un semis de granulations miliaires tuberculeuses, plus abondantes dans la substance corticale que dans les pyramides.

Le *foie* offre les mêmes lésions tuberculeuses, ainsi que l'*intestin grêle*, dont la muqueuse est parsemée de granulations miliaires et de petites ulcérations.

Vous le voyez, l'autopsie donne entièrement gain de cause à notre diagnostic principal ; c'était bien à une pachyméningite que nous avions affaire, mais à une pachyméningite arrivée à une période spéciale et présentant quelques particularités intéressantes. C'est d'abord cet épaississement ossiforme de la dure-mère qui rappelle assez bien, au premier aspect, ce que l'on a décrit sous le nom impropre d'ostéome de la dure-mère. Ces productions, en effet, ne nous paraissent pas devoir être rangées parmi les ostéomes; d'abord parce qu'il n'y a pas toujours de l'*os*; de plus, si nous comparons la lésion que nous venons de rencontrer à ces ostéomes, nous trouvons que ces altérations ossiformes, lorsqu'elles existent, siégent habituellement près de la faux du cerveau; notre production occupait au contraire la loge sphénoïdale. En outre, généralement les ostéomes sont peu étendus; la lésion que je vous montre tient une grande surface et elle se trouve au lieu d'élection pour les fausses membranes de la pachyméningite. Comme ces fausses membranes, la tumeur n'affecte aucun rapport avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde; comme ces fausses membranes, elle peut se séparer en plusieurs couches ou lames; et c'est entre ces feuillets qu'existent les petites loges renfermant un liquide blanchâtre, caséeux, de teinte légèrement ocrée, qui semble constituer le reliquat et le dernier terme de la métamorphose régressive d'une hémorrhagie ancienne.

Nous avons donc sous les yeux une phase spéciale de pachyméningite, celle dans laquelle les fausses membranes se sont rétractées, durcies ou plutôt calcifiées, et dans laquelle les anciens foyers hémorrhagiques ont subi une sorte de transformation kystique. C'est, en outre, à la résorption plus complète de ces foyers que doit être également rapportée la présence de ces excavations, de ces sortes de lacunes que nous observons à la face inférieure de ce produit pathologique. Enfin, il n'est pas jusqu'à cet aspect réticulé produit par les espèces de tractus fibroïdes qui n'accuse un travail de rétraction et des tentatives comme réparatrices, j'allais presque dire cicatricielles. Nous sommes ici en présence d'un processus que l'on ne constate à ce degré que très-rarement pour la dure-mère. Il est plus fréquent de trouver des plaques osséiformes ou calcaires dans certaines pleurésies que très-légitimement on pourrait alors appeler *pachypleurites*, et dont notre malade fournissait également un exemple qui ne doit pas nous échapper. Les fausses membranes de la plèvre gauche, en effet, sont pénétrées dans toute leur étendue par des vaisseaux multipliés qui leur donnent l'apparence que vous venez de voir et qui témoignent du travail pathologique dont elles étaient le siége.

Il s'agit donc ici d'un cas de *pachyméningite en voie d'incrustation calcaire.* Or, remarquez-le, c'est là une sorte de mode de guérison pour cette affection locale, ce qui ajoute un certain degré d'intérêt de plus à cet exemple. Il existe, en effet, peu de cas de guérison de pachyméningite dans la science : un exemple a été observé par Griesinger ; Fuchs, Bamberger et Göschler en ont rapporté d'autres, et déjà Bouillon-Lagrange avait fait connaître un cas de guérison d'hémorrhagie méningée.

Quelle est donc la nature de cette poussée insidieuse qui a enlevé notre malade ? L'autopsie nous le révèle pleinement. Dès l'ouverture du crâne, en voyant l'apparence des autres lésions siégeant sur le côté droit des méninges, on n'hésita pas à reconnaître l'existence d'une *méningite tuberculeuse*, caractérisée par une hypérémie intense de la pie-mère et la présence de quelques granulations miliaires le long des vaisseaux de cette membrane. De semblables granulations se retrouvent du reste dans les deux poumons et particulièrement dans le poumon gauche ; elles existent aussi dans le foie, dans les reins et dans les intestins.

La lésion qui a enlevé ce malade n'est donc pas, comme je l'avais cru pendant la vie, une nouvelle hémorrhagie qui se serait faite, soit dans l'intérieur de la fausse membrane méningitique, soit dans la cavité arachnoïdienne. Ce n'était même pas une poussée méningitique franche, mais une méningite tuberculeuse. De là la forme insidieuse de la maladie, qui a marché sans fièvre, sans vomissements et sans autres manifestations ordinairement plus accusées de la méningite aiguë. Même avec cette forme atténuée, cette phlegmasie nouvelle survenant chez un individu atteint déjà d'une lésion chronique des méninges et en outre de tubercules généralisés, rend suffisamment compte de la mort rapide et un peu imprévue de ce malade.

Vous voyez, messieurs, que le cas clinique dont il s'agit est une forme rare, quoique incontestable de pachyméningite. Vous voyez de plus quelle semble avoir été la cause réelle de la mort. Pour que vous puissiez tirer de ce fait particulier et insolite tous les enseignements qu'il renferme, je crois utile d'étudier avec vous quelques points de la pachyméningite ordinaire, normale pour ainsi dire et telle qu'on la rencontre habituellement dans la pratique, en insistant surtout, comme je cherche toujours à le faire, sur ce qui se rapporte le plus au malade que vous avez dû examiner. La description de la pachyméningite à titre de maladie délimitée est de date relativement récente ; elle a été étudiée à titre d'hémorrhagie méningée par Serres (*Annales méd.-chir. des hôpitaux*, 1819), par Tonnelé (*Journal hebd.*, 1819), par Littré (*Dict.* en 30 vol.), par King, par Lélut et par un assez grand nombre d'auteurs, parmi lesquels Boudet (1839), Rilliet et Barthez (*Gaz. méd.*, 1842, p. 705 et 723), et Legendre, de regrettable mémoire (*Recherches anat. path.*, 1846, p. 113).

Mais ce furent surtout les recherches de M. Baillarger (thèse, 1837, et Mémoires, 1847), qui contribuèrent à éclaircir la question. Ce fut alors que l'on commença à discuter sérieusement la nature et le mode de production des fausses membranes et des kystes hématiques qui se rencontraient dans ces cas d'hémorrhagies méningées.

Trois opinions différentes se firent jour successivement. Pour les uns (Rochoux, Rostan, Ribes, Ménière, Longet), le fait primordial de la maladie est l'hémorrhagie qui soulèverait, suivant ces auteurs, le feuillet pariétal de l'arachnoïde et donnerait ainsi naissance aux kystes hématiques, à l'hématome de la dure-mère ; la fibrine, en se coagulant, renforcerait seulement les parois du kyste.

Cette théorie « *du soulèvement du feuillet pariétal de l'arachnoïde* » cessa d'être acceptable quand M. Baillarger démontra

que, sous le caillot qui constitue l'hémorrhagie et sous le paquet pseudo-membraneux dont il semble faire partie, la surface séreuse de la dure-mère demeure intacte, se continuant sans interruption avec les surfaces saines. En outre, on objecta que, anatomiquement, ce feuillet dit séreux n'existe point et ne peut être isolé. En outre, il est des cas où la pseudomembrane est formée de quinze à vingt feuillets superposés (fait vérifié depuis par Virchow); il faudrait donc admettre l'existence d'un pareil nombre de feuillets sur la prétendue arachnoïde pariétale. C'était là autant de motifs pour ne pas accepter que les épanchements sanguins puissent se faire entre le feuillet fibreux et le feuillet séreux supposé de la dure-mère. Mais, pour M. Baillarger comme pour les auteurs précédents, l'hémorrhagie restait le fait primitif; seulement, cette hémorrhagie se faisait directement dans la cavité arachnoïdienne, et c'était la fibrine qui, en se coagulant, enkystait l'épanchement et produisait la fausse membrane. Cette manière de voir, qui constituait déjà un premier progrès, nous ne l'avions pas adoptée, M. Hardy et moi, dans la première édition de notre *Traité de pathologie interne*. Dans notre pensée, la fibrine ne suffisait pas à elle seule pour enkyster l'hémorrhagie, et nous avions émis cette opinion qu'une exsudation de lymphe plastique provenant de la séreuse enflammée par la présence du sang était, selon nous, la cause de la production de la fausse membrane qui enkystait l'épanchement par un travail ultérieur.

Une troisième opinion a été émise sur la valeur et sur l'origine des produits pseudomembraneux qui accompagnent l'hémorrhagie. Déjà Bayle avait entrevu cette coïncidence constante des fausses membranes et des hémorrhagies, et M. Calmeil, en 1826 et surtout en 1835 (*Dict. de médecine* en 30 vol.), avait avancé que l'hémorrhagie méningée est un phénomène postérieur à l'existence de la production pseudomembraneuse. Mais, quoi qu'on ait pu dire de l'autre côté du Rhin, c'est à notre maître vénéré M. Cruveilhier que, sur ce point comme sur tant d'autres en anatomie pathologique, on doit la saine interprétation des faits. C'est lui qui le premier établit, dans son Atlas d'anatomie pathologique, le véritable mécanisme du développement de ce processus. Plus tard, en 1856, il y revint dans son *Anatomie pathologique* (t. III, p. 516) et il montra que le fait primitif de l'hémorrhagie méningée est la formation de fausses membranes qui sont la source et non le résultat de la collection sanguine. Voici en effet le passage remarquable dans lequel il formule son opinion : « Ma » position de médecin de la Salpêtrière *m'a permis de démon-* » *trer que ces hémorrhagies arachnoïdiennes* avaient pour point » de départ une *phlegmasie pseudomembraneuse de l'arachnoïde* » *pariétale*, et voici ce qui se passe : En vertu d'une cause » difficile à déterminer, il se produit une fausse membrane » adhérente à la face profonde de la dure-mère et par consé- » quent au feuillet pariétal de l'arachnoïde, fausse membrane » qu'on ne rencontre jamais sur le feuillet viscéral arachnoï- » dien correspondant. Cette fausse membrane, tantôt est ma- » culée de sang, tantôt contient de petits foyers dans son » épaisseur. Quelquefois elle se lacère pour verser dans la ca- » vité arachnoïdienne une quantité plus ou moins considé- » rable de sang. C'est à cette *fausse membrane, source de* » *l'hémorrhagie*, qu'est dû l'enkystement du sang, et cet en- » kystement est fait aux dépens de la fausse membrane qui » s'organise sans contracter d'adhérences avec le feuillet vis- » céral de l'arachnoïde, tandis que le sang subit toutes les al- » térations qu'il présente dans les cavités closes. »

Ce passage, vous le voyez, ne peut laisser aucun doute; la théorie y est exposée complétement. Du reste, M. Cruveilhier a été plus loin : il a généralisé cette remarque sur la valeur hémorrhagipare des produits pseudomembraneux, et il a signalé le même fait dans les fausses membranes des plèvres, du péritoine et même du péricarde.

Cette opinion de M. Cruveilhier fut présentée en 1855 par M. Heschl, qui n'avait nullement connaissance des remarques de notre vénérable maître. Cet observateur joignit même des recherches sur le développement histologique des fausses membranes. M. Virchow, en 1856, confirma ces recherches et nomma pachyméningite interne la maladie qui précède l'hémorrhagie méningée et lui sert de gangue en quelque sorte. M. Brunet (thèse, Paris, 1859), M. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859), acceptèrent la réalité de ce fait. M. Schuberg (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 621) étudia avec grand soin les différentes phases de la maladie, et nul n'a mieux fait que lui à ce sujet. M. Hesse (de Gœttingue), M. Gindo Weber, ont adopté cette même opinion et développé tel ou tel point de cette doctrine. Vous consulterez encore avec grand fruit, sur ce sujet, l'excellent mémoire de MM. Charcot et Vulpian (*Gaz. hebd.*, 1860, p. 728, 789 et 821), un article de M. Lancereaux (*Archives de méd.*, 1862, t. XX, et 1863, t. I). Les discussions soulevées dans la Société anatomique à propos des communications de MM. Brouardel, Bouchereau et Liouville, et auxquelles prirent part MM. Laborde, Voisin, Besnier. Enfin vous trouverez d'utiles renseignements dans les thèses de MM. Pirotais (Strasbourg, 1863), Christien (Strasbourg, 1864), Pauvert (Paris, 1865), Pons, thèse écrite à propos d'une leçon que je fis à la Pitié sur un fait très-intéressant (Paris, 1868), Bertrand (Paris, 1868), Dugast (Paris, 1869).

Ces travaux ont confirmé cette opinion que la fausse membrane est antérieure à l'hémorrhagie, qu'elle occupe généralement la partie supérieure moyenne de la face interne de la dure-mère, qu'elle se compose de feuillets successivement développés sur la face profonde de la dure-mère, de telle sorte que le plus immédiatement en contact avec cette membrane, représente la sécrétion la plus récente, les autres feuillets résultant de sécrétions antérieures, et l'on en compte souvent cinq, huit et même parfois dix et vingt couches; enfin, ils ont prouvé que les kystes hématiques, les hématomes de la dure-mère, comme on les appelle, sont le résultat d'hémorrhagies ayant lieu entre les différents feuillets superposés par la rupture des vaisseaux de formation nouvelle qui se sont développés dans l'épaisseur du produit pseudomembraneux qu'ils pénètrent. Maintenant quelle circonstance donne naissance à ces hémorrhagies? MM. Charcot et Vulpian l'ont très-nettement indiqué. Ils ont montré, par un examen histologique très-complet, que ces vaisseaux très-fermes manquaient de membrane moyenne et subissaient en outre très-facilement une altération graisseuse de leurs parois. De là leur rupture très-facile. MM. Lancereaux et Potain (thèse de M. Dugast, p. 22) ont montré la vérité de cette observation qu'ils ont répétée.

Enfin, pour compléter ce qui a trait à ces produits pseudomembraneux, je dois ajouter que mon savant collègue M. Vulpian, dans une communication verbale, m'a affirmé avoir vu se développer des nerfs de formation nouvelle dans l'épaisseur de la production pseudo-membraneuse dont je viens de vous indiquer la formation et les conséquences.

Vous le voyez, messieurs, le mécanisme par lequel se développent ces produits n'a rien que de naturel. Comme dans la plèvre, comme dans le péricarde, une phlegmasie véritable fait développer lentement sur la face profonde de la duremère des produits pseudo-membraneux que pénètrent plus tard des vaisseaux de formation nouvelle dont la rupture facile cause les hémorrhagies enkystées ou répandues dans la cavité arachnoïdienne. Voilà, quant à moi, l'opinion que je crois seule acceptable, et le fait que nous venons d'étudier semble la confirmer, car l'apparence du produit que nous rencontrons à la surface de la dure-mère traduit tout à fait, comme je vous l'ai fait remarquer, les modifications que peut subir un dépôt pseudo-membraneux dans le sein duquel auraient eu lieu des hémorrhagies résorbées ultérieurement. Cette apparence calcaire est observée, notez-le bien, dans un certain nombre de dépôts pseudomembraneux de la plèvre.

Ce n'est pas, messieurs, que dans ces temps derniers on n'ait pas avancé quelques autres opinions. On est même re

venu à l'interprétation que nous avions donnée dans notre ouvrage, M. Hardy et moi. Ainsi M. Vulpian, en 1863 et 1864, a fait des expériences dans lesquelles, versant du sang dans la cavité arachnoïdienne des animaux qu'il mettait en expérience, il a vu un produit pseudomembraneux émanant de la séreuse circonscrire les bords du caillot par le même mécanisme que nous avions invoqué. M. Laborde, de même, a communiqué à la Société biologique des expériences dans lesquelles une piqûre ou une plaie faite à la dure-mère avait amené une hémorrhagie, on a trouvé un commencement de développement néomembraneux aux points où le caillot était en contact avec la séreuse. Enfin, M. Blachez (*Union médicale*, 1867) a communiqué à la Société des hôpitaux des faits qui pouvaient permettre une semblable interprétation. Quelque propension que je puisse avoir à soutenir une opinion que j'ai proposée autrefois, je ne puis accepter que ce mécanisme de formation puisse avoir une puissance suffisante pour expliquer le développement souvent si considérable de la pseudomembrane méningitique, pas plus que je ne puis voir dans ces produits le résultat de la concrétion de la fibrine, comme le voulait M. Baillarger. La fibrine du sang, notez-le bien, est, dans ce liquide, en trop faible proportion pour produire des masses aussi considérables que celles qu'on rencontre, et, du reste, comme tout élément qui cesse ses fonctions naturelles, la fibrine du sang, sortie des voies circulatoires, meurt et subit l'altération graisseuse qui prépare sa résorption. C'est ce qui existe, comme je vous l'ai montré, dans l'altération que nous avons rencontrée à la face interne de la dure-mère lors de l'autopsie du malade qui fait l'objet de cette leçon. Là vous avez vu la trace d'épanchements sanguins résorbés, lesquels ont laissé à leur place des lacunes et non de nouveaux noyaux de productions exubérantes. Dans tous ces cas, il faut donc accepter que la phlegmasie est primitive et que l'hémorrhagie n'est que consécutive. Au reste, l'examen des symptômes l'établit pour sa part. M. Schuberg, entre autres, a fort bien étudié ce point. On rencontre toujours une période d'une durée plus ou moins longue, dans laquelle existent ces désordres peu précis d'obtusion intellectuelle et de dépression du mouvement qui, vous l'avez vu, m'ont servi à établir l'existence d'un produit solide siégeant à la face interne de la dure-mère et comprimant le cerveau.

Ultérieurement survient la période terminale. Elle est caractérisée par un ictus apoplectique qui traduit l'hémorrhagie. Mais, sans entrer dans plus de détails, rappelez-vous bien que deux symptômes particuliers pourraient vous faire distinguer cette hémorrhagie de l'hémorrhagie cérébrale; ces deux symptômes sont la contracture survenant d'emblée et les convulsions. Vous trouverez ces deux signes toutes les fois que la cavité arachnoïdienne sera envahie par une hémorrhagie.

La mort est d'habitude la conséquence de la pachyméningite, que l'épanchement ait lieu à l'intérieur des fausses membranes en formant un kyste, ou que le sang se répande dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne. Dans ce dernier cas, la mort est encore plus ordinaire que dans le premier; cependant je vous indiquais tout à l'heure des faits de guérison. L'exemple que nous avons sous les yeux ne nous apprend rien pour les cas où l'hémorrhagie est versée dans la cavité arachnoïdienne, mais il semble pouvoir servir à démontrer la possibilité de la guérison dans les cas où la fausse membrane n'est pas déchirée et dans lesquels l'épanchement sanguin enkysté n'a pas un développement trop considérable. Vous noterez cependant, messieurs, l'aplatissement subi par les circonvolutions cérébrales au niveau du produit accidentel développé à la face interne de la dure-mère, comme aussi l'ischémie cérébrale notable qui en était la suite. Cette gêne circulatoire, par *compression lente*, dans une certaine étendue de l'encéphale n'a peut-être pas été sans influence dans la terminaison funeste à laquelle elle a contribué pour sa part.

Voilà, messieurs, un fait difficile et au diagnostic duquel on est cependant arrivé en grande partie. Ce résultat n'a pu être obtenu que par la connaissance de notions rigoureuses de pathologie. Persuadez-vous bien que la clinique n'a pas de meilleur auxiliaire que la pathologie bien étudiée, bien comprise, bien possédée. J'ai entendu professer et j'ai lu cette proposition que la clinique pouvait être apprise directement, sans trop solliciter l'aide d'études théoriques. N'acceptez pas cette opinion, elle n'est pas exacte, elle est dangereuse. Pour arriver au diagnostic d'un ensemble morbide observé, il faut en quelque sorte le présenter aux différents groupes morbides délimités à titre d'espèces pathologiques particulières, afin de voir par la comparaison à quel groupe il doit être rapporté. Comment pourrez-vous vous décider dans le choix que vous devrez faire par le fait même de cette comparaison, si l'un des deux termes est mal connu de vous et si le type qui doit décider votre choix ne vous est pas bien familier? Non, messieurs, n'acceptez pas ces dires et demeurez fermement convaincus que de bonnes études de pathologie théorique sont la meilleure préparation et même une préparation indispensable à la pratique efficace de la clinique.

Chirurgie pratique.

Leçon clinique sur les complications rénales dans l'affection calculeuse de la vessie et les indications opératoires qui en résultent, faite le 28 février 1873, par sir Henry Thompson, professeur de chirurgie clinique à University College Hospital. — Traduite par T. B. Curtis, ex-interne des hôpitaux de Paris.

On devinera sans peine le motif qui fait de ce mémoire une *actualité*. Grâce à l'obligeance de M. Tompson et à celle d'un de ses élèves les plus distingués, M. Curtis, nous avons pu en obtenir la traduction sur les épreuves du journal *The Lancet*, où il doit paraître samedi prochain.

(*Note de la Rédaction.*)

Messieurs,

Pendant les dix dernières semaines de l'année 1872, il est entré dans mes salles d'hôpital huit cas de calcul de la vessie. Sur ces huit sujets, sept étaient des adultes, dont la plupart d'un âge avancé; ils subirent tous les sept la lithotritie, et furent renvoyés guéris. Le huitième malade était un garçon âgé de dix ans; j'ai dû lui pratiquer la taille, et il est également sorti guéri. Vers la fin du mois de janvier, reprenant mes fonctions d'hôpital, j'ai trouvé un malade qui venait d'être reçu, et dont l'observation présente des particularités très-intéressantes. Je me propose, par conséquent, d'en faire le sujet de cette leçon.

Le malade était âgé de soixante ans. Les premiers symptômes de pierre remontaient à près de trois ans. Il fut traité dans un hôpital l'été dernier pour un calcul assez volumineux, au moyen de la lithotritie. Il sortit soulagé, mais il continua à rendre, de temps en temps, des matières phosphatiques, qui l'obligèrent parfois à avoir recours au cathétérisme évacuateur. Sa vessie offrait les conditions qui donnent lieu à la formation rapide de matières phosphatiques.

État actuel, le 24 janvier. Il urine toutes les demi-heures, jour et nuit, avec efforts et douleurs considérables; à chaque miction il est obligé de se lever de son lit. L'urine est pâle, trouble, alcaline: densité 1009; à l'examen microscopique on trouve du premier coup un moule granuleux. Comme état général, il y a affaiblissement considérable.

Vous vous souviendrez que je suis entré dans des détails cliniques étendus relativement à ce malade, lorsque nous l'avons examiné dans son lit, en vous faisant remarquer qu'il portait une affection chronique des reins; j'ai discuté devant vous la conduite que cette complication devait nous faire suivre dans le cas où il y aurait un calcul de la vessie; je vous ai également dit que j'avais l'intention de procéder avec toutes les précautions voulues à l'enlèvement de tout

fragment de matière phosphatique qui pourrait être la cause des souffrances du malade. C'est ce que j'ai fait, et j'ai pu sans peine faire l'extraction d'une certaine quantité de ces matières étrangères. Le 26 janvier, il avait rendu quelques débris, et les besoins d'uriner étaient déjà moins fréquents. Le 28, j'ai extrait un fragment de petit volume. Le 31, j'ai fait une exploration sans trouver de fragments. Dans l'après-midi de ce jour, le malade prit sur lui d'aller se promener dans la cour, sans permission, et en l'absence de la surveillante. Le 2 février, il eut un frisson et la température monta à 39°,5. Le 3, deuxième frisson. Le 4, il était somnolent avec incohérence des paroles. Je lui ai fait appliquer à la région lombaire des cataplasmes chauds de graine de lin saupoudrés de farine de moutarde, qui furent fréquemment renouvelés. Le pouls était à 100, la température à près de 38 degrés; les urines n'étaient que faiblement diminuées de quantité. Les choses restèrent en cet état pendant deux jours; alors son état de somnolence devint moins prononcé, le subdelirium disparut, la langue, qui avait été chargée, se nettoya, et le malade commença à prendre de la nourriture d'une manière assez satisfaisante. Nous l'avions presque condamné le 4, mais maintenant nous avions quelque espoir de le voir guérir. Mais le 8 et le 9 il fut moins bien, et les urines prirent une teinte sanguinolente. L'emploi des cataplasmes chauds à la région lombaire fut suivi d'une amélioration évidente le 11 et le 12. Mais le 13, les urines offrirent de nouveau des caractères inquiétants, et le malade continua à s'affaiblir, en refusant toute nourriture. Le 17, l'état de somnolence et de subdelirium reparut; la température s'abaissa; le pouls s'affaiblit; les urines devinrent encore plus sanguinolentes. Le malade succomba, épuisé, le soir du 19.

A l'autopsie, nous trouvâmes des altérations dont voici un court résumé : épaississement des parois vésicales avec teinte ardoisée de la muqueuse et quelques fausses membranes adhérentes par places. Au col de la vessie, barrière prononcée, réunissant les lobes latéraux de la prostate hypertrophiée; derrière celle-ci, bas-fond profondément déprimé, contenant quelques concrétions phosphatiques peu volumineuses, du poids de 75 centigrammes. Les uretères étaient un peu dilatés, surtout du côté gauche. Les reins étaient entourés d'une masse adipeuse indurée et hypérémiée, adhérente à la capsule fibreuse; celle-ci, lorsqu'on cherchait à l'enlever, entraînait avec elle des fragments de parenchyme rénal, en exposant de petits abcès miliaires. La surface du rein était lobulée, pour ainsi dire, et finement granulée. Le volume des reins était normal, comme s'il s'était agi de reins atrophiés et granuleux (*granular contracted kidney*), ayant subi momentanément une tuméfaction inflammatoire aiguë. Le rein droit était considérablement hypérémié à la surface, avec ecchymoses par places; ces caractères étaient moins prononcés à gauche. A la coupe, teinte brunâtre, avec petites taches pâles, jaunâtres, disséminées; les pyramides paraissant congestionnées à un degré intense. Les bassinets étaient dilatés; leur muqueuse très-hypérémiée dans toute son étendue.

M. Beck fit des coupes pour l'examen microscopique, et trouva bon nombre de tubuli comblés par un épithélium granuleux. Les glomérules de Malpighi étaient entourés d'une foule de cellules d'origine récente. A l'examen d'une coupe du parenchyme après durcissement dans l'alcool, on trouva que les tubuli de la substance corticale étaient altérés, les uns étant dilatés, les autres rétrécis. Dans les tubuli dilatés, l'épithélium était granuleux avec diminution de volume des cellules. Dans certains points, l'épithélium avait complétement disparu, et la lumière des tubuli était remplie de débris granuleux. Entre les tubuli, dans toute l'étendue du parenchyme, étaient des cellules jeunes en très-grand nombre; autour des glomérules, elles se pressaient accumulées. Dans certains points, au voisinage immédiat des petits abcès, le tissu normal du rein avait disparu et était remplacé par des amas de jeunes cellules arrondies.

Le malade étant atteint d'altérations aussi graves, le chirurgien ne pouvait se donner comme mission que de le soulager, de pallier, dans la mesure du possible, les souffrances dues aux complications d'une affection nécessairement mortelle : maladie de Bright invétérée, entée sur une affection calculeuse de la vessie. Il ne pouvait être question de traitement curatif. Le calcul avait été enlevé antérieurement, mais l'urine altérée et le mucus vésical donnaient lieu, par leur décomposition, à la formation incessante de dépôts phosphatiques, qui finissaient par cohérer, et, étant entraînés dans l'urèthre, occasionnaient des souffrances très-vives. Ce cas donne à réfléchir sur les ressources dont dispose la thérapeutique en pareil cas. Je vais, par conséquent, profiter de l'occasion qui se présente, pour traiter avec vous une question importante qui, envisagée dans toute son étendue, peut être ainsi énoncée :

Lorsqu'avec une pierre de la vessie il existe une affection des reins, jusqu'à quel point et comment cette complication doit-elle modifier les indications opératoires motivées par l'affection calculeuse ?

I. Je dois d'abord vous dire ce que nous devons entendre par *affection des reins*. Le terme est susceptible d'acceptions variées et plus ou moins arbitraires. Il sert à désigner naturellement, en les réunissant, toutes les affections pathologiques que peut présenter le rein. Je vais chercher à classer celles-ci d'une manière sommaire, en vue du sujet qui nous occupe; et, à cet effet, je commence par laisser entièrement de côté les affections malignes, qui ne peuvent aucunement entrer en ligne de compte quand il s'agit d'indications opératoires.

a. Parmi les affections rénales dont nous avons à parler, nous trouvons d'abord certaines altérations chroniques du parenchyme rénal qui sont associées à un état général cachectique, plutôt peut-être à titre d'expression locale que de cause, et qui rentrent dans la catégorie des affections qu'on désigne sous le nom de « maladie de Bright ». Vous savez que les autopsies nous fournissent des exemples d'altérations du rein différant considérablement les unes des autres sous le rapport de l'aspect et du volume de l'organe, ainsi que des modifications histologiques, et qui n'en constituent pas moins des variétés de reins brightiques, différant, soit par la nature de l'affection, soit par la période de son évolution à laquelle celle-ci est parvenue. La plupart de ces altérations rentrent dans les deux catégories suivantes : ou bien il y a le *granular contracted kidney*, comme chez notre malade, ou bien le *large smooth, white kidney* (1). Je ne fais que mentionner une altération beaucoup plus rare, à savoir la dégénérescence lardacée ou *amyloïde* du rein. Or, vous savez que les signes de la maladie de Bright sont, en général, assez clairs et nets pour permettre de reconnaître cette affection à toutes les périodes de son évolution; le degré même de l'altération rénale peut, jusqu'à un certain point, être déterminé par l'examen des symptômes présentés par le malade.

b. Une autre altération, qu'il faut distinguer absolument de la précédente, est celle qui se présente dans les reins qui ont contenu souvent ou pendant longtemps des calculs.

Ces corps étrangers, de faible volume, généralement composés d'acide urique, par leur présence dans les tubes urinifères, à leur embouchure ou dans les calices, sont la cause d'altérations du tissu à un degré proportionnel au volume de ces matières de nouvelle formation et à la durée de leur séjour. On peut rencontrer tous les degrés de l'altération rénale, depuis une inflammation limitée et temporaire de la muqueuse du bassinet, due à la présence d'une quantité considérable de cristaux de formation récente, jusqu'à la destruction presque complète de l'organe en totalité, par suite de

(1) Nous reproduisons les termes anglais qui sont employés généralement pour désigner et décrire certains types d'altérations rénales. Le « *granular contracted kydney* » désigne le rein brightique chronique, avec granulations et atrophie. Le « *large, smooth, white kidney* » est typique de la forme aiguë de la maladie de Bright. (*Note du traducteur.*)

l'existence d'un calcul rénal volumineux. Cette condition est heureusement assez rare, mais l'autre est très-commune. Je doute qu'un malade puisse rendre de l'acide urique à l'état solide, en quantité considérable, pendant quelques mois, sans qu'il se produise un certain degré d'altération du rein. Il est certain que, pendant la durée de ces phénomènes, on peut constater la présence de globules rouges du sang dans les urines, et l'on peut admettre qu'un malade qui a continué pendant plusieurs années à rendre de temps en temps des calculs uriques, a dû subir une altération permanente des reins plus ou moins accusée. Il n'existe pas d'autres signes qui peuvent éclairer le diagnostic en pareil cas. L'état général du malade est souvent très-satisfaisant; il n'y a aucune apparence cachectique, comme dans les affections de la première catégorie (maladie de Bright), dont nous venons de parler. Bien au contraire, bon nombre de ces sujets ont l'air particulièrement robuste et sain. Les urines sont belles, suffisantes en quantité, d'un densité normale, sans albumine, quoique contenant souvent des urates en excès et des globules sanguins; ces derniers, toutefois, en quantité trop peu considérable pour modifier l'aspect de l'urine à l'œil nu. Souvent il existe des douleurs aux régions rénales et sacrée, ainsi que dans les hanches. D'autre part, je vous ai souvent fait remarquer que ces malades sont sujets à présenter des troubles fébriles très-prononcés, à la suite de l'emploi de manœuvres opératoires; et j'ai insisté sur ce fait que le chirurgien doit user de précautions exceptionnelles, lorsqu'il est appelé à traiter des calculeux de cette espèce, quelque robustes qu'ils puissent paraître extérieurement.

c. Au sujet des affections rénales qui nous occupent en ce moment, je dois mentionner le *diabète sucré*. Pour n'avoir pas à y revenir, laissez-moi vous dire, dès à présent, que, pour les calculeux de cette catégorie comme de celle qui précède, qui sont généralement d'un âge avancé, la lithotritie est incontestablement préférable à la taille, à moins toutefois que la pierre ne soit volumineuse. Il est seulement indispensable que le chirurgien ait soin de réduire au minimum l'intervention des instruments et d'agir avec la plus grande douceur. J'ai opéré avec plein succès deux malades qui étaient affectés de diabète sucré à un degré très-prononcé, l'un d'eux pendant le mois dernier; ils étaient tous deux très-impressionnables et disposés à réagir sous l'influence des manœuvres opératoires. Chez un grand nombre des sujets âgés qui sont porteurs de calculs uriques, les reins ont subi depuis fort longtemps une irritation plus ou moins intense due à la formation de petits calculs rénaux, et lorsque cette irritation a atteint un certain degré, toute opération qui peut intéresser la vessie devient très-hasardeuse.

d. La dernière catégorie d'altérations rénales que j'ai à considérer renferme celles qui résultent d'affections susceptibles de faire obstacle à l'émission de l'urine. Ces altérations ne sont pas rares, et leur étude rentre directement dans le sujet qui nous occupe.

Il y a plusieurs années déjà que j'ai décrit le mécanisme qui régit la production de ces lésions. Les principales conditions qui en sont le point de départ sont, en les énumérant dans l'ordre de leur fréquence comme cause, les rétrécissements de l'urèthre, les hypertrophies de la prostate, les calculs volumineux de la vessie, et enfin, plus rarement, l'atonie vésicale. Tout rétrécissement de l'urèthre constitue un obstacle au cours de l'urine et à son émission, à un degré proportionnel à l'étroitesse de la coarctation. L'hypertrophie prostatique prononcée est également une cause d'obstruction, quoiqu'à un degré bien moindre que les rétrécissements. Les calculs de la vessie ont parfois pour résultat de faire obstacle à l'issue des urines; mais cela est exceptionnel, et lorsqu'il en est ainsi, ce résultat dépend de certaines conditions individuelles, telles qu'une situation particulière de la pierre dans la vessie, son volume ou la tendance qu'elle peut avoir à venir se placer sur l'orifice du col vésical.

Ce qui est certain, c'est que dans certains cas de calcul ancien l'autopsie ne révèle, comme résultat de l'obstruction des voies urinaires, que des altérations rénales insignifiantes, tandis que dans d'autres cas du même genre ces altérations se trouvent être très-prononcées par leur étendue et par leur degré; mais jamais, notons le fait, on ne voit survenir ces altérations sans avoir été précédées pendant longtemps d'obstacle à l'issue des urines, quel que soit le mécanisme de l'obstruction.

Les lésions dont je veux parler consistent surtout en la dilatation des voies urinaires dans toute leur étendue, en amont du point où siége l'obstacle. Ainsi, dans les cas de rétrécissement uréthral, nous constatons à l'autopsie la *dilatation de l'urèthre* et de ses canaux excréteurs glandulaires, des *hernies de la muqueuse* à travers les interstices des faisceaux musculaires de la paroi vésicale, donnant lieu à la formation de *vacuoles* ou compartiments, la *dilatation des uretères*, des *bassinets* et même du *tissu rénal*, avec *atrophie*, de celui-ci par compression excentrique; le rein arrive alors à n'être plus constitué que par une série de kystes, de telle sorte qu'autrefois on caractérisait cet état, au point de vue anatomo-pathologique, d'après cette apparence kystique (1).

Arrêtons un instant notre attention sur les conditions mécaniques de la production de ces transformations si remarquables. Vous connaissez ce principe d'hydraulique qui veut que les pressions se transmettent par l'intermédiaire des liquides avec une égale intensité dans toutes les directions; ainsi, si je comprime une poche à parois souples, remplie de liquide, la pression sera égale sur tous les points de la périphérie, et des tubes qui communiquent avec l'intérieur de la poche, et qui s'élèvent verticalement de ses deux pôles opposés donneront issue à des colonnes de liquide qui s'élèveront avec une force égale de chaque côté. Or, qu'est-ce qui doit arriver lorsque cette poche souple et contractile qui s'appelle la vessie vient à lutter contre un obstacle, que celui-ci dépende d'un rétrécissement, d'une hypertrophie prostatique ou d'un calcul? Nécessairement l'acte de la miction exige alors un déploiement de force qui dépasse la mesure normale; le malade fait *effort* pour expulser l'urine, et la force mise en œuvre devient parfois très-considérable si l'obstacle est difficile à vaincre. Vous saisissez tout de suite que la pression engendrée par les efforts musculaires se transmet non-seulement d'arrière en avant contre l'obstacle, mais également d'avant en arrière, sur les uretères, à leur embouchure dans la vessie. Admettons que chez un sujet bien portant il faille, pour accomplir l'acte de la miction, une pression équivalente à une livre par pouce carré (ce chiffre ne devant servir que pour terme de comparaison), si les voies urinaires sont le siége d'une obstruction quelconque, la pression développée pourra bien être doublée, triplée, quintuplée. De plus, les besoins d'uriner, au lieu de survenir mettons cinq fois dans les vingt-quatre heures, et d'être promptement satisfaits, les besoins d'uriner, disons-nous, peuvent se présenter dix ou vingt fois, et l'accomplissement de la miction peut à chaque fois exiger un temps bien plus long qu'à l'état de santé. Point n'est besoin de vous expliquer plus longuement les conséquences de ce dérangement fonctionnelt ni de vous montrer en détail comment il arrive finalemen, (car les embouchures des uretères, en vertu de leur mode d'occlusion, cèdent difficilement à une pression qui s'exerce d'avant en arrière) que chaque effort produit une augmentation de pression qui se transmet le long des uretères, de telle sorte que, la dilatation progressant sans cesse de bas en haut, la pression hydraulique finit par atteindre même le rein, en produisant l'atrophie par compression et les phénomènes inflammatoires concomitants; c'est ainsi que les uretères et les bassinets finissent parfois par constituer de véritables réservoirs supplémentaires de la vessie, de sorte qu'on les trouve remplis d'urine décomposée et ammoniacale. Longtemps déjà

(1) Voy. *Stricture of the urethra*, par Henry Thompson, 1re édit., p. 64-70.

avant que les choses en soient arrivées à ce point, il se développe des troubles inflammatoires, ce qui constitue l'état que nous désignons, comme vous savez, sous le nom de *pyélite*. On a proposé de donner à cet ensemble d'altérations le nom de *néphrite chirurgicale*, désignation réservée par d'autres à la néphrite aiguë suppurée, qui vient parfois terminer la scène dans les cas d'affection invétérée des reins. Le docteur Dickinson avait raison lorsque, devant la Société médico-chirurgicale, il proposa l'abandon d'une désignation si peu scientifique que celle-là. Quant à moi, je ne l'emploie jamais, et elle me répugne absolument. Certes cette altération n'a rien de *chirurgical*, si ce n'est que c'est faute d'intervention chirurgicale que les lésions ont pu en arriver là ! Si le secours pouvait seulement être donné au moment opportun, qu'il s'agisse d'un cas de rétrécissement ou d'un calcul, jamais un état comme celui que je viens de décrire n'existerait. A ces altérations pathologiques on pourrait donner le nom de « dilatation mécanique » de l'uretère et du rein, pour donner à entendre qu'elles sont produites principalement, quoique pas entièrement peut-être, par les conditions de dynamique physique que je vous ai décrites.

Et maintenant vous me demanderez quels sont, du vivant du malade, les signes de l'existence de ces altérations. Je vous dirai que je n'en connais pas qui soient pathognomoniques. Déjà, il y a près de trois ans, j'ai dû faire cet aveu, humiliant, suis-je tenté de dire, lorsque devant la Royal Medical and Chirurgical Society, j'ai fortement insisté sur ce point, dans le but exprès d'y appeler l'attention et l'investigation de mes confrères (1).

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Des sueurs locales.

Permettez-moi, à l'occasion du fait de sueur locale présenté à la Société de médecine du Nord par M. le docteur Chrestien et analysé par M. Audhoui dans votre numéro du 28 février, de rapporter le cas d'un malade bien connu de M. Hénocque, et qui offre une sudation unilatérale, avec hypertrophie manifeste et abolition complète de sudation du côté opposé.

M. B..., professeur de l'Université, est âgé de quarante-huit ans et pèse 118 kilogrammes. Il jouit d'une très-bonne santé, fait bonne chère et ne se plaint que d'une somnolence habituelle qui s'aggrave avec l'âge.

Tout le côté droit du corps est plus froid que le gauche ; il est plus volumineux, plus dense, plus rouge. En hiver, la main est généralement violacée. La différence de température est de cinq dixièmes de degré.

Cet état est probablement congénital, ou plutôt M. B... se souvient qu'on l'a toujours noté.

Soumis l'année dernière, dans mon établissement, pendant quatre mois, à un traitement composé de sudations sèches, de manipulations, d'exercices gymnastiques assez énergiques et de douches fortes et prolongées, M. B... vit, au bout de ce temps, diminuer son poids de plus de 10 kilogrammes et sa circonférence de 7 centimètres.

Le traitement ayant été abandonné, M. B... a récupéré, en six mois environ, 8 kilogrammes; mais la circonférence n'a pas augmenté, en sorte que le bénéfice du traitement, c'est-à-dire la suppression de la plus grande partie des souffrances de l'obésité, a persisté. La respiration est restée bonne, l'œdème des jambes n'a pas reparu, etc.

Comme faits physiologiques dignes d'être notés, il faut citer les suivants :

1° Dans la boîte à sudation, la température du côté froid et et sec s'élevait singulièrement, tandis que celle du côté d'ordinaire chaud et humide ne s'élevait point, ce qu'il faut attribuer à l'évaporation de la sueur.

2° Même à 75° et au bout de vingt minutes, la partie supérieure du corps affectée d'*anadrosie* restait sèche. Mais la région du ventre et la jambe droite ont gagné un certain degré de sudation ;

2° La réaction calorifique après la douche était surtout notable à gauche ; même sous la douche la température élevée du côté droit persistait;

3° Les exercices faisaient abondamment suer le côté gauche, jamais le côté droit ;

4° Le côté gauche de la face paraît plus petit que le droit, en sorte que l'hypertrophie serait alterne ;

L'explication donnée par M. Audhoui du fait signalé par M. Chrétien est ici applicable, mais au rebours. Le côté gauche du malade est à l'état normal ; c'est le côté droit *sec* qui est à l'état anormal. S'agirait-il d'une prédominance d'action des vaso-moteurs rachidiens, antagonistes des filets du grand sympathique. Il y aurait rupture de l'équilibre et ischémie unilatérale alterne. Mais comment concilier ce fait avec l'hypertrophie apparente? Cette hypertrophie serait-elle simplement due à des dépôts graisseux? Non, car non-seulement le membre est plus gros, mais il est plus fort.

J'incline donc à supposer, chez M. B..., une atrophie primitive des glandes sudoripares. Car, je le répète, l'état de sécheresse absolue de la peau permet d'admettre que le thorax droit n'est même pas le siége de la perspiration dite insensible. Je propose de donner à ces faits pathologiques le nom d'anadrosie.

E. Dally.

— Nous connaissons en effet le cas signalé par M. Dally, et nous pouvons apprécier la rectitude des observations symptomatologiques présentées par notre confrère; celles-ci nous semblent d'ailleurs prouver qu'il s'agit, chez M. B.., d'une disposition exceptionnelle, très-probablement congénitale, devant être distinguée des faits cités par MM. Chrestien et Cuignet, dans lesquels on peut établir la date du début.

Les transpirations locales n'ont pas encore été l'objet d'études complètes, cependant plusieurs cas intéressants ont été signalés dans ces dernières années. Franz Meschede a rapporté un fait très-curieux dans lequel une *hemidiaphoresis*, surtout prononcée au visage, avait été constatée depuis plus de vingt ans; l'homme qui en était atteint présentait un état d'idiotie presque complète. Il mourut du choléra, et à l'autopsie on trouva une hyperostose concentrique des os du crâne, et de plus une dégénérescence kystique des deux reins. Le docteur Meschede s'est demandé s'il n'y aurait pas une relation entre les altérations des reins et l'éphidrosis habituelle. Cette relation nous semble difficile à admettre, et dans tous les cas comment ex-

(1) J'ai dit alors à ce sujet : « Il faut avouer que nous n'avons pas encore le moyen de reconnaître pendant la vie du malade l'existence de ces altérations. L'albuminurie peut faire défaut, et l'examen microscopique des urines ne décèle pas l'existence de dépôts caractéristiques d'une affection rénale. L'urine d'un malade calculeux contient souvent du mucus, du pus et du sang, mais il n'est pas toujours possible de déterminer si ces matières proviennent de la vessie (qui est leur source le plus souvent lorsqu'il s'agit d'un cas de pierre) ou des organes situés plus haut; de plus, les cylindres manquent, ainsi que les autres signes pathognomoniques des altérations du parenchyme rénal. Il est de fait qu'il n'est pas rare de voir exister une pyélite invétérée, et même quelquefois une néphrite chronique, avec absence complète de tout symptôme physique ou rationnel..... S'il était possible de reconnaître à temps l'existence de ces complications, on pourrait se demander si en pareil cas il était indiqué d'intervenir au moyen de la lithotritie, ou s'il ne serait pas plus sage de s'abstenir de toute intervention curative; car il n'est pas douteux que l'existence de ces altérations ne soit presque aussi sûre de donner lieu à un résultat fatal après la taille qu'après la lithotritie. Or, dans les douze cas que nous considérons en ce moment, ces altérations existaient à titre de complication chez au moins cinq malades, et, s'il avait été possible de les reconnaître, on aurait pu s'abstenir de toute intervention opératoire, ce qui aurait peut-être permis au malade ainsi traité de vivre un peu plus longtemps, en souffrant beaucoup, il est vrai, pendant le peu de jours qui lui seraient restés. » (*Royal med. and chirurg. Transactions*, vol. liii, pp. 136, 137 ; 1870.)

pliquerait-on ainsi la présence unilatérale de la transpiration? D'ailleurs, dans ce fait il y avait des altérations de la substance cérébrale, dont la description est malheureusement incomplète.

Nous citons ce fait pour montrer combien il faut être réservé dans l'appréciation du phénomène de l'éphidrose; jusqu'à présent une explication satisfaisante est encore à trouver, et nous croyons que ni O. Berger, qui, en 1871, a publié (dans les *Archives* de Virchow, vol. 51) un fait d'éphidrosis unilatérale, ni Dow, qui (dans le *Boston journal*, vol. II, n° 16) avait antérieurement signalé un fait de transpiration unilatérale, aient démontré le mécanisme physiologique du phénomène, et malheureusement nous n'avons pas en notre possession ces deux travaux pour y rechercher si l'on a signalé l'atrophie ou l'hypertrophie du système tégumentaire.

Quant à l'expression d'*anadrosie*, elle ne serait applicable qu'au fait rapporté par M. Dally; en effet, pour les autres cas, nous avons déjà cité presque autant de termes que d'observations : l'hémidiaphorèse, l'hémidrosis, l'épiphidrosis unilatérale, sans compter celui de transpiration locale.

Malgré tout l'intérêt que présente l'observation signalée par M. Dally, il nous sera permis de ne pas proposer une nouvelle interprétation, parce que nous n'en avons pu encore concevoir qui nous satisfasse.

A. H.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera. — M. *Erb*, madame *Vivien-Javorsta*, adressent des communications relatives au Phylloxera. (Renvoi à la commission.)

Eau médicinale. — M. *Pagliari* adresse une note relative à une eau chloro-ferrugineuse. Cette note sera soumise à l'examen de M. Bussy.

Année scientifique. — M. le *Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance : L'Année scientifique de M. *L. Figuier* (16e année) et une brochure de M. *Werwaest*, intitulée : Étude générale et comparative des pharmacopées d'Europe et d'Amérique. (Renvoyé à l'examen de M. Bussy.)

Régénération des nerfs sectionnés. Note de M. *L. Ranvier*. — Nous avons rendu compte de ce travail. (Voy. *Gaz. hebdomad.*, n° 9, p. 129.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie le rapport de M. le docteur *Jubiau* sur le service médical de l'établissement thermal de la Motte pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le ministre de la marine accuse réception de tubes de vaccin que l'Académie lui a adressés pour les colonies. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Moutard-Martin* comme membre titulaire dans la section de thérapeutique.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de *Pécholier*, de Montpellier, relative à la question de l'inspectorat. — *b*. Une lettre de M. *Lucien Papillaud*, qui prie l'Académie d'inscrire sa candidature au titre de membre correspondant national. — *c*. Un travail manuscrit de M. *Bérenger-Féraud* sur la fièvre bilaire mélanurique. Une note de M. le docteur *Guibert* sur l'anthrax et son traitement. — *e*. Un travail intitulé : Manuel pratique du vulcanisateur a action directe et l'articulateur pour la prothèse dentaire, par M. *Decamps* (de Constantinople). — *f*. Un mémoire pour le prix de l'Académie (inscrit sous le n° 1). — *g*. Deux mémoires pour le prix Itard : l'un par M. le docteur *Lefébure* (enregistré sous le n° 6); l'autre par M. *Lancereaux* (enregistré sous le n° 7). — *g*. Trois nouveaux mémoires pour le prix d'Ourches (enregistrés sous les n°s 99, 100 et 101).

M. *Béclard* dépose sur le bureau le Bulletin de l'Association contre l'abus des boissons alcooliques.

M. *Larrey* offre en hommage : 1° Un ouvrage anglais de M. *Alexandre Gordon* sur l'hygiène et la chirurgie pendant la guerre franco-prussienne. — 2° Un ouvrage de M. le docteur *Armand* intitulé : Traité de climatologie générale du globe; Études médicales sur tous les climats.

M. *J. Guérin* offre à l'Académie le Compte rendu de la quatrième séance annuelle de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture du décret qui approuve la nomination de M. Moutard-Martin comme membre titulaire dans la section de thérapeutique. Le nouvel élu prend place parmi ses collègues.

M. Joly lit ensuite un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Civrieux. La question portait, je crois, sur les abus de l'alcool, sujet fort intéressant, comme on voit; le rapport a dû l'être aussi; malheureusement M. Joly a la voix si faible et les causeurs l'ont si forte qu'on n'en a pas entendu un seul mot. Le bureau et ses voisins seuls ont pu profiter de la lecture. Quand on n'entend pas, cela dispense d'écouter; ce qui fait que, à la longue, tous les esprits sont en campagne.

Suite de la discussion sur l'inspectorat. — La discussion commence à s'animer; M. Hardy a parlé, M. J. Guérin a répondu, et M. Béhier a failli prendre la parole.

M. *Hardy*, après avoir reconnu que M. J. Guérin avait rendu un véritable service à l'Académie en se faisant l'écho de ce qui se disait au dehors et en se posant en adversaire de l'inspectorat, examine les arguments de ceux qui ne veulent pas de cet inspectorat tel qu'il existe actuellement.

D'abord, est-il nécessaire de surveiller l'administration des eaux, de veiller à l'entretien des bains, des douches, des appareils, à l'exécution fidèle des prescriptions des médecins, en un mot au fonctionnement régulier de l'établissement thermal? Oui, et tout le monde est d'accord sur ce point. M. J. Guérin lui-même, moins radical dans ses conclusions que dans ses prémisses, reconnaît la nécessité de cette surveillance.

Mais à qui la confier? Ici commencent les divergences : les uns veulent un inspecteur nommé par l'État, les autres une commission composée de médecins libres.

Admettons un moment cette commission : croit-on qu'elle supprimera cette inégalité qu'on reproche tant à l'inspectorat et que tous les membres de la commission seront réellement égaux? Évidemment non, car l'un sera le plus ancien, l'autre aura plus de titres, sera agrégé ou médecin d'un établissement public, ce troisième aura plus de décorations, etc., etc., et nous voilà loin de l'égalité tant rêvée, égalité idéale qui n'existe pas plus dans la profession médicale que dans la nature.

Supprimez les inspecteurs, et vous aurez bientôt à la place des médecins spéciaux, choisis par les maîtres des bains et les confrères n'y gagneront pas. On a donc tort de crier au privilége, au monopole, à propos des inspecteurs, car les priviléges ne disparaîtraient pas avec eux.

On prétend encore qu'on adresse toujours les malades aux inspecteurs; c'est une erreur, et pour ma part, dit M. Hardy, je les envoie toujours à des médecins libres dont je connais les capacités. Mais, ajoute-t-on, les malades non renseignés vont directement à l'inspecteur. C'est vrai; mais s'en trouvent-ils plus mal que s'ils allaient chez le médecin que leur indiqueraient le voiturier, l'hôtelier ou le commissionnaire du coin?

A côté de ces arguments de philosophie sentimentale, comme les appelle M. Hardy, on invoque les décisions des conseils municipaux ou généraux. En apparence, ces décisions ont une certaine valeur, mais si l'on va au fond des choses, on voit qu'en somme les conseils sont composés en grande partie de médecins libres, de régisseurs, de fermiers ou de propriétaires de bains, tous gens qui ont intérêt direct à voir disparaître l'inspectorat.

Quant à la pétition des médecins de la ville de Lyon contre le rétablissement de l'inspectorat à Aix en Savoie, voici, en réalité ce qui s'est passé : lors de l'annexion de la Savoie à la

France, les partisans de cette annexion promirent, pour les besoins de la cause, le maintien de la commission médicale d'Aix, et en cela ils eurent grand tort, car l'annexion faite, l'établissement retomba sous le coup de la loi française, qui exige la présence d'un inspecteur. On n'a donc fait qu'exécuter la loi.

Voyons maintenant ce qu'on propose à la place de l'inspectorat: on veut une commission médicale composée de médecins libres, mais on ne dit pas comment elle fonctionnera. Il faudra naturellement un président; comment le nommera-t-on? Au vote, soit; mais s'il est intrigant, il se fera nommer plusieurs fois de suite, et l'on aura une manière d'inspecteur qui ne vaudra pas l'autre. Puis surviendront les questions de coterie. On propose encore de nommer chaque membre président à tour de rôle. Mais trouvera-t-on tous les ans un médecin qui ait les capacités ou l'honorabilité voulue pour remplir dignement ces fonctions?

Il y a évidemment là des difficultés pratiques auxquelles on n'a pas songé.

Du reste, ce système ne serait applicable que dans les grandes villes d'eaux où il y a beaucoup de médecins; il serait impossible dans les petites stations thermales.

Quant aux reproches faits à certains inspecteurs de s'occuper fort peu des indigents, M. Hardy y voit encore un argument en faveur de l'inspectorat. Le gouvernement peut, en effet, révoquer un inspecteur qui ne fait pas son devoir; il n'aurait aucune prise sur un médecin libre, et les malheureux en souffriraient.

M. Hardy, en terminant, se prononce en faveur du libre usage des eaux minérales.

Comme conclusions, il demande: le maintien de l'inspectorat; un meilleur mode de recrutement, c'est-à-dire la nomination de l'inspecteur sur une double liste présentée par le conseil d'hygiène et l'Académie, comme cela se fait à l'Académie des sciences; des attributions plus étendues; et enfin la suppression des inspecteurs adjoints, qui lui paraissent complétement inutiles.

M. *J. Guérin* demande la parole pour expliquer quelques points de son discours qu'on a mal compris. Ainsi, à propos de l'incompatibilité des titres de fonctionnaires et de médecins, on n'a pas saisi sa pensée. Il ne veut nullement supprimer les titres, les grades universitaires, professionnels ou autres; ce n'est pas là l'inégalité dont il veut parler. Mais il trouve qu'au point de vue de la justice il y a quelque chose de choquant dans ce fait de donner le titre d'inspecteur, de fonctionnaire public, à un médecin qui en bénéficie, comme praticien, au détriment de ses confrères.

Il proteste ensuite, au nom du corps médical, contre la supposition toute gratuite que des idées mesquines d'intérêts personnels ont seules dicté les décisions des conseils généraux ou municipaux contre l'inspectorat.

Quant à sa conclusion, on ne l'a pas comprise davantage: il ne demande ni le maintien ni la suppression de l'inspectorat. Si une surveillance est absolument nécessaire, il voudrait qu'elle fût confiée à une commission composée de tous les éléments qui concourent à la prospérité de l'établissement, c'est-à-dire d'ingénieurs, d'architectes, de chimistes et de médecins.

M. Guérin, en terminant, invite de nouveau, comme dans son dernier discours, l'Académie à tenir compte de ce qui se dit au dehors, à suivre le mouvement et à ne pas rester trop en arrière.

M. *Béhier* se lève pour protester contre cette insinuation d'inertie. M. Depaul lui fait remarquer qu'il est quatre heures et demie, que l'Académie doit se former en comité secret, et l'invite, s'il veut parler, à se faire inscrire pour la prochaine fois. M. Béhier veut parler aujourd'hui. M. Depaul s'y oppose, et M. Béhier s'en va en murmurant: il n'y a plus de discussion possible!

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

OBSERVATIONS A PROPOS DE LA COMMUNICATION DE M. NOTTA SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE, PAR M. MONNOYER. — ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX. — DISCUSSION SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

— M. Notta a communiqué à la Société de chirurgie, séance du 29 janvier 1873, la description d'un procédé d'opération de la cataracte, qu'il désigne sous le nom d'*extraction linéaire sans excision de l'iris.*

L'incision de la cornée, pratiquée suivant le mode indiqué par M. Notta, paraît avoir beaucoup de ressemblance avec celle du procédé de de Græfe, plus encore peut-être avec celle de M. Liebreich; la ressemblance serait plus facile à établir si M. Notta s'était conformé aux usages reçus en ce qui concerne la position des méridiens et de l'équateur du globe oculaire.

M. Notta a supprimé dans son procédé l'excision de l'iris; voici ce que M. Monoyer écrivait, il y a six ans, en parlant de la manière d'opérer la cataracte. Dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, 1867, n° 14, à la fin d'un article intitulé: *Une extraction de cataracte dans un cas de luxation spontanée et d'opacification du cristallin*, etc., il s'exprimait dans les termes suivants:

« Quant à l'iridectomie, je n'en généralise pas l'application, précisément à raison des inconvénients signalés par M. de Græfe, inconvénients auxquels il n'est pas toujours possible de parer; j'ai cru remarquer moi-même que si, dans la plupart des cas, l'excision d'une portion de l'iris modère ou même prévient les inflammations intenses, elle entretient parfois un état d'irritation plus ou moins chronique qui retarde la marche de la guérison; de plus, il n'est pas absolument indifférent, au point de vue optique, d'avoir une pupille centrale ou une pupille agrandie dans un sens jusqu'au bord de la cornée. En conséquence, je n'ai recours à l'iridectomie que lorsque les tentatives faites pour m'en passer ont échoué, ou bien lorsqu'elle est indiquée formellement, comme c'était le cas chez notre opéré.

» En résumé, voici quelle est ma méthode habituelle pour opérer la cataracte:

» 1° Ouverture de la chambre antérieure à très-peu près suivant les règles établies par M. de Græfe, mais avec un couteau à lame plus large; il en résulte que l'incision, sans produire une plaie tout à fait linéaire, s'en rapproche beaucoup; elle est pratiquée dans la zone scléroticale et je lui donne une longueur plus ou moins grande, suivant le volume du noyau de la cataracte, sans toutefois dépasser le tiers de la circonférence de la cornée.

2° Ouverture de la capsule au moyen du kystitome de de Græfe.

» 3° Manœuvres de pression pour évacuer la cataracte.

» 4° Si je rencontre trop de résistance et que la sortie du corps vitré soit à craindre, je pratique l'iridectomie.

» 5° Nouvelles tentatives pour extraire le cristallin par de simples manœuvres de pression.

» 6° En cas de non-réussite dans le temps précédent, emploi du double crochet. »

Cette description a été reproduite dans les ANNALES D'OCULISTIQUE, 1857, t. LVIII, p. 173.

— Sont élus membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie: MM. *Spillmann*, *Chipault*, *Ribell*.

— M. *Forget* reprend la discussion sur les rétrécissements du rectum. La rectotomie interne, pratiquée de dedans en dehors avec un bistouri boutonné, conduit sur le doigt du chirurgien qui en règle mieux la marche et en éclaire la direction, avait été très-exceptionnellement pratiquée par M. Nélaton, dont M. Panas a imité la conduite; à cette opération, M. Ver-

neuil préfère la rectotomie externe au moyen de l'écraseur de M. Chassaignac. M. Verneuil a dit lui-même que son opération est longue, difficile, et qu'elle donne lieu à un traumatisme considérable.

Si M. Forget consulte l'enseignement des maîtres, notamment de Desault, de J. L. Petit, de Boyer, de Dupuytren, de Roux, et, d'autre part, s'il prend conseil des observations qu'il a recueillies, il est fondé à croire que M. Verneuil se montre en cette circonstance trop absolu, et qu'avant de résoudre le problème thérapeutique, il est nécessaire d'envisager tous les éléments de la question : nature, étiologie, etc.

En admettant même la nécessité d'opérer vite, largement et sans retard, l'incision intra-rectale des tissus morbides, suivie de l'introduction de mèches, ne paraîtra pas encore à bien des chirurgiens devoir être abandonnée d'une manière absolue et remplacée d'emblée par la rectotomie externe. M. Forget préfère la rectotomie interne, car la rectotomie externe est d'une exécution difficile. Mais l'incision simple du rétrécissement combinée avec la dilatation est loin d'être absolument inefficace. Des faits nombreux existent dans les recueils scientifiques qui en fournissent la preuve.

M. Forget donne le résumé d'un travail publié en 1839 par Auguste Bérard en collaboration avec un de ses internes, M. Maslieurat-Lagémard. Il est aisé de reconnaître, en analysant ce mémoire, que l'observation clinique avait bien vu il y a trente-cinq ans toutes les particularités d'origine, de forme, de siége et de constitution anatomique qui caractérisent les rétrécissements du rectum et les différencient les uns des autres. A en juger par la discussion actuelle, à bien peu de choses près, nous en sommes au même point où Bérard avait laissé en 1839 le sujet dont nous nous occupons. Quant au traitement, avec tous ses contemporains, il recommandait et pratiquait, comme méthode générale, la dilatation simple ou combinée avec l'incision directe du rétrécissement. C'est encore celle qui, de nos jours, est adoptée par les chirurgiens et qui, d'après M. Forget, doit être conservée sauf les cas exceptionnels caractérisés par des indications spéciales.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er MARS 1873.

DILATATION DE LA PUPILLE DANS L'ÉPILEPSIE ABSINTHIQUE : MAGNAN. — DES PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR L'INJECTION DE L'AIR DANS LES VEINES ET LES ARTÈRES : LABORDE. — FŒTUS MONSTRUEUX : PHILIPPEAUX. — INJECTIONS DE BACTÉRIES SANS SEPTICÉMIE : ONIMUS.

M. *Magnan* apporte à l'appui des faits expérimentaux communiqués dans la dernière séance, une observation clinique, de laquelle il résulte qu'une femme intoxiquée par l'absinthe et présentant l'épilepsie absinthique, a offert quelques-uns des phénomènes observés dans les expériences. En effet, au moment où les attaques convulsives épileptiformes se produisaient on notait la dilatation pupillaire, de plus, lorsque les attaques devinrent plus faibles, caractérisées par quelques convulsions légères, ou même sans convulsions, la dilatation pupillaire se produisait comme l'un des signes les plus persistants de l'action de l'absinthe sur les centres nerveux.

M. *Parrot* fait remarquer à ce sujet que, chez les enfants et les femmes épileptiformes ou éclamptiques, il a observé ordinairement la dilatation pupillaire au moment des convulsions, et aussi dans les attaques incomplètes ne présentant pas les convulsions toniques.

— M. *Laborde* communique les résultats définitifs de ses expériences faites avec la collaboration de M. Muron, sur les effets produits par l'injection de l'air dans les vaisseaux artériels ou veineux des chiens. M. Laborde a su montrer que malgré tous les travaux qui ont été faits sur cette question, il y avait encore bien des points à élucider. Par exemple, l'air peut traverser les capillaires, contrairement aux conclusions des expériences de M. Tillaux ; on peut vérifier le fait directement lorsqu'on injecte de l'air dans la carotide d'un côté, vers la tête, tandis qu'on observe de l'autre côté la veine jugulaire mise à nu. Il y a de grandes différences dans les injections artérielles ou veineuses, suivant la rapidité de l'introduction de l'air, et suivant la quantité injectée. Si l'on injecte l'air dans les artères, par exemple dans le bout périphérique de la carotide, lentement et à la dose de 10 à 15 centimètres cubes, l'animal ne meurt pas immédiatement, il présente des convulsions tétaniformes, du coma, des efforts de vomissement, la mort est plus ou moins éloignée; à l'autopsie on trouve de véritables embolies gazeuses dans les capillaires, les artérioles du bulbe, avec ischémie bulbaire, et même avec des hémorrhagies. Lorsqu'on injecte de l'air en grande quantité, de 20 à 60 centimètres cubes, par la carotide (bout périphérique), l'animal est brusquement pris de convulsions tétaniformes, la respiration est rapidement suspendue, le ventricule gauche renferme de l'air, les artères coronaires montrent des bulles gazeuses, l'encéphale est congestionné; on retrouve les bulles d'air dans les vaisseaux et les capillaires. Si, au contraire, l'air est injecté dans les veines, on peut, en opérant très-lentement, faire pénétrer des quantités considérables, 50 centimètres cubes, sans le moindre accident; M. Laborde est même arrivé à injecter en deux heures environ 600 centimètres cubes d'air dans les veines d'un chien, sans produire d'accidents mortels.

Il faut, pour les veines, des quantités d'air bien plus élevées que dans les injections artérielles pour produire la mort. Ainsi, avec 100 et 200 centimètres cubes (au lieu de 20 à 50), on obtient les convulsions, la résolution et la mort. A l'autopsie on trouve une distension extrême du ventricule droit qui contient de l'air et du sang mélangés. Pour M. Laborde, le mécanisme de la mort, dans ces divers cas, est explicable de deux manières. L'air qui, mélangé au sang, traverse le réseau capillaire ne produit pas sur les poumons des lésions suffisantes pour amener la cessation de la vie. L'air injecté dans les artères amène la mort par arrêt de la circulation dans le bulbe. Injecté dans les veines, l'air produit la mort par la distension et la perte de contractilité du cœur droit. Dans tous les cas, l'air n'agit pas comme agent toxique, mais comme agent d'oblitération mécanique, c'est-à-dire comme embolie gazeuse.

— M. *Vulpian* présente, au nom de M. Philippeaux le squelette d'un fœtus né à terme, chez lequel il y avait éventration complète par adhérence du placenta sur l'ouverture abdominale, il n'y avait point de cordon ombilical. Un des membres est atrophié, rejeté en arrière, dans une allure singulière; il y a chez ce monstre des déformations multiples et curieuses.

— M *Onimus*, dans le but d'étudier l'action des bactéries contenues dans les liquides putrides, a pratiqué des injections sur des lapins avec un liquide riche en bactéries obtenu de la manière suivante : On construit une sorte de filtre avec du papier parchemin ou papier à dialyse, on le remplit de sang putride ou de sang d'un lapin septicémique et on le plonge dans l'eau; en très-peu de temps l'eau présente des quantités considérables de bactéries, de vibrions; cette eau injectée à diverses doses chez les lapins ne les tue pas. M. Onimus en conclut que, dans la septicémie, les bactéries ne sont pas la cause de la propagation de la putréfaction ou du poison septique.

Nous n'aurions garde de ne pas admettre cette conclusion dans son sens général, et la plupart des observateurs sont d'accord pour reconnaître que la bactérie, les vibrions, ne sont pas la cause spécifique de la septicémie, puisqu'on les rencontre chez les typhoïdes et dans nombre de maladies infectieuses, mais nous ne comprenons pas bien comment l'expérience de M. Onimus pourrait être considérée comme péremptoire. Nous ignorons quelle relation existe entre les

bactéries de l'eau entourant le cornet de parchemin, et le sang putride contenu dans celui-ci; les bactéries ont-elles traversé le parchemin, s'y dépouillant de leurs qualités nuisibles, ou bien se sont-elles développées dans l'eau sous l'influence du voisinage d'un liquide putride? c'est ce que ne détermine pas M. Onimus. Nous espérons qu'il complétera bientôt cette communication.

A. H.

Sociétés savantes de l'étranger.

Manchester Medical Society (séance du 4 décembre 1872, in *The British Medical Journal*, 22 février 1873).

Nous extrayons du compte rendu de celle séance les communications suivantes :

Réadaptation d'un nez coupé par accident. — Un domestique s'étant laissé choir dans un escalier, alla frapper contre le bord tranchant d'une marche que ne recouvrait pas le tapis. Le nez de ce malheureux fut complétement séparé des os et des parties molles; les lèvres elles-mêmes furent profondément entaillées. M. le docteur Wetehead adapta immédiatement les parties, pratiqua les sutures nécessaires, et le malade guérit sans mutilation.

Embolie de l'artère centrale de la rétine. — M. le docteur Samelson soumet à l'examen des membres de la Société un jeune homme de vingt ans, affecté d'une maladie du cœur, et qui présente la plupart des signes donnés comme caractérisant l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Le 27 novembre au soir, il perdit tout à coup la vue de l'œil gauche; cependant, la perception vague de la lumière persista. L'examen du fond de l'œil donne les résultats suivants : diminution considérable du calibre des artères rétiniennes extra-papillaires; ecchymose au niveau de la tache jaune ; une sorte d'infiltration blanchâtre masque la tache jaune et s'étend même au delà de sa circonférence; sous cette infiltration, entre la tache jaune et la papille, apparaissent de nombreuses stries vasculaires. Dans les mois qui ont précédé l'accident, le malade a été saisi plusieurs fois d'étourdissements assez violents pour le rendre momentanément incapable de travailler.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

La syphilis dans ses rapports avec le mariage, par le docteur Edm. Langlebert. — A. Delahaye, 1873.

Au point de vue particulier du mariage, l'étude de la syphilis soulève des questions nombreuses et d'un grand intérêt. Le médecin est souvent appelé à se prononcer dans des cas difficiles où la ligne droite du devoir n'est pas toujours nettement tracée.

M. Langlebert s'est proposé de donner un guide aux praticiens en leur fournissant les éléments d'une solution dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Le livre s'adresse évidemment à des gens auxquels on suppose des connaissances suffisantes en syphiliographie. Il y faut donc chercher, non des questions de doctrine, mais des renseignements pratiques.

Après avoir passé en revue les différentes difficultés qui concernent les époux, l'auteur étudie la syphilis dans ses rapports avec la grossesse, l'allaitement des enfants, les accidents auxquels il donne lieu, les questions de médecine légale qui en découlent. Si l'on joint à ces divers chapitres, celui de la syphilis vaccinale, on voit que M. Langlebert avait à remplir un vaste cadre et qu'il a dû se restreindre pour offrir aux médecins une sorte de manuel contenant les renseignements nécessaires à la solution des principales questions où le praticien est appelé à se prononcer à titre de conseil ou d'expert.

Leçons d'hygiène pour les lycées et les écoles normales, par M. le docteur Riant.

A peine l'Académie de médecine avait-elle formulé le programme des leçons d'hygiène destinées à être professées dans les lycées et les divers établissements d'instruction publique, que les médecins s'empressaient de remplir les conditions de ce programme dans des ouvrages plus ou moins étendus. Parmi eeux qui se sont ainsi produits dans le courant de l'année dernière, le livre de M. Riant nous paraît être à la fois le plus complet et l'un des mieux écrits en vue de la jeunesse, pour laquelle ces ouvrages sont composés. Un court appendice donnant des notions très-succinctes sur la température des pièces habitées, sur l'éclairage par les huiles minérales, sur l'hydrothérapie, sur les eaux potables, etc., complète avantageusement ce volume sans le surcharger.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lorain, docteur en médecine, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Le Fort, docteur en médecine, est nommé professeur d'opérations et appareils à ladite Faculté.

M. Charcot, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique à ladite Faculté.

École de médecine de Caen. — La démission de M. Faucon-Duquesnay, professeur adjoint de clinique interne, est acceptée. M. Faucon-Duquesnay est nommé professeur honoraire.

École de médecine de Reims. — M. Galliet, professeur, et M. Luton, professeur suppléant, sont nommés officiers d'Académie.

École de médecine de Lille. — M. Wintrebert, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé professeur adjoint à ladite École.

Les bâtiments de l'École de médecine. — Bien que la continuation du boulevard Saint-Germain, qui doit emporter une partie de l'École de médecine, paraisse suspendue pour un temps plus ou moins long, il ne sera pas tout à fait sans à-propos de reproduire la pièce suivante, qui nous tombe sous les yeux. C'est l'ordonnance royale du 7 décembre 1768 prescrivant la construction des bâtiments de l'École de médecine actuelle :

« Vu au conseil d'État du roi, S. M. y étant, le plan levé, etc.,

» Le roi, considérant la nécessité qu'il y a de transporter ailleurs les Écoles de chirurgie placées aujourd'hui dans une rue fort resserrée (rue de la Bûcherie), sur un terrain dont l'étendue n'est pas suffisante pour contenir le grand nombre d'étudiants que la célébrité de ces écoles y attire de toutes les provinces du royaume et même des pays étrangers, et voulant donner à l'Académie royale de chirurgie, rétablie par les lettres-patentes du 8 juillet 1748, de nouveaux témoignages de sa bienveillance pour les services qu'elle rend journellement au public, a ordonné et ordonne que, sur les terrains de la maison du collége de Bourgogne et des quatre maisons y contiguës situées sur la rue des Cordeliers et le cul-de-sac du Paon, appartenant audit collége, il sera élevé un amphithéâtre pour servir aux leçons d'anatomie, et il sera fait toutes les constructions des bâtiments nécessaires pour la tenue des assemblées de l'Académie royale et pour les écoles de chirurgie, etc., etc. »

L'exécution de ce monument fut confiée à l'architecte Gondoin, qui s'acquitta de sa tâche avec beaucoup d'habileté. Comme on le voit, c'est sur l'emplacement du collége de Bourgogne, fondé par Jeanne de Bourgogne, reine de France au XIVe siècle, que l'École actuelle de médecine a été édifiée en 1769.

Ce n'est qu'en 1794, en vertu d'un décret de la Convention, que furent installés les cours publics de cet établissement scientifique. Jusqu'alors, l'enseignement de la médecine fut pratiqué dans les locaux de la rue de la Bûcherie et dans la rue Jean-de-Beauvais. »

Les femmes a l'Université de Zurich. — Nous avons souvent parlé ici de l'Université de Zurich et des curieux débats auxquels l'admission des femmes comme étudiants a donné lieu plus d'une fois dans cet établissement supérieur. La question vient de faire un pas en avant, écrit-on de Zurich à la Gazette d'Augsbourg.

Un projet de loi est en ce moment soumis au conseil cantonal relativement à l'admission des étrangers à ladite Université. La première partie de ce projet porte que les citoyens du canton auront, comme par le

passé, à produire un certificat de capacité pour pouvoir être inscrits sur les registres matricules de l'établissement.

Mais la différence est dans l'article suivant. Naguère, les personnes étrangères au canton n'avaient point à se soumettre à l'examen d'admission ; on leur accordait l'inscription sur le désir qu'elles en exprimaient, tandis qu'aujourd'hui le projet de loi porte expressément : « Les personnes étrangères au canton auront à prouver qu'elles ont les connaissances nécessaires pour suivre les cours de l'Université, et cela au moyen de certificats obtenus dans des établissements d'instruction supérieure, en Suisse ou à l'étranger, ou au moyen d'un examen. »

Il est convenu que l'expression de citoyens du canton ou personnes étrangères au canton comprend les deux sexes. On croit bien que le conseil cantonal adoptera ce projet de loi à l'unanimité, s'il n'est pas rejeté par le peuple, le droit des femmes à suivre les cours de l'Université sera un droit reconnu par la loi et par la constitution, droit qui ne reposera plus, comme aujourd'hui, sur la tolérance et le bon vouloir.

Sainte-Anne. — *Cours clinique et pratique des maladies mentales et nerveuses.* — Ce cours commencera le dimanche 9 mars, à neuf heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure.

9 mars. M. Prosper Lucas, médecin à l'asile Saint-Anne (division des femmes). — De l'importance de la science des maladies mentales et de la nécessité de son étude pour les médecins et les magistrats, aux divers points de vue de la société moderne.

16 mars. M. Dagonet, médecin à l'asile Sainte-Anne (division des hommes). — Séméiologie de la folie, au point de vue surtout du diagnostic.

23 mars. M. Dagonet. — Manie.

30 mars. M. Dagonet. — Lypémanie.

6 avril. M. Dagonet. — Monomanie; délire impulsif.

27 avril. M. Magnan, médecin de l'admission Sainte-Anne (division des femmes). — Alcoolisme aigu, delirium tremens fébrile; traitement.

4 mai. M. Magnan. — Alcoolisme chronique; forme hémi-anesthésique.

11 mai. M. Magnan. — Parallèle entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, au point de vue du diagnostic et des lésions anatomiques.

18 mai. M. Magnan. — Folie puerpérale.

25 mai. M. Bouchereau, médecin de l'admission Sainte-Anne (division des hommes). — Folie épileptique.

1er juin. M. Bouchereau. — Délire partiel considéré au point de vue des indications thérapeutiques et des mesures légales qu'il réclame.

8 juin. M. Bouchereau. — Débilité mentale; degré de responsabilité; étude médico-légale.

15 juin. M. Bouchereau. — Délire consécutif aux maladies aiguës.

22 juin. M. Prosper Lucas. — Étiologie des maladies mentales et examen parallèle des causes de la folie et de la criminalité.

29 juin. M. Prosper Lucas. — De l'action des milieux ou des lieux et des temps sur les causes, les formes et la transmission sympathique du délire passionnel ou morbide.

6 juillet. M. Prosper Lucas. — Application des lois de la génération, et particulièrement de l'hérédité, aux maladies mentales, et examen des questions médico-judiciaires qu'elles soulèvent.

Avant chaque leçon, examen direct des malades par les élèves.

— Le docteur Michel Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la Faculté, commencera, le vendredi 14 mars, à huit heures du soir, au grand amphithéâtre de la Faculté, des leçons sur les *signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du cœur et de l'aorte thoracique*, et continuera ces leçons les mardis et vendredis suivants.

Cours public sur les difformités. — M. le docteur Dally ouvrira, le mardi 11 mars à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, un cours public sur les difformités et maladies de l'appareil locomoteur. Ce cours sera continué les mardis et vendredis à la même heure.

Assistance publique des Allemands. — Le conseil municipal de Paris, dans sa séance du 27 février, a repoussé l'acceptation, par l'Assistance publique, d'un legs de 5000 francs en faveur des pauvres allemands, et d'un autre legs plus important de 30 000 francs destiné à la fondation d'un hôpital allemand à Paris.

Nécrologie. — Un savant modeste et homme de bien, M. le docteur Vicente Asuero y Cortazar, ex-professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Madrid, vient de mourir après une courte maladie. Il sera profondément regretté par ceux de nos confrères qui ont pu apprécier ses éminentes qualités.

— Le jeudi 27 février, le corps médical de Paris a dû partager les témoignages de sa sympathie entre la mémoire de notre regretté Marchal (de Calvi), et celle de la mère du savant professeur de médecine légale, M. Tardieu. De là la pénible nécessité d'une option qui a réduit, pour chacun des convois, le nombre des médecins présents.

— On vient de replacer au *Muséum* la préparation du nerf grand sympathique en cire, dernière œuvre du docteur Talrich. La restauration de ce chef-d'œuvre avait été confiée par M. le professeur de Quatrefages au fils même de l'auteur, M. Jules Talrich, qui s'est heureusement acquitté de cette tâche.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 22 au 28 février 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 16. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 86. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 299. — Affections chroniques, 408 (1). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 16. — Total, 964.

Londres : Décès du 16 au 22 février 1873, 1664. — Variole, 2 ; rougeole, 14 ; scarlatine, 8 ; fièvre typhoïde, 21 ; érysipèle, 9 ; bronchite, 350 ; pneumonie, 99 ; diarrhée, 18 ; diphthérie, 8 ; croup, 24 ; coqueluche, 65.

Lille : Décès du 1er au 15 février 1873, 122. — Variole, 2 ; rougeole, 11 ; fièvre typhoïde, 5 ; érysipèle, 2 ; bronchite, 31 ; pneumonie, 17 ; diarrhee, , entérite, 24 ; croup, 4.

Bruxelles : Décès du 9 au 15 février 1873, 111. — scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 1 ; croup et angine couenneuse, 3 ; bronchite et pneumonie, 11 ; entérite et diarrhée, 11.

Rome : Décès du 10 au 16 février 1873, 153. — Variole, 2 ; rougeole, 1 ; fièvre typhoïde, 3 ; érysipèle, 2 ; bronchite, 14 ; pneumonie, 21 ; diphthérie et croup, 7.

(1) Sur ce chiffre de 408 décès, 228 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — Sommaire. Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales La question du sulfate de cinchonine : document. — **Cours publics**. Clinique médicale : Clinique de l'Hôtel-Dieu. Cas de pachyméningite. — Chirurgie pratique : Leçon clinique sur les complications rénales dans l'affection calculeuse de la vessie et les indications opératoires qui en résultent. — **Correspondance**. Sueurs locales. — **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Sociétés savantes de l'étranger. — **Bibliographie**. Index bibliographique. — **Variétés**.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par M. John-Hugues Bennett, professeur de physiologie, d'histologie et de clinique médicale à l'Université d'Édimbourg. Édition française, revue et considérablement augmentée par l'auteur. Traduite sur la 5e édition anglaise, et annotée par le docteur P. Lebrun, 2 vol. gr. in-8, avec 587 fig. dans le texte. — Paris, G. Masson. 25 fr.

Hygiène publique. Les affections vénériennes et leur prophylaxie générale à Bordeaux. Rapport présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, par le docteur Louis Lande. In-8. 2 fr.

Des causes de la mort de l'Empereur, avec quelques développements sur le chloroforme, la pierre, la gravelle, la taille, la lithotritie, les maladies de la vessie et des reins, par le docteur Constantin James. Brochure in-18. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 13 mars 1873.

LA DENGUE OU FIÈVRE ÉRUPTIVE ÉPIDÉMIQUE DE L'INDE. — *Académie de médecine :* L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Dengue, ou fièvre éruptive épidémique de l'Inde.

Le docteur William Dunkley a rapporté d'intéressantes observations cliniques relatives à une fièvre spéciale qui sévit dans l'Inde et qu'il désigne sous le nom de « *dengue fever of India* » (*British medical Journal*, 5 octobre 1872). Plus récemment encore, le *Indian Mirror*, en signalant l'inefficacité du sulfate de quinine dans cette affection, se plaignait que le gouvernement anglais, en face des progrès croissants de l'épidémie, n'ait pris aucune mesure pour en arrêter les ravages. « La variole et le choléra, dit-il, ont dévasté l'Inde ; nous avons lutté victorieusement contre la première de ces maladies en remplaçant l'inoculation variolique par la vaccine. Nos efforts sont encore impuissants contre le choléra. Faut-il donc rester inactifs en présence de la fièvre épidémique qui devient de jour en jour plus intense et plus répandue ? Il est urgent de la combattre avec énergie, afin d'arracher à ses coups les innombrables victimes qu'elle frappe (*Medical Times and Gazette*, 18 janvier 1873, p. 68). La presse médicale anglaise, émue des légitimes alarmes de ses correspondants d'outre-mer, s'est faite l'interprète de leurs vœux auprès du gouvernement anglais, et nous croyons, à notre tour, devoir prendre quelque intérêt à cette question qui nous touche plus que l'on ne saurait croire. Quoique les possessions françaises dans l'Inde soient réduites à quelques villes relativement peu importantes et dont la population totale égale à peine le quart de celle de la capitale indo-britannique, — faut-il pour cela rester insensible au sort cruel qui menace les habitants de Pondichéry, de Chandernagor, de Mahé, de Ianaon et de Karikal ? Cette indifférence nous semble d'autant plus coupable que l'épidémie de dengue qui ravage aujourd'hui l'Inde a plusieurs fois sévi sur nos possessions du Sénégal ; en 1845, 1848, 1856 et dans l'été de 1865. Et si la maladie reste en général confinée dans l'autre hémisphère, l'Europe même n'est pas à l'abri de ses atteintes, puisqu'en 1864 elle a éclaté brusquement dans le sud de l'Espagne, et que dans une seule ville, à Cadix, 1400 personnes en ont été frappées.

Il nous paraît donc aussi opportun qu'utile de dire quelques mots de cette singulière affection, presque inconnue en Europe, à peine décrite en France et dont l'existence est ignorée du plus grand nombre.

Qu'est-ce donc que la dengue, et d'où lui vient ce nom singulier ? Ce terme dengue serait une corruption du mot *dandy*, sous lequel la plupart des auteurs anglais désignent cette affection, à cause de la démarche roide qu'affectent les malades en raison des douleurs articulaires qu'ils accusent. Il serait vraiment fastidieux d'énumérer ici les innombrables dénominations qui ont été appliquées à cette maladie et qui contribuent sans doute à jeter de la confusion dans son étude Les docteurs William Anstie (*System of medecine*, edited by Reynold, *Dengue or dandy fever*, t. I, p. 358-369, 1866), H. Rey (*Archives de médecine navale*, t. IX, p. 278 et 382, 1868), et Jules Rochard (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article DENGUE, t. XI, p. 130-141, 1869), dans leurs excellents articles, ont rapporté cette longue synonymie dont nous nous bornerons à faire quelques extraits. La dengue a été désignée sous les noms de scarlatine rhumatismale, arthrodynia (Cock), dandy (Furlonge), danga, bouquet, fièvre épidémique de Calcutta (Mellis), fièvre éruptive épidémique de l'Inde, fièvre articulaire des pays chauds (Thaly), fièvre rouge exotique (Barnier), fièvre courbaturale (H. Rey), maladie épidémique anomale (Stedman), exanthème arthritique spécial (Nicholson), *Stiffnecked fever* (fièvre qui roidit le cou),

FEUILLETON.

Le matériel des ambulances. Exposition organisée par la Société de secours aux blessés au palais des Champs-Élysées (1).

Depuis quelques jours, le public est admis à visiter au palais des Champs-Élysées une exposition organisée par la Société française de secours aux blessés. Cette compagnie avait en effet ouvert un concours pour des voitures, des brancards, tentes et autres objets afférents au service des ambulances. Quoique la limite de ce concours ait été reculée de façon à permettre aux plus retardataires d'arriver encore à temps, nous constatons avec regret que, par le petit nombre et le peu de variété des objets exposés, la Société est loin d'avoir réalisé les résultats que sans doute elle espérait obtenir. En dehors même de l'honneur que les exposants pouvaient retirer de cette exhibition, il leur était encore offert certains prix suffisants tout au moins à les dégréver des frais auxquels ils auraient pu être entraînés. Les inventeurs n'ont que peu répondu à cet appel, et il y a vraiment lieu de se demander si cette indifférence n'est point un symptôme caractéristique.

Le but des sociétés de secours aux blessés est de ceux auxquels tout esprit généreux doit sympathiser : suppléer à l'insuffisance — malheureusement notoire des secours sanitaires officiels, — leur venir en aide lorsque eux-mêmes sont surchargés, créer des réserves de matériel et le distribuer largement au moment du besoin, organiser en temps de guerre de nombreux hôpitaux provisoires qui permettent de disperser les malades, telle est la voie dans laquelle marchent depuis leur origine les associations dont notre Société française de secours a suivi l'exemple. Pendant la guerre de 1870-71, elle a cherché à faire plus encore en créant de véritables ambulances de campagne, et, à voir les demandes qu'elle adresse aux inventeurs, il semble que telle est la voie qu'elle compte suivre à l'avenir.

(1) Voy. à la *Bibliographie*, p. 175.

Brokenwing fever (fièvre qui brise l'épaule), *break-bone* (qui brise les os), et *Three day fever* (fièvre de trois jours, Cavell). La fièvre des îles Sandwich, désignée par les indigènes sous le nom de *bouhou* ou *uhu* (qui, en langue kanaque, signifie plainte, gémissement), ne serait autre chose, d'après M. Leroy de Méricourt (*Archives de médecine navale*, t. II, p. 487, et *Nouveau Dictionnaire encyclopédique*, t. X, p. 290, 1869), que la fièvre courbaturale ou dengue.

C'est aux médecins anglais James, Mellis, Kennedy, Twining, Cavell et J. Mouatt, témoins des épidémies des Indes orientales (1825, 1826, etc.), que la science est redevable des premiers travaux dont la dengue a été l'objet. Mais la maladie ayant fait tout à coup irruption aux Antilles, aux îles Vierges, aux Bermudes (1) et dans l'Amérique du Nord, où on la vit renaître vingt ans plus tard avec une nouvelle intensité sur tout le littoral des États-Unis du Sud et en particulier à la Nouvelle-Orléans, elle fut l'objet des travaux importants de Cock, Furlonge et Dickson, qui complétèrent ainsi les descriptions tracées par leurs devanciers.

Mais la dengue ne devait pas borner ses ravages au nouveau monde, l'Afrique dut à son tour lui payer son tribut. En 1845, Pruner bey, qui l'avait déjà, dix ans auparavant, observée sur la côte d'Arabie, en signala l'apparition au Caire et à Alexandrie, tandis qu'elle régnait déjà épidémiquement à Gorée et à Saint-Louis (Sénégal), où elle reparut pour la troisième fois en 1865, époque à laquelle le docteur Thaly a eu l'occasion de l'observer. Nous avons déjà mentionné sa courte mais redoutable apparition en Espagne. Notons enfin qu'elle est très-répandue en Océanie, et que nos médecins de la marine l'observent presque tous les ans à Taïti. Il suffit de jeter un coup d'œil rétrospectif sur la diversité des contrées envahies par la dengue pour être à l'instant frappé de l'immense étendue de sa distribution géographique, et partant pour reconnaître la nécessité de son étude. Elle n'a épargné aucune des cinq parties du monde. Il est peu de maladies, sauf la grippe peut-être, qui se soient répandues sur une plus large surface. Elle n'en a pas moins été aveugle dans ses coups en frappant indistinctement les gens de couleur et les Européens, les riches et les pauvres, les enfants et les vieillards, les tempéraments robustes aussi bien que les constitutions appauvries.

Invasion soudaine, évolution rapide et régulière, courte durée (*three day fever*, fièvre de trois jours), fièvre souvent très-intense, mais en général éphémère, arthralgies violentes et généralisées, douleurs musculaires très-vives, troubles digestifs, éruption scarlatiniforme spéciale s'effaçant en général après vingt-quatre heures, rechutes fréquentes, convalescence longue et pénible marquée par un état de faiblesse, d'anémie, de marasme dont les malades ont peine à se relever, guérison habituelle; tels sont les principaux traits du tableau morbide que nous ne pouvons qu'esquisser ici. Ajoutons à ces caractères l'étendue de son parcours, la rapidité de sa marche, le nombre considérable de personnes qu'elle frappe, sa bénignité qui contraste avec la gravité apparente de ses symptômes, et nous aurons terminé la description succincte mais fidèle de cette fièvre épidémique des pays chauds, sur laquelle nous voulons simplement attirer l'attention du lecteur qui trouvera de plus amples renseignements dans les écrits des auteurs qui ont eu l'occasion d'observer eux-mêmes cette affection, décrite par eux avec autant de détails que de talent [Aitken, Rey, Rochard, Charles de Calcutta (*Clinical lecture on Dengue*, par le docteur Charles, professeur d'accouchements à l'université de Calcutta]. Comme complément à notre ébauche, nous croyons utile de résumer ici les deux travaux les plus récents entrepris sur la matière. En premier lieu, les observations de W. Dunkley, analysées avec soin par notre excellent ami le docteur Gonguenheim (*Revue des sciences médicales*, t. I, n° 1, p. 172, 1873), auquel nous empruntons les lignes qui vont suivre : « Le plus souvent, dit-il, il n'y a pas de prodromes, et le début de la dengue est marqué par l'apparition d'une rougeur (*rash*) très-vive à la face ou sur tout le corps, éruption analogue à celle de la scarlatine. Le rash manque rarement; il disparaît très-vite, ou définitivement, ou pour reparaître par moments. Il peut parfois aussi affecter les apparences de la rougeole ou de la scarlatine.

» Le pouls est habituellement peu fréquent, caractère qui distingue cette maladie de la rougeole et de la scarlatine. La langue a une couleur argentée, l'enduit en est très-mince, la pointe est rouge.

» Un autre caractère presque constant de la maladie, c'est la présence de douleurs aiguës et très-erratiques, se montrant dans toutes les jointures, souvent sans rougeur ni gonflement.

(1) La dengue, ou *break-bone* des Américains, a fait plusieurs fois son apparition aux Bermudes, et dernièrement encore du mois d'août au mois de décembre 1863. Elle commença à apparaître à Saint-Georges, puis envahit successivement Hamilton et Ireland. C'est à tort que les médecins du pays regardent cette fièvre comme une phase du développement de la fièvre jaune. (Leroy de Méricourt, article BERMUDES, *Dict. encycl.*, t. IX, p. 173, 1869.)

Nous avons le plus grand respect pour les hommes distingués qui la dirigent actuellement, pour les maîtres éminents qui ont mis à son service, ou plutôt à celui des malades, leurs talents et leur dévoûment, mais nous craignons qu'en ce moment elle ne s'engage dans une route où elle marchera difficilement. Notre service sanitaire militaire n'est évidemment pas suffisant pour l'armée nouvelle; nous avons essayé maintes fois de le démontrer ici même, et l'opinion générale semble faite à ce sujet; mais de ce qu'il ait été jusqu'à présent insuffisant, il est loin de s'ensuivre qu'il le sera toujours.

Si, comme on doit l'espérer, la commission parlementaire de la réorganisation de l'armée accepte le projet que la sous-commission prise dans son sein vient d'élaborer, il est à supposer que l'Assemblée elle-même n'y fera point d'opposition ; or, ces projets permettront aux services sanitaires de l'armée de s'organiser sur des bases logiques, de constituer un service homogène dirigé avec compétence par les médecins militaires. La loi du 27 juillet 1872 permettant au gouvernement d'appeler sous les drapeaux tous les hommes valides jusqu'à l'âge de quarante ans, les médecins ne manqueront point non plus en temps de guerre. Il suffit de vouloir, pour constituer avec ces éléments un service de santé parfaitement suffisant, revêtu du caractère essentiellement militaire que doivent avoir tous les services d'une armée régulière.

L'expérience de la dernière guerre est bien nette à ce sujet ; plusieurs médecins, chefs d'ambulances civiles, l'ont suffisamment affirmé pour qu'il soit loisible de répéter :

« Les ambulances civiles ont fait leur temps, et ce temps est passé; tout ce qui suit l'armée doit être militaire, soumis à la discipline et au commandement. Il ne saurait y avoir dans une armée deux services de santé, l'un officiel, l'autre indépendant. »

Est-ce à dire que le rôle des sociétés de secours soit terminé? Loin de là ; mais elles doivent fonctionner seulement en arrière de l'armée, dans les villes, les villages, y créer des ressources de toute nature, y installer des hôpitaux provisoires; lorsque l'ar-

Il existe habituellement une céphalalgie assez intense. Le plus souvent cette maladie est bénigne, et les douleurs se calment aisément par une médication anodine. »

Nous rapprocherons de cette courte analyse la relation faite dernièrement par le docteur Sparrow, chirurgien du 89e régiment de l'armée anglaise (*Madras Monthly Journal of medical sciences*, May 1872). Il rapporte plusieurs cas de dengue qu'il a observés sur des militaires venus d'Aden, où régnait épidémiquement la maladie, et fait remarquer tout d'abord que l'isolement a empêché l'extension de l'épidémie. En lisant son intéressant mémoire, on est frappé de l'uniformité des phénomènes morbides observés par lui. Dans tous les cas, il note le début soudain caractérisé par de la fatigue, de l'hébétude et de la roideur dans les membres, bientôt suivies du stade fébrile (céphalalgie frontale intense, langue saburrale, douleurs aiguës dans les articulations). Ces arthralgies étaient parfois si vives, dit-il, que les malades s'affaissaient sur eux-mêmes, comme s'ils eussent été frappés de paralysie. La fièvre durait en général trois jours, et les autres phénomènes disparaissaient, sauf les douleurs articulaires, la langue redevenait nette, le pouls normal, la peau fraîche et halitueuse; mais vers le cinquième jour, les malades observés par le docteur Sparrow se plaignaient de démangeaisons très-vives dans la paume des mains. Ces parties étaient tuméfiées et bientôt couvertes des taches rouges qui s'étendaient rapidement aux bras, au cou, à la face. Bientôt le corps tout entier était couvert d'une éruption érythémateuse semblable à celle de la scarlatine. La fièvre reparaissait et ne durait en général que vingt-quatre heures pour faire place à la desquamation et à une amélioration manifeste de tous les symptômes; mais la sensibilité de la plante des pieds était telle que la marche restait encore douloureuse et le gonflement des mains si considérable que les malades ne pouvaient les fermer. Dans beaucoup de cas, ajoute le docteur Sparrow, les douleurs articulaires se montrèrent par intervalles pendant un mois. Chez trois ou quatre malades, il signale des rechutes caractérisées par une exacerbation violente de l'arthralgie et de la fièvre, mais il n'a jamais observé de complication grave ni de terminaison mortelle.

Le silence presque absolu gardé par les auteurs relativement à l'étiologie de la dengue, laisse dans l'ombre une des questions les plus intéressantes, à savoir : si la maladie est contagieuse. La plupart des médecins la considèrent comme telle, et l'histoire des différentes épidémies de dengue semble prouver qu'elle se propage en suivant le courant des communications humaines. Stedman (*Edinburgh medical and surgical Journal*, t. XXX, p. 115) a noté très-exactement l'arrivée de cette maladie à Saint-Thomas : « Il semblait, dit-il, à la façon dont la maladie se déclarait, qu'on avait importé quelque chose qui, dans un instant, avait la puissance de détruire l'équilibre de la santé. » H. Rey (Étude sur la fièvre courbaturale, *Arch. de médecine navale*, 1868, t. IX, p. 278 et 382), Thaly (Note sur une épidémie de fièvre articulaire (dengue) observée à Gorée en juin et juillet 1865; *ibid.*, 1866, t. VI, p. 57) et Rochard (*loco citato*) lui assignent le même caractère contagieux qu'elle partage du reste avec toutes les fièvres éruptives. La judicieuse observation du docteur Sparrow, qui a soin de noter en premier lieu les avantages qu'il a retirés de l'isolement et de la séquestration des malades, paraît confirmer la justesse de ces vues. Sauf certaines conditions climatériques qui semblent favoriser son développement (pluies torrentielles, grandes chaleurs, etc.), il faut bien reconnaître que nous ignorons jusqu'à présent les véritables causes de la maladie, et par conséquent il est difficile d'instituer pour la combattre un traitement vraiment rationnel. Sa transmissibilité n'est pas douteuse, la marche des épidémies en fait foi, c'est donc pour le moment à la prophylaxie qu'il incombe de prévenir le mal, et c'est à en restreindre les ravages plus qu'à le combattre que doivent s'adresser nos efforts.

F. Labadie-Lagrave.

L'inspectorat des eaux minérales.

Nous n'aurions plus rien à dire de la question de l'inspectorat si nous n'avions été obligé, dans le dernier numéro, de formuler en trois lignes, à la fin d'un article déjà long, les déductions à tirer de nos précédentes argumentations, et s'il ne nous paraissait utile d'en bien marquer le sens. La question doit se présenter également à l'Assemblée nationale, et il se peut que, soit le courant de l'opinion dans cette atmosphère si différente de celle de l'Académie de médecine, soit quelque disposition administrative ou financière actuellement imprévue et improbable, nous amènent à nous rattacher, par raison pratique, à un système qui ne soit pas celui auquel nous donnons, *dans l'état présent des choses*, la préférence. La sagesse est souvent à ce prix dans les affaires humaines,

---

mée marche en avant, elles se chargent du traitement des blessés, des malades que l'on n'aura pu évacuer. Il y en aura malheureusement assez pour que personne n'en manque. C'est là précisément le rôle qu'ont joué les ambulances civiles pendant le siége de Paris; les combats se passaient toujours à quelques kilomètres des remparts, il était donc très-facile d'emmener en ville tous les blessés; la mode même poussait au dévoûment, et l'on se souvient encore du temps où il était de bon ton d'avoir *son* ambulance ou tout au moins *son* blessé.

On doit compter que dans les guerres futures, et n'oublions pas que les journaux militaires prussiens nous donnent rendez-vous pour 1875 (1), le théâtre de l'action ne sera plus si rapproché de nos murs; pour accompagner les trente-six divisions d'infanterie que nous pourrons mettre en ligne, il faudra d'autres ambulances que celles, un peu fantaisistes, qui ont fait les beaux jours de 1870-1871.

Il en est des ambulances civiles comme des bataillons de volontaires de 1793; l'enthousiasme ne suffit point pour arriver au résultat, et la légende du passé comme celle de l'avenir ne doivent point nous empêcher de voir la vérité. Si la Société française de secours espère remplacer le service de santé de l'armée, elle s'expose, comme pour l'exposition actuelle, à ne point arriver à ses fins. Si au contraire elle dirige ses efforts dans un autre but, elle rendra des services signalés. Elle peut, par son organisation centrale, diriger les comités qui se formeront dans tous les centres de population, les inviter à créer, comme nous l'avons déjà dit, des réserves de matériel et des petits hôpitaux provisoires; ce rôle est assez beau pour la tenter, et nous sommes convaincus qu'elle y sera naturellement conduite par l'évidence même des faits.

(1) Pour se bien rendre compte des provocations que contiennent à chaque instant les journaux militaires semi-officiels, lire dans la *Revue militaire de l'étranger* du 16 février 1873 la traduction d'un mémoire inséré dans les *Militærishe Blætter* de février 1873 sous le titre de : « Considérations sur le déploiement stratégique de l'armée française dans la future guerre de la revanche ».

grandes et petites. Or, nous ne voudrions pas être exposé à ce qu'on vînt un jour nous reprocher d'avoir changé d'opinion pour avoir fait quelque concession forcée.

Plus on avance dans le débat et plus on voit clairement qu'il roule sur la question du privilége accordé à la classe des inspecteurs. Ce privilége, en principe, nous n'en sommes pas affecté comme beaucoup de nos confrères, parce qu'il n'est dans l'espèce qu'un exemple assez humble des mille délégations d'autorité qui couvrent la responsabilité de l'État dans toutes les branches de l'administration; parce qu'en déléguant un médecin praticien pour inspecter un établissement thermal, l'administration ne lèse pas plus les droits professionnels des autres confrères de la station qu'il ne gêne ceux des médecins d'une ville en choisissant parmi eux un médecin d'hôpital. Mais est-il besoin de dire, ou plutôt de répéter que, ce prétendu privilége étant en réalité, pour une partie du corps médical, une cause de conflit, nous en demanderions nous-même la suppression le jour où l'on trouverait une autre combinaison susceptible de rendre l'inspectorat aussi efficace et non moins médical que l'inspectorat actuel? Que l'égalité ne s'en trouve pas mieux, qu'elle soit exposée alors à recevoir plus d'atteintes de la main des propriétaires redevenus libres que de la main de l'État, c'est fort à craindre; mais ce serait surtout l'affaire des intéressés.

Eh bien! supposez que, contre nos prévisions, on trouve, pour le recrutement de l'inspectorat, un nombre suffisant de médecins honorables, instruits, auxquels une aisance acquise permît d'accepter, comme une sorte de retraite, la position d'inspecteur *non pratiquant* avec les faibles émoluments actuels; ou bien que l'Assemblée nationale consente à rémunérer assez les inspecteurs pour qu'il soit permis de leur demander le sacrifice de la clientèle; il est clair que ce serait la solution idéale des difficultés présentes. A parler franc, nous nous croyons ici en pleine chimère; mais que cette chimère devienne une réalité, et nous l'adoptons sans la moindre hésitation. De même pour le mode de l'inspectorat régional. Nous ne le repoussons que pour son insuffisance présumée. A notre sens, beaucoup d'établissements de médiocre importance perdraient à ne pas posséder un médecin offrant, par le choix d'un corps savant, des titres particuliers à la confiance de ses confrères; les pauvres y perdraient aussi; mais enfin, que l'État se déclare prêt à ouvrir largement sa bourse; qu'il crée autant d'inspecteurs régionaux qu'il en faudra pour assurer une surveillance suffisamment active; qu'il les rétribue largement; qu'il les astreigne, sous l'autorité de l'inspecteur en chef du service sanitaire, à un nombre minimum de visites dans chaque établissement; qu'il les indemnise de leurs frais de voyage; qu'il fasse, en un mot, ce que nous n'attendons guère de lui, et, à défaut de l'inspectorat sédentaire, nous nous rattacherons à cet autre mode, qui, en soi, pour dire notre pensée entière, ne nous paraît pas être aussi déraisonnable que le proclament d'autres organes de la presse, et ne motive pas, ce nous semble, la clameur que son nom seul a provoquée à l'Académie dans une des dernières séances.

Quant au système exclusif des commissions médicales, recommandé dans le rapport à l'Assemblée nationale, c'est le dernier de ceux que nous approuverions. Pas plus que M. Gubler, nous ne contestons le savoir et la bonne volonté des médecins consultants près des eaux minérales; comme lui, nous estimons qu'ils pourraient avec avantage, ainsi qu'il le dit dans son remarquable rapport, prendre part à l'organisation du présent et exercer leur influence sur l'avenir des établissements thermaux. Mais, comme lui aussi, nous voudrions que ce fût seulement à titre consultatif. Leur concours *pourrait*, en effet, être appelé même sous le régime de l'inspectorat sédentaire, comme le demande l'honorable rapporteur; mais il *devrait* l'être dans le cas où le régime de l'inspectorat régional viendrait à prévaloir dans l'Assemblée nationale; car alors l'inspecteur, ne pouvant tout voir de ses yeux, ne pouvant non plus intervenir personnellement dans la partie scientifique des rapports — en ce qui concerne notamment les effets thérapeutiques des eaux, — il serait nécessaire que les médecins de la localité lui vinssent en aide par leurs renseignements et par leurs lumières.

Notre position éclaircie une fois pour toutes, nous ne voyons plus devant nous que des questions d'ordre secondaire, non pas toutes dénuées d'importance, mais étrangères au fond du débat, et dont les principales sont les trois suivantes : Le rôle de l'inspecteur ne doit-il pas être modifié? Y a-t-il lieu de conserver les inspecteurs adjoints? Le gouvernement a-t-il eu tort de rendre au public le libre usage des eaux?

Sur la première de ces questions, M. Pidoux a fort élargi encore le *postulatum* de M. Gubler. Celui-ci voulait que, en déchargeant l'inspecteur des soins vulgaires du domaine administratif, on donnât plus d'essor, plus d'élévation et plus de liberté à leur intervention scientifique, notamment par la

---

On doit enfin désirer voir disparaître le semblant d'antagonisme qui a existé entre le service de santé militaire et les services volontaires; unis dans un même but, ils doivent remplir chacun des attributions bien nettes, bien définies, et l'on ne comprend pas vraiment par quelle mesquine jalousie il en serait autrement.

Sans vouloir en chercher les origines, ne pourrait-on néanmoins opposer le calme et la convenance qu'ont montré les médecins militaires depuis la guerre, au zèle avec lequel tant d'autres se sont hâtés de proclamer leurs services dans d'innombrables brochures. A les lire, il semblerait qu'il n'y a jamais eu aux armées du Rhin, de la Loire et de l'Est, un service de santé régulier, dont cependant les membres ont fait des efforts surhumains pour lutter contre les circonstances et contre une organisation vicieuse dont ils n'étaient point coupables. Combien d'entre eux sont morts à la peine ou ont été fauchés par les projectiles ennemis; leurs camarades le savent seuls, car ils ne se sont point empressés de le publier, gardant dans leur deuil le silence qui convient à ceux qui ont conscience d'avoir fait leur devoir.

Après ces quelques remarques, nous revenons à l'exposition.

En dehors des voitures déjà connues dont la Société a fait usage pendant le siége de Paris, nous n'avons à signaler que deux types nouveaux, présentés, l'un par la Société, et construit par M. Binder, l'autre par un fabricant, M. Kellner, qui a fourni au gouvernement autrichien toute une série de voitures et de fourgons d'ambulance.

La voiture de M. Binder, relativement assez basse et paraissant d'une grande stabilité, peut contenir cinq malades couchés, deux à l'étage inférieur, trois au supérieur; ceux-ci reposent sur des brancards garnis d'une matelassure recouverte de toile imperméable, avec coussin pour la tête, et munis de rouleaux en vue de faciliter le chargement; la caisse de la voiture est garnie de caissons et de tiroirs; elle est du reste entièrement ouverte sur les côtés, mais peut être garnie de toiles suffisamment résistantes pour mettre, en cas

suppression de ces sèches statistiques auxquelles on l'enchaîne. M. Pidoux s'est attaché à montrer les grands services que pourrait rendre l'hydrothérapie minérale au point de vue de la santé publique, si l'inspecteur avait plus d'autorité et pouvait la faire sentir plus fort et plus loin : plus fort dans les établissements thermaux; plus loin dans la localité; et s'il avait voix dans des conseils *ad hoc* où figureraient le préfet, des ingénieurs, des architectes, des conseillers municipaux. C'est le côté original et puissant de son argumentation. Un peu de chimère n'y est-il pas mêlé à la réalité? L'État sera-t-il et peut-il être jamais disposé à créer pour les inspecteurs, à la barbe des comités d'hygiène, de petits départements de la santé publique? Nous en doutons. Peut-être aussi l'orateur n'a-t-il pas songé que des inspecteurs jouissant comme lui de la faveur publique ne pourraient suffire à la tâche qu'il voudrait leur imposer, et que ce serait peut-être créer l'alternative d'attributions illusoires ou d'inspecteurs médecins non praticiens.

M. Pidoux a aussi critiqué le libre usage des eaux. C'est, en effet, une contradiction formelle que cette assimilation des eaux minérales aux médicaments, en vertu de laquelle les dépôts en sont soumis à l'inspection des jurys médicaux, et la liberté laissée à chacun d'en faire usage, sans prescription de médecin. Mais cette question a, au fond, moins d'importance qu'on ne lui en donne généralement. Avant ce décret comme après, toute personne pouvait *légalement* boire ou se baigner dans quelque établissement hydro-minéral que ce fût, sans autorisation de l'inspecteur; il lui suffisait pour cela d'être munie d'une ordonnance d'un médecin quelconque. L'égalité du diplôme le voulait, et, en cas de contestation, elle eût été consacrée par les tribunaux. Or, est-ce un obstacle que cette obligation d'une ordonnance.

Quant à la question de savoir si l'adjuvat doit être maintenu dans l'inspectorat médical, nous avouons n'y pas attacher d'importance. Il y a peut-être là une source d'abus, mais qui regarde plus la déontologie que l'administration et la science.

Après le discours de M. Pidoux, plein de force, d'animation, d'humour, et qui a provoqué à diverses reprises des applaudissements unanimes, M. Guérin a voulu relever une allusion relative à ses anciennes fonctions d'inspecteur des bains de mer de Dieppe. La presse, naturellement, a eu son mot dans cette rectification d'un bruit « faux ». Malheureusement le fait était vrai. M. Guérin ne le contredit pas; seulement il paraîtrait qu'il a reculé d'horreur devant les vices de l'inspectorat. A la bonne heure; il ne nous appartient pas d'aller plus avant sur ce chapitre; mais, si l'on peut attaquer l'inspectorat après avoir été inspecteur, pourquoi ne peut-on pas, étant inspecteur, défendre l'inspectorat, et pourquoi M. Guérin s'est-il tant égayé de l'attache *balnéaire* de ses adversaires? Il n'est que les ennemis du privilége pour ne pas savoir supporter la loi commune.

A. D.

COURS PUBLICS

Chirurgie pratique.

LEÇON CLINIQUE SUR LES COMPLICATIONS RÉNALES DANS L'AFFECTION CALCULEUSE DE LA VESSIE ET LES INDICATIONS OPÉRATOIRES QUI EN RÉSULTENT, faite le 28 février 1873, par sir HENRY THOMPSON, professeur de chirurgie clinique à University College Hospital. — Traduite par T. B. CURTIS, ex-interne des hôpitaux de Paris.

(Fin. — Voyez le numéro 10.)

Depuis longtemps, Messieurs, je cherche en vain des éléments de diagnostic à l'aide desquels on puisse reconnaître l'existence de la pyélite avec dilatation des organes affectés. Les urines en pareil cas ne sont guère modifiées; elles sont d'une densité normale, et leur quantité est suffisante; elles ne sont pas albumineuses, en dehors des cas où il s'y trouve mélangé du pus ou du sang; et ceux-ci, comme vous le savez, existent très-communément dans les urines chez les calculeux dont les reins sont sains; ils proviennent alors de la vessie, sous l'influence de l'irritation développée par la présence du corps étranger. Dans tous les cas où il existe un calcul vésical ayant dépassé un faible volume, vous trouverez dans l'urine du pus et du sang, et il en sera de même à plus forte raison s'il existe de la cystite quelque peu prononcée; or, celle-ci ne manque jamais dans les cas de dilatation qui nous occupent. L'examen microscopique de l'urine non plus ne fournit de données diagnostiques certaines: l'urine ne contient aucune matière organisée qui puisse se rapporter à la désintégration du parenchyme rénal; les cylindres manquent également. On ne trouve d'anormal que des globules de pus et des globules rouges du sang; en un mot, l'examen des urines ne donne aucun renseignement positif. D'autre part, à aucune période de l'affection on ne constate ni hydropisie ni sécheresse habituelle de la peau, et l'état fébrile continu ou rémittent qu'on rencontre souvent peut faire défaut. Il n'y a pas non plus d'amaigrissement; loin de là, certains de ces

---

de besoin, les malades à l'abri du vent et de la pluie frappant latéralement. Si ce modèle résiste bien aux cahots des mauvaises routes, il nous paraît véritablement fort bien conçu et répond alors à toutes les indications.

La voiture construite par M. Kellner, plus haute et moins large que la précédente, peut contenir six malades disposés en trois étages. Les brancards sont facilement hissés au moyen de l'enroulement de fortes bandes de toile sur des tringles métalliques mises en mouvement par un engrenage. Les deux brancards inférieurs reposent sur le fond de la voiture. Celle-ci est également ouverte latéralement, et si sa stabilité est suffisante, elle aurait sur la voiture Binder l'avantage de porter un blessé de plus. Elle est du reste un peu plus massive et semble se mieux adapter au service de campagne. Néanmoins, entre ces deux modèles, le choix devrait être évidemment subordonné à de sérieuses expériences.

Les fourgons à matériel, les voitures omnibus pour malades assis ou pour le personnel, semblent bien appropriés à leur destination. Signalons spécialement le petit omnibus de M. Binder, très-léger, très-stable et très-confortable, que nous serions heureux de voir introduire dans nos ambulances pour le transport de ceux des médecins auxquels une monture n'est pas indispensable.

Sous le numéro 26 est exposée une voiture à deux roues et à un cheval pour le transport de deux malades couchés. On voit que son inventeur a tout mis en œuvre pour la rendre très-légère, facilement démontable, trop peut-être, car elle ne présente certainement pas assez de solidité; le malade y est soumis en outre à ce mouvement de va-et-vient propre à toutes les voitures à deux roues, inconvénient tel qu'il suffit presque à faire condamner le système en lui-même.

L'armée possède depuis longtemps un véhicule de ce genre, la voiture Masson, qui est très-légère, fort solide et en fait bien comprise; pendant la campagne dernière, on en a largement fait usage, mais les avis sont partagés sur l'opportunité de son maintien en service.

malades augmentent de poids. Mais, d'autre part, un tel malade, pour peu que les altérations soient quelque peu avancées, offre toujours un état général débilité ; il est faible et se fatigue promptement, — symptômes qui ne peuvent guère servir qu'à prévenir le médecin du peu de résistance physique dont son malade est capable ; mais, à part ce renseignement, ces symptômes ne fournissent aucune base certaine de diagnostic.

On a cependant prétendu, non sans une apparence de raison, que, le rein étant considérablement altéré, les urines devaient infailliblement contenir une quantité d'urée au-dessous de la moyenne. Au point de vue pratique, il n'en est point ainsi ; malgré l'existence d'une pyélite très-prononcée avec dilatation, l'élimination de l'urée reste *suffisante ;* voilà le fait pratique. Ainsi, à supposer chaque rein réduit à la moitié de son volume, ces deux demi-reins pourront très-bien suffire à l'accomplissement de leurs fonctions excrétoires tant que les besoins et l'activité de l'économie se trouvent être à un taux peu élevé ; absolument comme on voit deux moitiés de poumon suffire à l'hématose, dans certaines circonstances favorables au maintien de l'existence sous ces conditions. L'insuffisance de l'élimination de l'urée ne se trahira alors que le jour où le fonctionnement de ces deux moitiés de rein se trouvera être entravé, soit par suite de troubles résultant de l'impression extérieure du froid, soit par suite d'un mouvement inflammatoire propagé aux reins consécutivement à quelque traumatisme opératoire portant sur l'urèthre ou la vessie. Enfin, en considérant toujours le côté pratique de la question, supposons que j'examine les urines d'un malade pour faire le dosage de l'urée, et que je trouve un chiffre notablement au-dessous de la quantité normale, n'est-il pas vrai que le malade en question devra se trouver sous le coup d'un empoisonnement urémique plus ou moins prononcé, et ne devra-t-il pas présenter à bref délai les signes cliniques de cet état morbide ? Et l'absence de ces signes n'est-elle pas la preuve que l'urée continue à être éliminée à un degré suffisant ? Dès que les principes constituants de l'urine commencent à être retenus dans le sang, à partir de ce moment, les phénomènes d'empoisonnement sont imminents. En pratique, on ne fait pas grand fond des seuls résultats de l'analyse chimique des urines. Quand un malade rend en abondance des urines marquant 1018 à 1025 et ne contenant ni cylindres ni albumine, sauf celle qui accompagne le pus et le sang mêlés à l'urine, rien ne nous autorise à supposer qu'il existe une altération invétérée des reins, à moins que d'autres signes ne viennent témoigner de son existence.

Or, jamais je n'entreprends d'opérer un calculeux sans préalablement recourir à l'examen des urines, et quand je me décide à opérer un malade dont les reins sont manifestement altérés, j'agis en pleine connaissance de cause, et parce qu'il est absolument indispensable de tenter à tout hasard une intervention chirurgicale ; j'aurai à revenir tout à l'heure sur ce sujet. Je dirai, en attendant, que personne plus que moi n'est prêt à faire bon accueil à toute nouvelle application de l'analyse chimique des urines pouvant apporter des données diagnostiques ; je crains toutefois que, dans l'état actuel de nos connaissances, aucun moyen de ce genre ne puisse éclairer le diagnostic de la « dilatation mécanique » dont nous nous occupons.

On s'est encore demandé s'il ne serait pas possible de reconnaître l'existence de ces altérations à l'aide des données fournies par la palpation ou la percussion. Pour ce qui est de moi, je réponds sans hésitation par la négative. A l'étranger, une voix des plus autorisées s'est déclarée récemment en faveur de la valeur sémiologique réelle de ces signes au point de vue du diagnostic des lésions rénales. Après m'être particulièrement occupé depuis plusieurs années de cette question, je dois exprimer un avis absolument contraire à celui de cet auteur, tout en lui rendant l'hommage qui lui est dû. Depuis longtemps j'ai la conviction que c'est cette lésion des reins plus que toute autre circonstance qui nous empêche de diminuer encore la mortalité des opérations motivées par les calculs vésicaux volumineux. Si, dans un cas donné, je pouvais reconnaître avec certitude qu'un malade portant une pierre volumineuse, présentait en même temps l'état de dilatation des uretères et des reins, je lui donnerais le conseil de ne se laisser pratiquer aucune opération, et je me contenterais de faire tout mon possible pour prolonger son existence en palliant dans la mesure du possible ses souffrances. Ce programme peut être réalisé jusqu'à un certain point dans ces conditions ; les résultats en sont souvent meilleurs qu'on ne pourrait l'espérer, comme j'ai pu le voir dans quelques cas remarquables ; mais, d'autre part, ces soins palliatifs restent parfois sans effet, et le malade demande avec persistance qu'on lui supprime à tout prix des souffrances devenues intolérables. Dans ces circonstances, pouvons-nous prendre sur nous de lui refuser le secours chirurgical sans forfaire à l'humanité ?

Mais, pour en finir avec ce point, quelle est la valeur réelle des signes obtenus par la palpation et la percussion ? Tout d'abord, nous avons constaté d'une manière incontestable que la sensibilité à la pression de la région rénale peut parfaitement faire défaut, à moins qu'il n'existe une suppuration aiguë, une néphrite aiguë ou un calcul rénal. Vous avez souvent pu voir avec quel soin j'interroge la sensibilité des régions rénales chez nos malades, et vous savez combien cette exploration est facile avec des sujets maigres ; et, d'autre part, vous savez combien elle offre de difficultés lorsqu'il s'agit d'un malade très-gras. Or, il ne faudrait pas vous figurer que la maigreur soit la règle chez les malades dont il est question ; au contarire, je vous garantis que vous aurez plus souvent affaire à des malades d'un certain

---

Il en est de même des brancards à roues, représentés à l'exposition par deux ou trois modèles n'offrant pas des perfections très-notables. Le brancard à roues peut être utile dans des conditions très-spéciales, dans une ville ou en terrain plat, mais en général il n'est point réellement utile en campagne. Les ambulances prussiennes en possèdent trois dans chaque compagnie sanitaire, soit six seulement par corps d'armée, ce qui semble prouver qu'elles ne lui reconnaissent pas de grands avantages.

On s'est vivement préoccupé de la nécessité d'amener des vivres chauds à proximité des ambulances actives ; aussi la Société a-t-elle proposé un prix spécial pour une voiture-cuisine. Trois modèles sont en effet exposés, celui que le ministère français possède et dont l'emploi n'a pas encore été déterminé, un modèle construit par M. Kellner pour le compte du gouvernement autrichien, et un modèle beaucoup plus léger, à deux roues, qui a reçu déjà une médaille à l'exposition de Lyon.

La voiture Kellner est une véritable cuisine dont beaucoup de ménages parisiens se contenteraient ; elle est très-large, garnie d'armoires et de tables et renferme un vaste fourneau chauffé au charbon.

Nous n'avons qu'une crainte à formuler à son endroit, c'est que, par son poids considérable, elle ne soit souvent en retard, si même elle arrive à sortir des routes défoncées comme le sont toujours les chemins lorsqu'un corps d'armée avec tout son matériel vient d'y passer. Enfin, est-on certain d'avoir partout du charbon pour alimenter son fourneau, et si l'on emploie le bois aura-t-on une chaleur suffisante ?

Nous adressons du reste un même reproche à presque tous les constructeurs de matériel d'ambulance : on produit des modèles parfaits en apparence, qui, sur le macadam ou le pavé de nos rues, sont entraînés sans efforts, puis en campagne il se trouve que tout cela reste en chemin, parce que ces belles voitures à roues très-fines, à essieux bas, enfoncent dans la terre qu'elles coupent comme au couteau et sont presque toujours retenues loin du lieu où l'on en aurait besoin.

embonpoint. Ces malades ont généralement été dans l'inaction depuis un ou deux ans, sans prendre d'exercice musculaire, de sorte que le tissu adipeux a pu s'accumuler, et dans cet état de choses la palpation ne peut plus guère vous apprendre grand'chose relativement à l'état des uretères. Il y a plus : quand même il s'agirait d'un sujet maigre, offrant les conditions les plus favorables à ce genre d'exploration, les lésions dont nous nous occupons ne sont pas de nature à se révéler à l'observateur par des signes physiques. Supposons que l'uretère ait atteint les dimensions de l'aorte ou qu'il les ait même dépassées : aurons-nous affaire alors à un tube distendu par des gaz et reconnaissable par la sonorité à la percussion ? ou bien y aura-t-il distension par un liquide avec production de matité sur le parcours de l'organe ? Évidemment non ; l'uretère, en pareil cas, est à l'état de tube affaissé, à parois minces et souples, quoique donnant passage, il est vrai, à du liquide ; mais il vous sera tout aussi difficile de le distinguer par la percussion des organes voisins et de délimiter son contour qu'il le serait de reconnaître par le même procédé d'exploration le plexus lombaire. Cela est également vrai pour le rein lui-même. Vous pouvez certainement, sans un degré d'habileté extraordinaire, déterminer les dimensions d'un rein augmenté de volume ; mais il est impossible, par les procédés d'exploration physique, de reconnaître et de démontrer l'existence d'une dilatation du bassinet, ou d'une atrophie du parenchyme rénal. Sans doute vous pourrez avoir des présomptions, sans doute vous pourrez parfois deviner avec sagacité, mais lorsqu'il s'agit d'un diagnostic dont dépend la vie ou la mort du malade, on ne doit pas se contenter de présomptions, quelque sagaces qu'elles soient. Il y a donc là un champ de recherches qui invite à de nouvelles investigations. Car, je vous l'affirme avec certitude, nous ne possédons pas encore aujourd'hui les moyens de diagnostiquer d'une manière quelque peu certaine la pyélite accompagnée de distension mécanique.

2. Je dois maintenant considérer la question du *pronostic* des altérations rénales dans les cas où il existe un calcul de la vessie, que l'on se propose de traiter par une intervention opératoire. Tout d'abord je vous dirai que lorsque le calcul est de faible volume, — gros comme une petite noix, — la lithotritie *bien faite* offre peu de dangers, quel que soit l'état des reins. Mais malheureusement la pierre a souvent acquis un volume considérable, et le malade est dans une situation précaire, quoi qu'on fasse ; nous devons alors nous demander quel est le traitement qui va lui donner le plus de chances d'amélioration, sinon de guérison.

J'ai opéré au moins trois calculeux qui étaient affectés de maladie de Bright invétérée et manifeste, et chez lesquels les souffrances avaient atteint un degré d'intensité tel que l'opération était ardemment sollicitée. De ces calculs, phosphatiques tous les trois, deux étaient volumineux, le troisième ayant des dimensions moyennes. (Pour moi, un calcul de *volume moyen* est un calcul qui offre environ un pouce comme moyenne des principaux diamètres.)

De ces trois malades, le premier était un client du docteur Sharpe, de Norwood ; je le soignai en 1865. J'ai réussi, au moyen des précautions les plus minutieuses, à complétement débarrasser la vessie en huit séances, ce qui fut cause d'un très-grand soulagement pour le malade. Les urines, quoique assez transparentes, étaient peu denses et albumineuses. Le malade put atteindre le terme de son existence — il vécut encore de dix à neuf mois, je crois — dans des conditions de bien-être relativement très-bonnes. Le deuxième cas s'est présenté à moi, ici, à l'hôpital, en 1870. J'eus soin de procéder avec infiniment de circonspection, les séances au nombre de cinq ayant duré six semaines, à cause des frissons intenses avec état fébrile prolongé qui en furent plusieurs fois le résultat ; le malade sortit de l'hôpital merveilleusement amélioré et débarrassé de tous les symptômes dépendant de la pierre vésicale. Je le revis trois mois après sa sortie, et l'amélioration se maintenait parfaitement. Depuis lors, je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Enfin, le dernier de ces trois cas se présenta vers la même époque, également à l'hôpital. L'affection rénale était ici plus avancée qu'elle ne l'était dans le cas précédent. Ce ne fut qu'après bien des sollicitations de sa part que je consentis à lui pratiquer la lithotritie. Je ne pus résister à ses supplications de faire mon possible pour atténuer ses souffrances ; il savait aussi bien que moi qu'une mort inévitable ne pouvait longtemps se faire attendre. En tenant compte de sa pâleur, de son état de débilitation, de l'accélération constante du pouls, il ne pouvait être question un seul instant de lui pratiquer la taille. J'attendis trois semaines avant de porter la main sur lui, dans l'espoir que son état pourrait s'amender un peu par un traitement préparatoire. Cinq séances de lithotritie suffirent à l'enlèvement de la presque totalité du calcul ; mais la cinquième fut suivie de frissons intenses avec vomissements, et le malade succomba en peu de jours.

La taille aurait-elle été applicable dans n'importe lequel des trois cas que je viens de vous rapporter ? Je n'hésite pas à affirmer qu'on ne pouvait, avec la moindre chance de succès, faire subir une opération par l'instrument tranchant à des malades aussi profondément débilités. La lithotritie seulement pouvait offrir quelques chances de guérison, et grâce à elle j'ai pu épargner à deux de ces malades les tortures de l'affection calculeuse et ajourner la terminaison fatale qui était imminente.

Mais, me direz-vous, il s'agissait dans ces cas de la « maladie de Bright » confirmée, et vous me demanderez à bon droit si les mêmes règles de conduite doivent être appliquées

---

Nous ne parlerons point des brancards à mains, car nul progrès ne nous a paru réalisé, et rien ne dépasse encore notre modèle militaire, ou celui de la Société de secours, qui joignent une grande solidité à une légèreté suffisante.

A côté de ces objets intéressants se trouve une exposition assez mesquine de charpies, compresses et autres objets de pansement dont chacun connaît l'usage. Les boîtes à opérations de Mathieu ne présentent non plus rien de bien spécial pour les chirurgiens, qui depuis longtemps apprécient à leur valeur les instruments de cet honorable exposant. Le sac d'ambulance qu'il expose, et dont le modèle a été adopté par les compagnies de débarquement de la marine, est fort bien aménagé. Il en est de même de celui qu'ont disposé MM. Robert et Colin. M. Delpech, pharmacien à Paris, présente sous ce titre une boîte carrée qui, tout en ne pesant que dix-neuf livres, paraît cependant un peu volumineuse. Elle est bien disposée, et l'ensemble des objets qu'elle contient est facilement embrassé d'un seul coup d'œil. Cependant le nombre des médicaments pourrait être sensiblement diminué, car en voulant introduire trop de choses dans un sac d'ambulance on finit par n'y plus trouver une quantité suffisante des objets réellement indispensables : le linge et la charpie.

M. Werber a exposé ses appareils prothétiques, M. Le Mulatier (Silvent), de Lyon, des gouttières métalliques ; ces produits sont assez connus pour ne point insister.

Tels sont les principaux objets que la Société de secours appelle aujourd'hui le public à juger ; bien peu sont réellement nouveaux, et, à l'exception des voitures Kellner et Binder, on est en droit de se demander où sont les progrès accomplis.

Néanmoins, et quoique le succès n'ait pas répondu aux légitimes espérances de la Société, nous la félicitons sincèrement d'avoir tenté ce nouvel effort et faisons des vœux pour que, par sa persévérance, elle parvienne à vaincre l'apathie du public, et surtout celle des inventeurs, à l'égard d'institutions philanthropiques dignes du respect de tous.

Dr G. Morache.

dans un cas de calcul accompagné de pyélite avec dilatation mécanique, à supposer que l'existence de cette complication fût reconnue à l'avance. A cela je ne peux faire qu'une réponse : tous les malades de ce genre que j'ai vus et chez lesquels l'autopsie a démontré l'existence des altérations rénales en question, tous ces malades, dis-je, présentaient un défaut manifeste de résistance vitale,—tous offraient un état général de débilitation qui m'aurait fait reculer jusqu'à la dernière extrémité avant de me résoudre à porter sur eux l'instrument tranchant. Et, tout en convenant que je m'abstiendrais volontiers de la lithotritie comme de la taille, ainsi que je vous l'ai déjà dit, dans les cas où il serait permis de reconnaître l'existence de l'altération invétérée du rein, cependant je crois que chez quelques-uns de ces malades, j'ai réussi à appliquer avantageusement la lithotritie. Il en a été ainsi pour trois cas compliqués de rétrécissement uréthral étroit et invétéré, et accompagnés, j'en suis convaincu, d'un état de dilatation mécanique considérable des voies urinaires postérieures au rétrécissement ; dans ces cas, j'ai dû maintenir à l'urèthre un calibre suffisant à l'aide de sondes à demeure. Mais ces malades étaient dans un état général tellement misérable, que pour rien au monde je n'aurais consenti à les tailler, et je crois que tout praticien aurait partagé mes scrupules.

Mais à ces allégations vous pourrez me répondre à bon droit : que faites-vous de cette proposition formulée autrefois par certains chirurgiens des plus autorisés, qui ont dit que, dans les cas où il existe une *affection rénale*, il est préférable de recourir à une opération qui supprime le calcul *d'un seul coup*, plutôt que de vouloir atteindre ce résultat à l'aide d'une méthode telle que le broiement, qui nécessite l'introduction répétée du brise-pierre, et qui expose le malade à l'irritation prolongée qu'occasionne la présence des fragments calculeux ? Il y a *aujourd'hui* à répondre à cette objection, que la proposition qui vient d'être énoncée, et qui était vraie incontestablement il y a trente ans, ne l'est plus, maintenant que la valeur relative des deux méthodes opératoires, taille et lithotritie, a été si profondément modifiée. L'opération de la taille avait déjà acquis le degré de perfection qu'elle présente aujourd'hui avant que la lithotritie fût seulement inventée, et elle donnait déjà des résultats aussi beaux que ceux qu'on en a retirés depuis. Mais, par contre, le perfectionnement de la méthode nouvelle, la lithotritie, s'est fait progressivement dans le cours des dernières cinquante années, et jusqu'à ce jour. L'application de cette méthode donne aujourd'hui des résultats meilleurs que ceux d'il y a vingt, ou même dix ans, et c'est pour cela que la proposition ayant trait aux complications rénales qui était parfaitement fondée alors, perd tous les jours de plus en plus sa raison d'être. *Je suis même d'opinion que la règle inverse doit être adoptée pour les cas où le calcul est facile à broyer*. Pour étayer cette assertion, j'ai fait paraître devant vous six témoins irrécusables, — j'en aurais facilement produit un plus grand nombre, — six malades calculeux qu'il eût été impossible de traiter par la taille ; conduire ces malheureux individus, pâles et affaiblis, à l'amphithéâtre pour leur faire subir la taille, c'eût été les mener à l'abattoir, purement et simplement. De ces six patients, cinq ont pu être sauvés. Je crois donc que lorsqu'il s'agit d'un calcul même assez volumineux, pourvu qu'il soit de consistance friable, — et notez que, dans ces cas, le calcul est généralement phosphatique et par conséquent friable, — et lorsqu'il existe une altération invétérée des reins, avec débilitation générale ; je crois, dis-je, que s'il y a une opération qui puisse offrir quelque chance de succès, c'est la lithotritie ; et je crois que, dans un tel cas, la taille expose à une mort certaine. Le choix reste donc fixé entre la lithotritie et un traitement palliatif ; si, d'autre part, le calcul n'est pas de nature à être facilement broyé, il faut choisir entre la taille et le traitement palliatif, et peut-être ce dernier doit-il être préféré.

Mais il est impossible de perdre de vue un élément important de cette discussion, et il y aurait affectation de ma part à vouloir le passer sous silence. Quand je pèse devant vous la valeur de la lithotritie, il va sans dire que je n'entends parler que de la lithotritie soigneusement pratiquée par une main habile et expérimentée. En dehors de ces conditions, mieux vaut assurément la taille. Notez qu'il n'est pas possible de comparer entre elles les deux méthodes rivales, comme nous pourrions comparer entre elles certaines autres opérations, — deux procédés d'amputation de jambe par exemple. Et il ne faut pas se dissimuler ce fait, à savoir, que deux chirurgiens expérimentés peuvent retirer de la taille des résultats sensiblement les mêmes à la longue, tandis que la lithotritie pourra, entre leurs mains respectives, donner des résultats absolument dissemblables, et constituer en réalité des méthodes opératoires qui n'ont de commun que le nom. C'est ainsi qu'un jeune chirurgien qui commence sa carrière pourra très-bien pratiquer admirablement une taille latéralisée des plus réussies, tandis qu'il lui faudra une expérience consommée pour arriver à bien faire la lithotritie. Il est donc impossible de comparer entre elles les deux méthodes, ou de déterminer leur valeur respective, sans tenir compte de cet élément de la question.

A vous qui êtes ici en qualité d'élèves, je vous conseille d'opter plutôt pour la taille que pour la lithotritie dans les cas douteux ou difficiles qui pourront se présenter dans votre clientèle, alors que vous en serez à vos débuts ; et cela dans tous les cas, sauf ceux où le calcul sera de très-faible volume, jusqu'à ce que vous ayez acquis une certaine habileté dans le maniement du brise-pierre. Ne vous hasardez pas à entreprendre la lithotritie pour les calculs un peu gros, avant d'avoir pu acquérir un certain degré d'expérience en broyant de petites pierres.

Messieurs, de quelque côté que nous envisagions ces questions si importantes, il s'en dégage toujours une considération capitale, un enseignement de premier ordre, que voici : *Efforcez-vous de reconnaître de bonne heure la présence des calculs vésicaux ;* quand la pierre n'est pas reconnue avant d'avoir acquis un volume considérable, c'est qu'il y a eu *faute commise*. Quand le calcul est petit, il peut être broyé en une ou deux séances au plus, et presque sans danger. L'indication de la taille est alors supprimée, et l'état des reins ne saurait guère causer d'inquiétude. Jamais encore je n'ai perdu de malade dont le calcul ait pu être reconnu et broyé alors que ses dimensions étaient encore faibles, et je compte ne jamais en perdre dans ces conditions.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Note sur l'extrait de malt houblonné, par M. le docteur Champouillon.

L'extrait de malt étant devenu aujourd'hui d'un usage à peu près général, il y a véritablement lieu de s'étonner qu'il n'ait pas attiré davantage l'attention des chimistes pas plus que celle des cliniciens. Si ce produit nous est connu, ce n'est guère que par la voie de l'exploitation commerciale dont il est l'objet. Quant à une étude scientifique complète de ses propriétés, elle n'a point encore été faite, ou du moins je l'ai vainement recherchée. C'est pourquoi je me suis laissé gagner par l'idée qu'il pourrait y avoir quelque utilité à faire connaître le résultat de mes propres observations sur ce sujet et à en exposer le résumé méthodique.

Il me paraît difficile de faire bien comprendre tout le parti que l'on peut tirer de l'usage de l'extrait de malt houblonné, sans énumérer préalablement les éléments qui entrent dans sa composition.

Ce breuvage est très-complexe ; on y trouve en effet de la diastase, de la dextrine, du gluten, du mucilage, de la glycose,

des substances grasses, divers principes azotés, une huile essentielle, des phosphates de chaux, de potasse, de magnésie, des chlorures de sodium et de potassium, du sulfate et du carbonate de chaux, de l'acétate d'ammoniaque, de la silice et de l'oxyde de fer. Le houblon doit être considéré comme le condiment médicinal de la solution concentrée de malt, à laquelle il cède les acides valérianique et malique, de l'osmazome, de la résine pure, une gomme-résine particulière, du tannin, une huile essentielle, le lupulin, qui représente à lui seul une bonne partie des propriétés du houblon.

Le lupulin contenu dans de petits akènes enveloppés eux-mêmes d'une couche de poussière granuleuse, jaunâtre, se compose d'un principe immédiat, la lupuline, 0,02 0/0 d'une essence d'odeur âcre, alliacée, soluble dans l'eau.

Les substances organiques et minérales contenues dans l'extrait de malt houblonné s'y trouvent réparties dans les proportions suivantes pour 1000 grammes :

Matières organiques carbonées.	106 gr.	120 gr.
Substances azotées ou dérivées du gluten.	11 gr.	
Sels minéraux.	3 gr.	

Principes résineux, amers, aromatiques ; quantités indéterminées.

L'extrait de malt houblonné peut donc être considéré et utilisé comme aliment et comme médicament. Comme aliment il est complet, puisqu'il renferme de l'azote, du carbone, des matières grasses et des sels minéraux. Le tannin, la diastase, le lupulin et l'huile essentielle représentent les principaux facteurs de son action thérapeutique.

Le tannin, qui constitue l'un des principes amers et toniques du houblon, a une composition stable, c'est-à-dire qu'il n'est point susceptible de se transformer en acide gallique. La gélatine le précipite en totalité, de sorte que l'extrait de malt houblonné que l'on cherche à clarifier par l'ichthyocolle perd une grande partie de son amertume, tombe à plat et se conserve difficilement.

Le lupulin est, comme on sait, un anti-aphrodisiaque d'un effet assez constant ; sa présence dans l'extrait de malt contribue à calmer les ardeurs génitales chez les sujets prédisposés à la tuberculisation pulmonaire.

C'est dans son huile essentielle que réside la principale propriété sédative du houblon. C'est aussi cette huile qui assure, avec le tannin, la conservation prolongée de l'extrait de malt.

Il y a donc dans le houblon deux qualités différentes : l'une tonique, l'autre narcotique.

En raison de la quantité de diastase végétale qu'il contient, diastase tout à fait analogue à la diastase animale, l'extrait de malt est éminemment propre à la digestibilité des aliments féculents. On sait, en effet, qu'une partie de diastase peut saccharifier et rendre solubles de la sorte 200 parties d'amidon.

Les sujets débilités par une cause quelconque et chez lesquels la pepsine, les sucs gastriques, sont insuffisants, deviennent aptes à digérer et à se nourrir par l'usage soutenu de l'extrait de malt houblonné. C'est de cette manière que l'on réussit à prévenir ou à corriger la dégradation progressive de la constitution, qui aboutit si fréquemment à la tuberculose. Mais c'est exagérer les vertus de ce breuvage que de leur attribuer le pouvoir de guérir la phthisie confirmée. Les phthisiques trouvent dans l'extrait de malt une forte proportion de principes facilement assimilables, à l'aide desquels ils peuvent se sustenter ; mais voilà tout.

M. le docteur Fremy vante beaucoup, et avec raison, l'usage du malt dans les cas de bronchite et de catarrhe chroniques. J'en ai obtenu, de mon côté, de bons effets contre le scorbut, l'anémie, la leucorrhée, la diarrhée glaireuse et la diathèse catarrhale. C'est surtout dans les nombreuses variétés de la dyspepsie que cet agent témoigne de toute son efficacité ; il est pour le moins l'égal de toutes les eaux minérales prescrites pour le traitement de cette affection.

L'action intrinsèque de l'extrait de malt se combine utilement avec l'action de certains agents médicamenteux, tels que la pepsine, la diastase, le fer, auxquels il peut servir d'excipient sans s'altérer. Le sous-borate de soude en ferait peut-être un breuvage antizymotique ; c'est à vérifier.

J'ai eu de très-nombreuses occasions d'expérimenter l'extrait de malt houblonné ; je n'ai jamais manqué d'en suivre et d'en noter exactement les effets que j'ai cherché à classer dans le tableau suivant :

Anémie. — *Résultats très-satisfaisants* ; dans les espèces consécutives aux hémorrhagies, à la gestation, à l'intoxication palustre, à l'incarcération prolongée, à la débauche, aux mauvaises qualités de l'alimentation, au scorbut, à la diarrhée chronique, aux maladies graves.

Résultats moins heureux : dans les cas d'anémie hydrémique, nerveuse ou constitutionnelle.

Insuccès : dans l'anémie hypochondriaque.

Dyspepsie. — *Succès à peu près constant* : dans les variétés de la dyspepsie résultant de la vie sédentaire, du paludisme, de l'anémie, de la chlorose ; dans les formes flatulente et catarrhale, ainsi que dans le cas de *vertigium a stomacho*.

Succès partiels ou temporaires : dans la dyspepsie des fumeurs, des goutteux, des gourmands.

Résultats médiocres : dans les variétés essentielle, hépatique, hypochondriaque, hystérique.

Insuccès habituel : dans la dyspepsie avec régurgitations acides ou vomissements glaireux (*eaux*) symptomatiques d'une gastrite chronique.

Phthisie. — *Excellents effets* : dans la forme catarrhale ; contre l'anorexie surtout ; comme agent prophylactique de la tuberculose, chez les sujets anémiés ou scrofuleux.

Il en est de l'extrait de malt houblonné comme de tous les composés médicamenteux : son efficacité dépend beaucoup de certaines précautions prises pour sa préparation et principalement pour sa conservation. Quand ces précautions sont négligées ou méconnues, le produit perd ses propriétés et tombe nécessairement en discrédit. Si une réaction générale se manifeste aujourd'hui en France contre l'extrait de Jean Hoff, ce n'est pas seulement parce que cet extrait est de provenance allemande, mais c'est surtout parce qu'il se transforme plus ou moins rapidement par la fermentation en un *porter* détestable, avarie que l'on déguise sous le titre de *bière* de santé. De nombreux essais ont été tentés pour le remplacer ; ils n'ont pas tous également réussi. J'ai usé de tous les succédanés connus, j'en sais le mérite comparatif, mais je ne crois pas devoir fixer la cote de chacun d'eux.

Bien que je me sois imposé une réserve absolue à cet égard, je ne puis cependant, sans protestation, laisser donner le nom d'extrait de malt houblonné à un breuvage noir, boueux, effervescent, acide, amer, indigeste, qu'une spéculation sans scrupules ose préconiser comme un remède d'une efficacité merveilleuse contre toutes les maladies. Je n'espère point, en la signalant, ruiner cette supercherie ; non, je n'y compte pas, car il y a des malades qui s'opiniâtrent dans une aveugle confiance, comme il y en a d'autres qui meurent de leur scepticisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 3 mars 1873. — Présidence de M. de Quatrefages.

Menton artificiel. — M. *Ch. Delalain* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), un mémoire sur un menton artificiel à cuvette. (Renvoi à la commission.)

MALADIE DE LA VIGNE. — M. *Dupré* adresse une note sur ce sujet. (Renvoi à la commission du *Phylloxera.*)

CHOLÉRA. — M. *Vielguth* adresse une note relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

INFLUENCE QUE LES CHANGEMENTS DANS LA PRESSION BAROMÉTRIQUE EXERCENT SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE. 9e note de M. *P. Bert.* — Nous nous occuperons de ce travail dans un de nos prochains numéros.

HYGIÈNE ET CHIRURGIE. — M. le baron *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Gordon*, délégué inspecteur général des hôpitaux de l'armée anglaise, un livre imprimé en anglais et intitulé : LEÇONS D'HYGIÈNE ET DE CHIRURGIE, D'APRÈS LA GUERRE FRANCO-PRUSSIENNE, et donne verbalement une courte analyse de ce travail.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Allier pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Ponlacre* sur une épidémie de diphthérie qui a sévi dans la commune de Rouelles pendant les années 1871-1872. (*Même commission.*)

M. *Quetelet*, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique, adresse à l'Académie une série de brochures, de mémoires et de manuscrits.

M. *Onimus* adresse une note sur l'infection purulente.

M. *Lefort* présente à l'Académie un ouvrage de M. *Frédéric Wurtz.*

M. *Hérard* offre en hommage un travail de M. *Besnier.*

M. *J. Guérin* dépose sur le bureau le 16e volume de la publication scientifique de M. *Louis Figuier.*

SEPTICÉMIE.—M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture de quelques passages de la note que M. Onimus adresse sur l'infection putride. Cette note, fort intéressante, vient encore embrouiller la question déjà si obscure de la septicémie. Il résulte en effet des expériences de M. Onimus que les vibrions, les bactéries et autres organismes inférieurs qu'on croyait la cause des accidents septicémiques, ne déterminent, au contraire, aucun des symptômes observés par MM. Davaine et Béhier. Quel est donc alors l'agent toxique dans l'empoisonnement putride? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

— M. Béhier vient ensuite dire à l'Académie ce qu'il avait sur le cœur lorsque, à la fin de la dernière séance, M. le Président, armé du règlement, lui avait coupé la parole. M. Jules Guérin avait, en effet, conjuré l'Académie de suivre l'opinion publique et de s'inquiéter un peu de ce que pourrait voter à Versailles la commission nommée pour juger l'inspectorat. M. Béhier, lui, conjure ses collègues de n'en rien faire; l'Académie est seule compétente dans cette question et n'a que faire des résolutions, des décisions d'assemblées plus ou moins scientifiques. M. J. Guérin proteste de nouveau et l'incident en reste là.

PRÉSENTATIONS. — M. Houel, en attendant l'heure de l'élection, fait passer sous les yeux de l'Académie un cas fort curieux de monstruosité, et lit à ce sujet une note qu'il est obligé d'écourter sur les monstres ischyopages, premier genre de la famille des monomphaliens d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

ÉLECTIONS. — La Commission proposait les candidats dans l'ordre suivant pour la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale : en première ligne, *ex æquo*, MM. Hirtz et Woillez, puis venaient MM. Villemin, Jaccoud, Peter et Bucquoy.

Au premier tour de scrutin, M. Voillez obtient 54 voix sur 74 ; M. Hirtz 11, M. Villemin 7 et M. Bucquoy 2.

En conséquence, M. *Woillez* est nommé membre de l'Académie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT. — On attendait, je crois, avec une certaine impatience la reprise de la discussion. M. *Pidoux* devait parler. Après l'inspecteur en chef, les inspecteurs en sous-ordre. Cependant, dans une bonne partie de son discours, M. Pidoux a parlé en inspecteur général; défendant l'inspectorat, mais le défendant surtout au point de vue des services généraux qu'il aurait à rendre s'il était plus fortement organisé.

M. Pidoux examine donc l'utilité de l'inspectorat : 1° au point de vue moral et professionnel ; 2° au point de vue médical; 3° au point de vue administratif.

Au point de vue moral, M. Pidoux, avant d'y arriver, remonte à la source de tous ces bruits qu'on a fait courir contre l'inspectorat. D'après le rapport de la Commission de Versailles, tout le monde s'en plaint : les médecins libres, les corporations médicales, les stations thermales, les municipalités, même le public, les malades! Tout cela est faux. Qu'on cite un malade qui se plaigne, une corporation, une commune, un établissement de bains qui ne soit pas content de l'inspecteur ; la chose est possible, mais l'exception n'emporte pas la règle. On a parlé des réclamations du congrès de Lyon ; ne sait-on pas que les congrès sont faits pour se plaindre? En réalité il n'y a là que des calomnies derrière lesquelles on devine les jalousies et les haines d'une infime minorité de médecins libres.

On a crié au privilége, au monopole; ce n'est pas sérieux. Il n'y a pour l'inspecteur que de la responsabilité et des devoirs, pas de priviléges, car il n'a, en somme, aucun droit sur les malades, aucune autorité sur ses confrères. On lui reproche son titre qui le signale à l'attention publique. Quel mal y a-t-il à cela, si son honorabilité et ses capacités seules lui ont mérité ce titre et sa position dans un établissement thermal? Si un étranger, un malade non renseigné s'adresse à lui de préférence, c'est qu'il voit plus de garantie que dans le premier médecin venu.

Il ne faut pas oublier non plus la dignité professionnelle. Le terrain des stations thermales est un terrain essentiellement glissant, où les occasions, les tentations, ne manquent pas de se laisser aller à faire la chasse au client où à d'autres agissements plus ou moins honorables. Il faut beaucoup de sévérité envers soi-même pour ne pas faillir. L'inspecteur, par son titre, par sa position officielle, est obligé de se tenir devant le public, et la dignité, l'honorabilité du corps médical ne font qu'y gagner. Supprimez-les, et vous verrez apparaître immédiatement les tripotages entre médecins et propriétaires des bains, le mercantilisme et le charlatanisme le plus éhonté.

Au point de vue médical proprement dit, M. Pidoux partage l'avis de M. Gubler, qui demande certaines modifications qui donneraient à l'inspectorat un rôle plus scientifique. Dès 1865, il attirait l'attention du gouvernement sur les services que pourraient rendre les inspecteurs dans l'étude des affections chroniques : les établissements sont, en effet, le véritable champ d'observation où l'on peut étudier les maladies constitutionnelles et héréditaires, saisir les lois de leurs transformations et de leurs dégénérations. C'est là le complément de fonctions que M. Pidoux réclame pour les inspecteurs. M. J. Guérin lui-même à cette époque avait demandé qu'on mît la question à l'ordre du jour. On passa outre. Puisque l'occasion se représente aujourd'hui, il ne faut plus la laisser échapper. Et puisque les médecins libres veulent absolument se mêler de l'inspectorat, ce serait une belle occasion pour eux de montrer leur désintéressement à la chose publique en aidant l'inspecteur de leurs recherches et de leurs travaux ; car M. Pidoux ne regrette nullement l'intervention d'une commission médicale, une sorte de conseil d'administration qui aiderait l'inspecteur, et veillerait au fonctionnement régulier de l'établissement. Seulement il ne voudrait pas, comme M. Gubler, que cette commission fût exclusivement médicale.

Utilité au point de vue administratif : ici la nécessité d'un inspecteur est évidente. M. Pidoux voudrait leur voir plus d'indépendance, d'initiative et d'autorité. L'inspecteur devrait même pouvoir, au besoin, requérir la force armée pour faire exécuter ses ordres.

Quant aux rapports que l'inspecteur adresse au ministre de

l'agriculture, rapports où il expose les besoins de la station, les changements, les améliorations à faire; il n'y a qu'une chose à regretter, c'est qu'on en tient pas assez compte, car on ne les étudie pas avec assez d'attention dans les bureaux du ministère.

Passant ensuite à la question du libre usage des eaux, M. Pidoux se prononce nettement contre la liberté absolue; s'il y avait des abus dans l'ancien système, il fallait les réformer, mais conserver le principe.

A propos de l'incompatibilité que trouve M. J. Guérin entre les titres d'inspecteur et de médecin, M. Pidoux avoue qu'il ne comprend pas l'argument. C'est justement le contraire qui serait impossible, car on ne peut être bon inspecteur des eaux minérales qu'à la condition d'être médecin. C'est alors que les médecins libres auraient raison de crier si l'on mettait à la tête d'un établissement thermal un inspecteur qui ne saurait pas un mot de médecine.

En résumé, M. Pidoux conclut pour le maintien de l'inspectorat, mais en lui adjoignant une sorte de conseil. Quant à la nomination de l'inspecteur, il admet volontiers, avec M. Hardy, qu'elle se fasse d'après une liste présentée par le conseil d'hygiène et l'Académie.

Ce discours est accueilli par d'unanimes applaudissements.

M. *J. Guérin* demande la parole pour un fait personnel : à plusieurs reprises on a fait allusion à son titre d'inspecteur. C'est justement parce qu'il l'a été qu'il connaît les abus et l'inutilité de l'inspectorat. Aussi n'y est-il pas resté longtemps, et il s'est dépêché de donner sa démission.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE, SA NATURE ET SON TRAITEMENT. — RELATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC. — VARICELLE ET VARIOLE.

M. *Empis* donne lecture d'un rapport sur une observation de dysménorrhée membraneuse présentée par M. le docteur *Rames*, ancien interne des hôpitaux, candidat au titre de membre correspondant de la Société. Le rapport conclut à l'admission de la candidature.

— Nos lecteurs se rappellent qu'à la dernière séance le rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes avait provoqué une discussion sur les érysipèles de la face, leur traitement et leur pouvoir contagieux. Aujourd'hui, M. *M. Raynaud* vient exposer son opinion sur la *nature de l'érysipèle et ses relations avec les maladies infectieuses.*

Il s'agit d'abord de savoir si l'érysipèle est bien une unité pathologique, toujours identique avec elle-même, ou bien si sous ce nom on n'a pas confondu des choses différentes, et s'il n'y aurait pas en réalité plusieurs espèces d'érysipèles se ressemblant par l'aspect extérieur, mais différant par la cause qui leur a donné naissance.

Que l'érysipèle soit de nature inflammatoire, cela est incontestable; que cette inflammation siége dans la peau, on ne peut le nier ; mais dans quels éléments de la peau l'inflammation réside-t-elle? C'est là un des points à élucider. M. Raynaud n'hésite pas à placer l'inflammation dans le réseau lymphatique superficiel. Mais n'y a-t-il là qu'une inflammation pure et simple? Quelques chirurgiens répondront encore oui. Les médecins, eux, sont obligés de reconnaître qu'il y a dans l'érysipèle de la face un élément spécifique qui rapproche cette maladie de la grande classe des pyrexies. On ne pourrait cependant pas l'assimiler à une fièvre éruptive, et cela parce que l'érysipèle n'affecte pas une marche cyclique invariable, comme ces dernières, et que d'autre part l'érysipèle est une maladie récidivant très-facilement, tandis que les fièvres éruptives, quand elles se sont une fois présentées chez un individu, créent l'immunité pour l'avenir. Néanmoins l'apparition de l'érysipèle de la face sous forme d'épidémie, son caractère parfois contagieux, la prompte généralisation des symptômes, l'intensité du mouvement fébrile, la facilité de l'éclosion du délire, les lésions hypérémiques de la plupart des viscères, l'existence d'abcès métastatiques disséminés, etc., tous ces caractères accusent incontestablement un élément spécifique, comme dans les pyrexies.

Pour constituer l'érysipèle de la face il faut donc deux choses; l'élément inflammatoire et l'élément spécifique; si ce dernier vient à manquer, on n'a plus affaire à un érysipèle, mais à une phlegmasie pure et simple du réseau lymphatique, en un mot à une angioleucite.

M. Raynaud est persuadé que l'angioleucite est aussi fréquente à la face qu'il peut l'être dans les autres régions du corps, et que ces angioleucites faciales, maladies toutes locales, consécutives à une plaie, à une écorchure, à une croûte d'impétigo, sont très-fréquentes, et très-fréquemment aussi considérées comme des érysipèles de la face véritables. Ceci explique pourquoi l'érysipèle de la face atteint si souvent les scrofuleux, lesquels sont particulièrement disposés aux inflammations du système lymphatique. Mais si chez eux l'érysipèle guérit facilement, ainsi que le faisait remarquer M. Vidal, c'est qu'il s'agit d'un pseudo-érysipèle, d'une angioleucite simple, maladie locale et qui n'a rien de la spécificité du véritable érysipèle. Il en est de même de ces érysipèles à répétitions dont sont atteintes certaines jeunes filles au moment de l'époque menstruelle, de ces rougeurs livides qui circonscrivent un groupe de pustules de variole, de ces rougeurs qui s'étendent tout autour du sacrum dans la fièvre typhoïde et des inflammations qui se produisent autour des mouchetures pratiquées sur les membres inférieurs des sujets œdématiés : ce sont toujours là des angioleucites et non pas des érysipèles.

L'érysipèle légitime a, dans l'immense majorité des cas, pour point de départ un traumatisme, une petite plaie superficielle plus ou moins microscopique. Les faits qui semblent faire exception sont en très-petit nombre, et l'on est en droit de soupçonner une erreur. La plaie existant, les choses se passent comme si un germe infectieux pénétrait par cette porte ouverte, et produisait une inflammation des réseaux lymphatiques pour aller propager l'irritation jusqu'aux ganglions correspondants.

Mais, dira-t-on, si au point de vue anatomique il n'y a qu'une angioleucite produite par l'agent infectieux, comment expliquer ce fameux liséré classique qui constitue presque un signe pathognomonique de l'érysipèle. M. Raynaud répond à cela qu'il y a une certaine exagération à attribuer une telle valeur au liséré; que si ce liséré existe dans l'érysipèle, et non dans l'angioleucite simple, c'est parce que l'érysipèle s'avance par plaques occupant des groupes ou départements de capillaires lymphatiques réunis en réseaux autour des troncs d'un volume un peu plus considérable; au moment où un département vient à se prendre il fait une saillie dont le rebord s'accuse par le liséré en question. Dans la lymphangite vulgaire l'inflammation s'étend rapidement et d'emblée sur plusieurs groupes de lymphatiques en nappe uniforme.

D'ailleurs l'érysipèle n'est pas la seule variété d'angioleucite dans laquelle se rencontre le liséré; les lésions consécutives à une piqûre anatomique présentent, deux ou trois jours après l'accident, l'empâtement, la rougeur circonscrite des téguments et l'engorgement ganglionnaire, qui pourraient faire croire à l'érysipèle si l'on ne connaissait pas la cause initiale qui permet la précision du diagnostic. D'autre part, dans la morve aiguë la face prend un aspect érysipélatoïde qui dans les premiers jours peut faire croire à un véritable érysipèle. M. Raynaud cite à ce propos un cas observé, il y a longtemps déjà, dans le service de M. Hérard, pris par tout le monde pour un érysipèle de la face; seul M. Hérard avait diagnostiqué la morve, en raison de la coexistence d'un jetage des narines et de la profession de palefrenier exercée par le sujet. Tous ces exemples prouvent que les lymphatiques, comme les autres systèmes

de l'économie, ne possèdent pas un nombre indéfini de modes réactifs. Spécifiquement irrités, quel que soit d'ailleurs l'agent d'irritation, ils s'enflamment d'une manière identique, et ce n'est que par la connaissance du processus pathogénique que l'on peut déterminer la nature particulière de l'inflammation.

Toujours est-il qu'en voyant la pénétration d'un germe infectieux sous l'épiderme produire des phénomènes semblables à ceux de l'érysipèle, on ne peut se refuser à admettre que cette dernière maladie n'ait une cause du même ordre. Mais quel est l'agent spécifique qui produit l'érysipèle? Jusqu'à présent c'est une question fort obscure. Il faut remarquer que l'érysipèle à l'état épidémique se développe toujours au milieu d'autres épidémies, au milieu des maladies d'encombrement, dans les services de chirurgie ou dans les services qui en sont voisins, lorsque règne l'infection purulente, en temps d'épidémie puerpérale : en un mot l'érysipèle de la face ne surviendrait pas à l'état d'épidémie primitive, mais à l'état d'épidémie secondaire. L'érysipèle ombilical du nouveau-né ne coïncide-t-il pas toujours avec les fièvres puerpérales dans les services de maternité? Si cet érysipèle des nouveau-nés est si grave, c'est parce qu'il reconnaît comme cause le même agent spécifique infectieux qui préside aux accidents puerpéraux. Les épidémies d'érysipèle de la face coïncident également avec celles d'ophthalmie purulente, de stomatite ulcéro-membraneuse, de pourriture d'hôpital, de dysentérie (Stoll, Pringle), de typhus des camps, de fièvre typhoïde et même de grippe.

L'opinion résumée de M. Raynaud est donc qu'un agent spécifique, capable en pénétrant directement dans le sang, ou absorbé par les voies respiratoires, de produire les maladies infectieuses sus-mentionnées, peut produire l'érysipèle lorsqu'il pénètre dans l'économie par un traumatisme intéressant les vaisseaux lymphatiques. L'agent morbide est le même, mais la porte d'entrée diffère. Certes, tout cela est hypothèse, mais avec cette hypothèse on peut s'expliquer comment l'érysipèle est en général moins grave que la maladie infectieuse correspondante. Évidemment l'érysipèle de la face est moins dangereux que l'infection purulente qui ravage une salle de chirurgie; l'érysipèle spontané est aussi moins redoutable que l'érysipèle chirurgical, parce que dans ce dernier l'agent infectieux, au lieu de pénétrer seulement par quelque vaisseau lymphatique, trouve largement ouverts à la surface d'une plaie et des vaisseaux lymphatiques nombreux, et surtout des veines. Dans l'érysipèle spontané, l'agent infectieux trouve sur sa route les ganglions lymphatiques, qui lui opposent une barrière sinon infranchissable, au moins modificatrice, et qui, arrêtant l'infection, donne à l'organisme le temps de réagir d'une façon efficace.

Si l'érysipèle a une prédilection très-marquée pour la face et s'il s'y comporte d'une manière très-bénigne, c'est parce que cette région est revêtue d'une peau fine, très-sujette aux excoriations, et qu'elle est toujours découverte et ainsi plus exposée aux influences directes des agents infectieux.

Quant à la contagion de l'érysipèle telle qu'elle se montre habituellement dans les services hospitaliers, par exemple, et particulièrement dans les salles de chirurgie, elle se trouve expliquée par le milieu dans lequel la maladie se développe; ce n'est plus de la contagion, c'est de l'infection. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il n'y ait pas de contagion véritable dans certaines formes de l'érysipèle, mais là, dans ces séries surprenantes de 20 cas d'érysipèles de la face contractés successivement dans une même maison, où il n'existe en apparence aucun autre germe de maladie infectieuse, il est à supposer que, malgré la similitude des symptômes, il y a une différence réelle dans la nature et dans l'origine de ces érysipèles contagieux.

Il faut donc continuer à maintenir l'unicité de l'érysipèle au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique, mais il est conforme à l'observation d'en admettre la multiplicité au point de vue de l'étiologie, et par conséquent de la nature intime.

Quant au traitement local de l'érysipèle, M. Raynaud lui accorde peu de confiance. Les barrières de collodion sont tout à fait illusoires pour arrêter l'érysipèle. Récemment encore M. Raynaud a pu constater leur inefficacité. Les vésicatoires sont de plus de valeur, mais il faut les appliquer selon la méthode de Dupuytren, au centre même de la plaque érysipélateuse; l'irritation artificielle ainsi provoquée peut modifier avantageusement l'irritation primitive, ce serait là une application de la méthode substitutive.

M. *Bourdon* rappelle un fait dans lequel le collodion appliqué sur les paupières n'a pu empêcher l'œdème et le sphacèle. Il conseille, pour arrêter la marche envahissante de l'érysipèle vers le cuir chevelu, d'appliquer la couche de collodion à la naissance des cheveux.

— M. *Martineau* communique une observation *d'empoisonnement aigu par l'arsenic*, et présente des dessins et des pièces anatomiques. Dans ce cas l'autopsie a montré : dans l'estomac des ulcérations et des hémorrhagies sous-muqueuses, une hyperémie intense de tout ce viscère. De plus, une stéatose généralisée des principaux organes, foie, reins, muscles, etc.

Pendant la vie on avait constaté : d'abord un abaissement considérable de la température (35°,2), et plus tard, un peu avant la mort, une élévation (38°,6). Enfin, on avait trouvé de la glycosurie, laquelle s'est trouvée expliquée à l'autopsie par l'état congestif intense du quatrième ventricule.

— M. *Ed. Labbé* cite un cas de varicelle ayant donné naissance par contagion à une variole. Depuis longtemps, M. Labbé considère ces deux maladies comme étant de la même famille. En voici donc une nouvelle preuve.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 MARS 1873.

LES LÉSIONS DE LA DYSENTÉRIE CHRONIQUE : CORNIL. — INJECTIONS DE LIQUIDES CONTENANT DES BACTÉRIES SANS SEPTICÉMIE : ONIMUS. — ACTION DU SÉLÉNIATE DE SOUDE SUR LE SANG. L'ÉTHER SILICIQUE. LE CHLORURE DE CALCIUM SUCCÉDANÉ DU CHLORURE DE ZINC : RABUTEAU. — ACTION TOXIQUE DE L'OXYGÈNE CHEZ LES ANIMAUX SOUMIS A L'AIR COMPRIMÉ : BERT.

M. *Cornil* présente une série de dessins et de préparations sur les lésions de la dysentérie chronique. L'anatomie pathologique des ulcérations du gros intestin dans la dysentérie est encore assez mal connue; M. Cornil y ajoute un document important, c'est-à-dire une étude approfondie des ulcérations dysentériques. Il a trouvé dans le gros intestin, en dehors de la pigmentation de la muqueuse et du gonflement de la muqueuse, des dépressions plus ou moins étendues, au niveau desquelles on trouve des ulcérations, et enfin des pertes de substance plus profondes. Les dépressions sont formées par la muqueuse privée d'épithélium et par une destruction plus ou moins complète des glandes en tube. Les ulcérations répondent à une destruction de presque toute la muqueuse, y compris la couche de fibres musculaires lisses située sous la muqueuse; il y a également infiltration de leucocytes ou de globules blancs dans le tissu de la muqueuse, état embryonnaire de cette muqueuse. De plus, les culs-de-sac des glandes en tubes sont dilatés, hypertrophiés.

Les pertes de substance se présentent sous l'aspect de masses ovoïdes à ouverture étroite du côté de la surface interne et formant des cavités oblongues, arrondies, dilatées, situées au-dessous des fibres musculaires lisses de la muqueuse. Ces cavités ou pertes de substance n'ont pas jusqu'à présent été décrites ni étudiées suffisamment; pour M. Cornil, elles sont formées par les vésicules closes ou glandes lymphatiques sous-muqueuses.

A un premier degré, on trouve la vésicule close gonflée; il y a, dans une partie de son contenu, destruction du réticu-

lum, et plus tard on trouve son intérieur constitué par une large vésicule dont le contenu est formé de globules blancs, de cellules épithéliales de diverses formes renfermant des vacuoles à contenu gélatiniforme, et enfin une sorte de membrane plissée en divers sens, dans laquelle on trouve un revêtement d'épithélium cylindrique. Ce revêtement apparaît du côté de l'ulcération de la muqueuse; son apparition coïncide avec la formation de l'ulcération qui constitue l'orifice rétréci de la vacuole ou perte de substance. De sorte qu'en résumé les pertes de substances sont produites aux dépens des vésicules closes ou glandes lymphatiques, et la paroi ulcérée de la vacuole ainsi constituée est en partie tapissée par un épithélium cylindrique. Celui-ci se développe donc ultérieurement à la destruction des glandes lymphatiques, au sein de la muqueuse infiltrée de globules blancs, ramollie et réduite à l'état de tissu muqueux embryonnaire.

Il y a pour ainsi dire formation nouvelle d'épithélium cylindrique au sein de la muqueuse et sous l'influence, d'une part, de l'état d'infiltration et de ramollissement de celle-ci, et, d'autre part, sous l'influence du voisinage des culs-de-sac hypertrophiés des glandes en tube. En outre, dans ce cas, il y avait une pigmentation abondante à la périphérie des lobules hépatiques et pigmentation de la rate.

M. Cornil n'a pas expliqué comment se fait l'apparition de ces cellules épithéliales cylindriques dans les vacuoles, est-ce par propagation des cellules épithéliales de la muqueuse, cela est peu probable, puisqu'au niveau des vacuoles l'épithélium est détruit? Est-ce par une disposition spéciale résultant d'un ensemble de conditions favorables à la production épithéliale, c'est-à-dire la présence d'une muqueuse embryonnaire, l'action dite de voisinage des culs-de-sac glandulaires? c'est ce que le présentateur n'a pas discuté.

M. *Onimus* complète le compte rendu de ses expériences sans y ajouter de faits nouveaux; cependant il fait remarquer que l'innocuité des injections de bactéries formées dans l'eau qui entoure l'entonnoir de papier parchemin contenant du sang putréfié, prouve que le virus septicémique n'est pas une substance dialysable. Les bactéries formées dans l'eau ne proviennent pas du sang putréfié, elles ne traversent pas le papier à dialyse. Mais alors, on ne saurait considérer ces faits comme prouvant péremptoirement que les bactéries ne sont pour rien dans la septicémie; ils démontrent simplement que les bactéries formées au voisinage d'un liquide putride ne peuvent être le véhicule du virus septicémique, celui-ci ne traversant pas le papier à dialyse.

M. *Rabuteau* communique une série de faits très-curieux, mais qui, pour être exposés avec détails, exigeraient des considérations chimiques trop étendues pour l'espace qui nous est réservé. Nous nous bornerons à dire que, se basant sur des recherches spectroscopiques, M. Rabuteau établit que le séléniate de soude se transforme dans le sang des animaux en acide sélénhydrique, agent réducteur transformant les deux bandes d'absorption du sang situées entre les lignes D et E, en une bande continue qui dépasse les lignes D et E.

M. Rabuteau signale en outre un composé silicique, qui représente une sorte d'éther, ayant pour formule $Si(C^2H^5)^4$, agissant comme anesthésique chez le chien, et qui, à la dose de 5 gouttes en injection, les tue en vingt-quatre heures.

Enfin, M. Rabuteau propose d'employer en chirurgie le chlorure de calcium comme succédané du chlorure de zinc, ce composé ayant la même action destructive sur les tissus et ne pouvant produire d'effets toxiques analogues à ceux qu'on a observés, rarement à la vérité, avec le chlorure de zinc.

Pour terminer la séance, M. *Bert* rapporte les nouvelles expériences qui lui permettent de conclure que l'oxygène introduit en excès dans le sang par la respiration de l'air comprimé exerce son action toxique sur les globules du sang eux-mêmes; les globules ne peuvent contenir qu'une certaine quantité d'oxygène, lorsque ceux-ci ont été sursaturés, l'oxygène s'accumule dans le sérum, les globules modifiés dans leur composition et entourés d'un véhicule modifié par l'excès d'oxygène perdraient leurs propriétés et deviendraient inaptes à l'entretien de la vie.

M. Bert n'a pas achevé ses expériences; un accident vient de les interrompre, les cloches à compression ont éclaté, mais cet accident n'a été fatal que pour un chien qui, brusquement décomprimé, a présenté un emphysème généralisé remarquable. Comme l'a fait remarquer M. Gréhant, l'appareil est un véritable *canon à vent*, et nous espérons que M. Bert prendra quelques précautions nécessaires pour se mettre en dehors de la *zone dangereuse* de projectiles dont l'aspect est fort peu rassurant, à en juger par les spécimens qu'il en a montrés à la Société.

A. H.

Sociétés savantes de l'étranger.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

Société pathologique de Londres.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de la *Société pathologique de Londres*, et plus particulièrement de la séance du 5 janvier dernier, à laquelle j'ai assisté. Ce ne sera, si vous le permettez, que le premier tribut d'un voyageur curieux à la Gazette hebdomadaire.

Cette société est l'une des trois qui occupent le premier rang à Londres. La Medical and Chirurgical est la plus ancienne; elle date de 1805 et compte dans son sein toutes les illustrations de la capitale. La Société pathologique, qui date de 1846, est formée en général de membres plus jeunes, qui forment ici l'élite des travailleurs, et quoique la plupart des médecins ou des chirurgiens qui en font partie soient déjà des hommes connus par leurs travaux ou attachés officiellement à un des nombreux hôpitaux de Londres, par le but qu'elle se propose, par la nature des sujets à l'ordre du jour de ses séances et par le nombre des pièces qui y sont présentées, cette société se rapproche beaucoup de notre Société anatomique. Ses Comptes rendus, ou Transactions, sont, comme les Bulletins de la Société anatomique, un précieux répertoire pour tous ceux qui s'intéressent à l'avancement de l'anatomie pathologique. Le président de la société est toujours un médecin ou un chirurgien de renom; le président annuel pour 1873 est sir William Jenner, le célèbre « Physician of University College hospital ». La Société clinique (Clinical Society) est de date plus récente (1867); je me propose de vous en parler une autre fois.

Je me bornerai aujourd'hui à insister sur les deux communications qui m'ont paru les plus intéressantes dans la séance du 5 février dernier.

Obs. — *Cas d'embolisme artériel multiple chez une jeune femme. Gangrène de la jambe. Infarctus du rein. Autopsie* (service du docteur Pallock, notes dues à l'obligeance du docteur Mitchell Bruce). Charing-Cross Hospital. — M. H..., jeune fille de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital le 19 décembre 1872. A eu, il y a quelques années, des accidents rhumatismaux mal définis. Elle entre avec une endocardite rhumatismale accompagnée de fièvre. Pouls 140, température élevée, souffle net à la pointe et au premier temps. Le 21 décembre, la jeune fille est prise subitement d'une douleur dans la jambe droite, qu'elle compare à une *crampe* et à la suite de laquelle elle perd l'usage de son membre. La douleur cesse bientôt, et l'on cherche à réchauffer la jambe par des boules d'eau chaude et un bandage de flanelle.

Le 23 décembre la malade remue à peine le membre inférieur droit.

Le 28, le pouls est faible et misérable. On constate sur la jambe droite une rougeur livide, s'étendant des orteils jusqu'au milieu de la jambe; les orteils présentent l'aspect de la gangrène sèche.

Le 30 décembre les douleurs sont plus vives dans le membre malade.

Le 17 janvier la partie gangrenée est limitée par un sillon très-marqué.

Le pouls est à 152, régulier; le souffle mitral du premier temps persiste. Rien à la base du cœur.

Le 24 janvier, large ulcération des parties gangrenées; les muscles sont à nu. La malade s'éteint le 30 janvier.

Autopsie, trente-deux heures après la mort.

Membre inférieur droit. — Gangrène s'étendant des orteils à la partie supérieure de la jambe (s'arrêtant à une petite distance du genou et s'étendant plus sur les côtés et en arrière qu'en avant). Gangrène sèche et dure du pied; gangrène humide à la jambe. En arrière, le tibia et le péroné sont mis à nu par la mortification des tissus et l'élimination des eschares.

Cœur. — La face antérieure du cœur est adhérente au péricarde dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. Poids, 450 grammes. Hypertrophie considérable et un peu de dilatation du ventricule gauche. Caillots mous remplissant le cœur droit et le gauche. Sur les deux faces de la valvule mitrale, végétations jaunâtres, friables, très-nombreuses et développées. Le bord libre de la valvule est blanc et présente un épaississement notable. Végétations polypiformes adhérentes à la face postérieure du ventricule; l'endocarde à ce niveau est épaissi et opaque. Valvules aortiques et cœur droit sains.

Vaisseaux. — A la bifurcation de l'aorte on trouve un grand caillot, fortement adhérent au côté gauche de la paroi, remplissant complétement l'artère iliaque primitive droite. La lumière de l'iliaque primitive gauche n'est pas complétement obstruée par le caillot. Les artères iliaque externe et fémorale droites, à partir du caillot obturateur primitif jusqu'à la partie gangrenée du pied et de la jambe, soutiennent de petits caillots étroits, allongés, moitié jaunes, moitié rouges, qui n'obstruent qu'en partie le calibre de l'artère.

Les veines iliaques et fémorales sont remplies de caillots qui sont plus décolorés et adhérents à gauche qu'à droite.

Poumons. — Pneumonie secondaire dans les deux poumons.

Foie. — Très-gras.

Rate. — Contient de nombreux infarctus.

Cette observation, quoique répondant à la description classique de la gangrène par embolie artérielle, est intéressante à divers points de vue : 1° par la *netteté* du début; 2° par la *fièvre* qui a précédé le détachement de l'embolus et qui est probablement l'expression d'une récente phlogose d'anciennes végétations endocardiques; cette rechute doit avoir vraisemblablement contribué à la désagrégation des néoformations et à la pathogénie de l'embolie dans ce cas; 3° par la coexistence dans le membre inférieur droit de la gangrène sèche et de la gangrène humide, la première limitée au pied, l'autre à la jambe.

Obs. II. *Jaunisse chronique; xanthelasma. A l'autopsie, rétrécissement du canal hépatique un peu au-dessus du canal cystique; atrophie jaune aiguë du foie*, par le docteur Moxon, médecin et professeur à Guy's Hospital. — Le docteur Moxon montre à la Société un foie atrophié avec rétrécissement simple du canal hépatique. Le malade, homme de trente-deux ans, père de deux enfants, a joui d'une bonne santé antérieure; a eu, il y a quatorze ans, une fièvre continue qui a duré trois mois; jamais de syphilis; buveur modéré. Sa maladie a débuté, il y a quatorze mois, par un dérangement des fonctions digestives. Il a eu, il y a six mois, une violente attaque de colique hépatique qui a duré trois heures et à la suite de laquelle s'est déclarée une *jaunisse* qui n'a pas cessé depuis. Peu de temps après, seconde attaque de colique. Il y a trois mois, apparition de plaques blanches sur le scrotum, les mains, les oreilles, la figure et le dos. Dans les derniers temps purpura. Le malade décline rapidement et finit par mourir.

A l'autopsie, on trouve un rétrécissement simple du canal hépatique situé à un pouce au-dessus de la réunion du canal cystique et du canal hépatique. La paroi présente à ce niveau un épaississement fibreux; pas trace de calculs ni d'ulcération de la paroi interne. Les canaux hépatiques sont considérablement dilatés en arrière du rétrécissement et contiennent un liquide incolore, légèrement muqueux, sans trace de bile, tandis que tout le reste du corps et le liquide péritonéal en particulier sont imprégnés de pigment biliaire et présentent la plus belle coloration jaune que l'on puisse imaginer. Le foie présente les lésions caractéristiques de l'atrophie jaune aiguë; les cellules hépatiques sont détruites et le tissu hépatique contient de la *tyrosine*. Le docteur Moxon a soumis le liquide contenu dans le canal hépatique au réactif de Pettenkofer et à l'acide nitrique, et du résultat négatif de cet examen il a conclu que le liquide hépatique ne contenait *aucun des éléments principaux de la bile* (acides biliaires et biliverdine).

Il faut remarquer avec justesse que dans ce cas la pathogénie de la jaunisse ne peut s'expliquer par une résorption des éléments de la bile dans le foie, et qu'on est forcé d'admettre comme cause une suppression de l'excrétion, puisque tous les tissus, excepté les canaux excréteurs hépatiques, en étaient imprégnés. Dans les cas d'urémie, quand nous trouvons de l'urée dans tous les tissus excepté dans le calice et les bassinets, nous ne disons pas que l'urée a été résorbée, mais qu'elle *n'a pas été excrétée* par les reins.

Le docteur Moxon insiste de plus sur la rareté des rétrécissements simples du canal hépatique; il n'a trouvé dans la bibliographie qu'un seul cas qui ressemblât parfaitement au sien (cas de Holmes, dans le XIe volume des *Transactions* de la Pathological Society).

Enfin, il remarque que c'est le premier cas qui démontre que le xanthélasma ou vitilijoïdea est la conséquence d'une jaunisse chronique, quelle qu'en soit la cause anatomique ou physiologique.

A ce propos, je crois qu'il ne sera peut-être pas déplacé de résumer très-brièvement les documents, presque tous anglais, que j'ai pu rassembler sur cette singulière éruption.

Nous devons la première description de cette maladie de peau aux docteurs Th. Addison et William Gull en 1851 (*On a certain Affection of the skin* (*vitilijoïdea, plana et tuberosa*), *with Remarks and Plates*, par Th. Addison et William Gull, in *Guy's Hosp. Reports*, 1851, p. 265). Ces auteurs ne citent comme bibliographie que la description du *vitiligo* de Willan et de Bateman, en insistant sur les différences fondamentales de la description de ces auteurs et de celles des auteurs français, tels qu'Alibert et Rayer, pour lesquels le *vitiligo* est, comme pour nos médecins de Saint-Louis, un simple défaut de pigment.

On trouve dans la description de Willan des taches ou macules et des tubercules; néanmoins, comme elle diffère en beaucoup de points des cas décrits par Addison et Gull, ces auteurs proposent le nom de *vitiligoidea*, pour éviter toute confusion et pour séparer d'autre part nettement cette affection de la kéloïde, qui est absolument différente.

La *vitiligoidea tuberosa* est caractérisée par des nodules ou tubercules, solitaires ou confluents, ayant des dimensions variables (entre une tête d'épingle et un pois) développés dans l'épaisseur du chorion et adhérents en certains points au tissu conjonctif sous-cutané; ces nodules ont été observés aux doigts (articulations métacarpo-phalangiennes), à la paume de la main, au lobule de l'oreille, au coude, etc.

La *vitiligoidea plana*, qui le plus souvent coïncidait avec l'autre variété et quelquefois existait seule, est caractérisée par des taches d'un jaune blanchâtre faisant une légère saillie, à contours irréguliers, un peu durs au toucher, et observés en général aux paupières tout d'abord. Dans les cinq cas décrits, la relation avec une maladie du foie a paru évidente aux auteurs (jaunisse, un cas de diabète) et a été confirmée par les publications subséquentes.

Les plus importantes publications que j'ai pu rassembler sur ce sujet sont les suivantes :

W. Pavy (*Brit. Med. Journ.*, 25 Aug. 1865). *Vitiligoidea, plana* et *tuberosa*. — Éruption généralisée aux oreilles, au dos, aux fesses, sur la peau dorsale des mains et des bras, ayant commencé *sur les paupières*, chez une femme de trente-neuf ans, qui avait depuis un an et demi un ictère chronique en rapport avec une tumeur du foie non déterminée. Les deux formes s'associaient dans ce cas, et, chose curieuse, on trouvait non-seulement une éruption cutanée, mais muqueuse : à savoir des plaques jaunes à contours très-nets, à la surface des muqueuses gingivale, palatine et nasale. L'examen microscopique révèle que les nodules sont dans le chorion, que ce chorion est imprégné de granulations graisseuses donnant au suc de la tumeur un aspect laiteux.

Waldeyer et Jany (Breslau). *Ueber xanthelasma* (1) *palpebrarum* (*Jahrb. der Schlesischen Gesellsch.*, X, V. Cult. pro 1868). — Examen microscopique des plaques fraîchement enlevées et étudiées avec la teinture d'iode; prolifération des cellules du tissu conjonctif des paupières, avec transformation graisseuse consécutive. Ces plaques existaient depuis longtemps et n'étaient liées à aucune affection appréciable du foie, de l'utérus ou des ovaires.

Murchison (*Trans. of the Pathol. Soc.*, t. XX, p. 187). *The lesions found in the liver and skin in a fatal case of vitiligoidea associated with*

(1) Le mot de *xanthelasma* a été proposé par Erasmus Wilson pour la forme plate, et par conséquent il convient de conserver le nom primitif de *vitiligoidea* donné par Addison et Gull, comme nom générique des deux variétés.

chronic jaundice and enlargement of the liver. — Homme de quarante et un ans, buveur de profession. Jaunisse datant de quatre ans et demi, suivie, quatre ans après, de xanthélasma des paupières, puis d'une éruption de *vitiligoidea tuberosa* disséminée sur tout le corps.

Hypertrophie du foie et cirrhose avec hypertrophie de la rate et ulcération simple de l'estomac à l'autopsie.

A l'examen microscopique des nodules, infiltration graisseuse des cellules du tissu conjonctif du chorion, dont on peut encore reconnaître le noyau en le colorant par le carmin.

Hilton Fagge (*Trans. of the Pathol. Soc.*, t. XIX, p. 134, 2 pl., 1868) *Two cases of vitiligoidea associated with chronic jaundice and enlargement of the liver.* — Deux femmes, l'une de trente-neuf, l'autre de quarante-cinq ans, ictériques depuis plusieurs mois, présentant une hypertrophie énorme du foie. Début par *xanthelasma* (*vitilig. plana*) des paupières, suivi quelques mois après d'une éruption de petites nodules (*vitilig. tuberosa*) d'un jaune blanchâtre sur les joues, les oreilles, la poitrine, la face palmaire des mains et des doigts, à la plante des pieds. Plus tard, apparition de tubercules jaunâtres très-durs, agglomérés et atteignant par leur réunion la grosseur d'un haricot, sur l'olécrâne, le long des doigts, au niveau des articulations phalangiennes; ces derniers sont plus rouges et ressomblent pour le siége et la forme aux tophus de la goutte. Ils paraissent développés dans les tendons extenseurs et, comme Gull l'avait remarqué, ils sont, comme eux, mobiles sous la peau.

Le développement de la *vitiligoidea* a été très-lent et toujours indolent. Faggo a trouvé dans les deux cas des selles bilieuses et le pigment biliaire dans l'urine. Ces deux observations ne sont pas suivies d'autopsie.

W. Smith (*Arch. der Dermat. et Syph.*, t. I, p. 88). *Ueber Xanthelasma oder Vitiligoidea.* — Malade de vingt-huit ans qui avait un ictère chronique datant de son accouchement, il y a plusieurs années. Elle eut, peu de temps après l'apparition de l'ictère, une *vitiligoidea* des paupières, suivi de l'apparition de lèpres d'un jaune blanchâtre aux mains; puis formation de tubercules de même nature au niveau de ces lèpres, et généralement aux coudes et aux pieds.

D'après ces quelques extraits, il est difficile de se faire une opinion définitive sur la nature et la pathogénie de la xanthelasma. Je me permettrai néanmoins, en me fondant sur les faits précédents, de poser les jalons suivants :

1. Les auteurs qui ont pu examiner anatomiquement les parties malades de la peau sont tous d'accord sur la lésion, — qui consiste essentiellement en une accumulation insolite de graisse dans les cellules du tissu conjonctif du chorion et du tissu cellulaire sous-jacent. La forme tubéreuse est consécutive à la forme plate, et dans ce cas on trouve simplement un épaississement fibreux, dû probablement à une inflammation lente du tissu conjonctif autour de ces dépôts de graisse. Nous ne saurions admettre l'opinion de Hebra (*Atlas der Hautkrankheiten. 7 Lieferung. über Vitiligoidea*), qui en fait des tumeurs par rétention des glandes sébacées.

2. Si dans un certain nombre de cas il n'y a pas eu d'ictère concomitant, dans les autres la relation paraît tellement frappante que, jusqu'à preuve du contraire, tout bon esprit doit l'admettre et y chercher très-probablement la pathogénie de la maladie. Un fait qui me frappe cependant dans la lecture des autopsies publiées, est l'absence de calculs biliaires, et surtout dans le cas du docteur Moxon l'absence même des acides biliaires dans le liquide du canal hépatique. Il est impossible de ne pas établir une corrélation entre ce fait et d'autre part l'accumulation de graisse dans les cellules de la peau, au niveau des plaques de *vitiligoidea*. Aucun auteur, jusqu'à présent, n'a insisté sur la nature chimique de cette graisse; nous nous bornons à signaler la nécessité de rechercher si cette graisse se rapproche de la *cholestérine*, comme le ferait croire l'apparence physique des tubercules de *vitiligoidea*. Je crois qu'un pareil cas, étudié à fond au point de vue de la nature des selles, de la présence ou de l'absence du sucre dans l'urine, de l'augmentation ou de la diminution de la graisse dans l'économie, pourrait jeter un jour nouveau sur la pathogénie de l'ictère et la question encore si obscure des fonctions du foie. Nous nous bornons à signaler comme très-importante l'observation de Gull et Addison de *vitiligoidea* dans un cas de diabète.

Dr H. A. d'Espine,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE DES JOURNAUX.

Considérations sur la scrofule cérébrale ou encéphalopathie scrofuleuse, par les docteurs H. Isaac et E. Deméules.

Les auteurs rapportent dans ce travail quatre observations, dont l'une leur est personnelle, mais n'a pu être suivie de l'examen nécroscopique, et dont les trois autres, empruntées à MM. Legrand, Collin et Laborde, sont extraites des Bulletins de la Société anatomique (1861, 1863, 1865). Nous nous bornerons à présenter ici leurs conclusions :

1° Une céphalée persistante chez un scrofuleux n'est point un symptôme sans importance.

S'arrêter à l'idée d'une névralgie simple, non symptomatique, serait s'exposer à voir son diagnostic et son pronostic démentis d'une façon formelle par les manifestations morbides ultérieures.

2° S'appuyant sur ce fait que la scrofule est une maladie à évolution lente d'habitude, lorsque le malade présentera dans ses antécédents des affections qui peuvent reconnaître cette cause (engorgements ganglionnaires, tumeurs blanches, etc.) lors de l'apparition d'une céphalée persistante, le pronostic devra être réservé et le traitement plutôt dirigé contre l'état morbide général que contre la lésion locale.

3° D'ordinaire, les accidents de nature scrofuleuse qui s'adressent aux organes encéphaliques apparaissent dans le bas âge et dans la première enfance; ils peuvent retarder jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte : les faits le démontrent.

Ainsi il peut y avoir une sorte de substitution entre la mort par les poumons et celle par les méninges ou par l'encéphale chez un scrofuleux. Démonstration remarquable de la loi mise en lumière par M. Bazin, relativement à la marche des maladies constitutionnelles; ces maladies évoluant régulièrement quant à la succession de leurs diverses périodes, ou présentant des lacunes dans cette succession, ou, plus encore, la maladie demeurant à l'état latent, jusqu'à ce qu'une cause quelconque provoque la manifestation morbide, qui apparaît alors en un point donné, sous la forme d'une affection d'ordre *tertiaire* ou *quaternaire*, caractérisée anatomiquement par le tubercule, le plus souvent du moins. (*Marseille médical*, ancienne *Union médicale de la Provence*, n° 1, 20 janvier 1873, p. 6-18.)

BIBLIOGRAPHIE.

Société française de secours aux blessés. — Rapport de MM. les docteurs Ricord et Demarquay (1).

La *Société de secours aux blessés* est plus connue sous le nom d'*Ambulances de la Presse*, qu'elle portait pendant le siége de Paris. MM. Ricord et Demarquay, qui l'ont dirigée et qui ont assuré des secours à vingt-cinq mille blessés avec une dépense de fonds relativement peu élevée, se sont ultérieurement occupés de rechercher les moyens les plus propres à faire de cette société provisoire une institution permanente. Tels sont le sujet et le but d'un rapport qui vient d'être présenté par eux à la Société française au nom de sa commission d'études. Il est intitulé : *Projet d'organisation du service médical et des fonctions correspondant à ce service, en temps de paix et en temps de guerre.* Et il débute par avouer nettement que cette organisation est une chose bien difficile.

On s'en aperçoit vite en effet dès qu'on arrive aux *desiderata* exprimés. L'énumération des nécessités d'une telle entreprise est faite sans ménagements, sans faiblesse; la difficulté est abordée de front. Le matériel doit être considérable et le personnel nombreux; c'est un appel à la générosité de ceux qui possèdent et au dévouement de ceux qui savent.

Parcourons donc ce programme avec toute l'attention qu'il mérite.

« ... Le jour d'une grande bataille, une Société de secours

(1) Voy. au *Feuilleton*.

aux blessés bien organisée sera toujours appelée à rendre de grands services, à une condition toutefois, c'est que les membres de cette Société seront protégés par une convention et des règlements... Une grande société dont le premier mobile sera le dévouement aux blessés, et qui prendra son mot d'ordre sur le champ de bataille de l'autorité militaire supérieure... » Voilà tout d'abord deux grandes difficultés contre lesquelles se sont heurtées toujours les ambulances auxiliaires. On a cette expérience du peu de respect des combattants pour les conventions et les règlements; on sait aussi que l'autorité militaire supérieure donne des ordres, et les donne sans périphrase, sans euphémisme. Le mot d'ordre n'existe pas, il faut obéir, et le caporal a sa part d'autorité comme le général en chef. Cette susceptibilité professionnelle, si honorable partout ailleurs, serait l'occasion de véritables disgrâces si l'ambulance n'acceptait que les indications gracieuses du général en chef. Cependant le rapport s'attache à montrer lui-même que « ce rapprochement de l'élément militaire et de l'élément civil ne pourrait avoir que de mauvais résultats, parce qu'il créerait des luttes et des antagonismes qu'il faut avant tout éviter; tout en reconnaissant notre dépendance du ministre, nous ne pouvons abandonner notre *liberté* et notre *indépendance* dans l'accomplissement de l'œuvre de charité que nous aurons créée ». La liberté et l'indépendance sur le champ de bataille! au milieu de ces mouvements de troupe, de ces manœuvres rapides, de ces changements de front, qui exigent l'espace débarrassé et le terrain libre, la Société de secours se promènera où bon lui semblera, avec toute liberté et toute indépendance, sur un mot d'ordre du ministre?

Ce sera d'autant plus impossible qu'il faut là « un matériel considérable, composé : de brancards, d'appareils faciles et ingénieux dans leur application pour contenir les membres fracturés, d'instruments spéciaux pour arrêter les hémorrhagies, de tentes, de voitures-cuisines, etc., etc. » Mais dans une armée qui marche, ou qui va marcher, le matériel de guerre passe avant tout; la guerre tue d'abord, elle soigne ensuite; le commandement doit se faire entendre de tous sur l'heure.

Écoutez M. Legouest, un des plus experts assurément de notre chirurgie d'armée : « Le personnel médical civil ne peut présenter de garanties qu'autant qu'il est soumis aux ordres et à l'action du commandement *ou de ses délégués;* autrement son concours est souvent mal ou incomplétement utilisé, si parfois même il ne reste tout à fait stérile ».

M. Léon Le Fort, que nous avons cité ici même (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 621), dit : « Les ambulances internationales ne peuvent donc pas se substituer à la chirurgie d'armée. Elles ne peuvent pas davantage agir *parallèlement* avec elles dans toutes les circonstances... »

L'article 63 de l'ordonnance prussienne sur le service de santé, cité par M. Le Fort, dit : « Cette assistance volontaire serait pour le fonctionnement du service de santé une cause d'embarras et de désordre si elle ne faisait pas partie intégrante de l'organisme officiel. Elle ne doit pas être un élément *indépendant* de l'assistance officielle. »

Il ressort de là bien clairement que cette liberté, cette indépendance, sur laquelle semblent compter les honorables auteurs du rapport, s'impatroniserait difficilement dans les habitudes de l'armée.

La question des brancardiers est examinée aussi avec quelque réserve. Les frères des Écoles chrétiennes sont préconisés comme l'ancre de salut, le type du brancardier. C'est là une juste appréciation des services rendus par ces hommes, dévoués jusqu'au péril, pendant les terribles combats du siége. Mais peut-on réellement exiger d'eux qu'ils abandonnent leur résidence et leur profession pour suivre les ambulances? La raison donnée est celle-ci, que les mercenaires doivent être exclus de la noble mission de brancardiers. C'est un nouvel appel aux sentiments les plus nobles, et l'on a vu, en effet, un véritable mouvement de fraternité se traduire parmi la population, parmi les femmes et parmi les prêtres. Dans une ville fermée, assiégée, on peut compter sur ces secours et les employer; mais en marche, à la suite des troupes, avec tous les besoins et toutes les fatigues, demander à ces volontaires le sacrifice de toute rémunération, c'est exiger le service seulement des gens favorisés de la fortune. « S'il est payé, — dit cependant le rapport, — ce n'est plus qu'un homme de peine qui mesure le travail au salaire... » Et plus loin : « Il y a là une grande difficulté; il faut avant tout s'occuper de former les cadres de nos brancardiers... » Heureux les hommes de foi! Leur souhaiter le succès est tout ce que nous pouvons, n'osant en aucune façon le leur promettre.

Comme complément de cette thèse philanthropique, le rapport demande qu'il soit institué une école spéciale de chirurgie de guerre et des hôpitaux, fonctionnant en temps de paix, pour enseigner à tous « l'hygiène du malade et du blessé en temps de guerre, les soins à donner sur le champ de bataille, les maladies des camps et les épidémies, la chirurgie militaire et la statistique, qui doit éclairer la chirurgie opératoire et la chirurgie conservatrice ». On ne saurait trop désirer l'accomplissement de ces vœux bien naturels et aussi propices aux progrès de la science qu'aux bons résultats du traitement chirurgical. Il faut s'y associer du fond du cœur; mais, encore une fois, il y a là des frais énormes, et c'est l'obstacle à redouter pour le succès de pareille entreprise. Croire que ce matériel considérable et ce fonctionnement grandiose se soutiendront par les souscriptions particulières et par le désintéressement de tous les employés, fonctionnaires et médecins, c'est peut-être avoir une idée trop élevée de ce que peut la nature humaine. Noble tort après tout, et qu'on n'a pas le courage de blâmer.

N.

VARIÉTÉS.

Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à *deux places* de chirurgiens au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le *lundi 28 avril* 1873, *à quatre heures*, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de *midi à trois heures*, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le *lundi* 31 *mars* 1873, et sera clos définitivement le *samedi* 12 *avril suivant, à trois heures.*

Hospice de Rouen. — M. le docteur E. Gilles Delafosse vient d'adresser à la commission administrative des hospices sa démission des fonctions de médecin en chef à l'Hospice-Général, par suite d'une protestation de quatorze médecins de Rouen, contre une décision de la commission administrative des hospices de cette ville, qui a nommé le fils du chirurgien en chef de l'Hospice-Général à la place de son père, démissionnaire.

Nécrologie. — Le corps médical vient de perdre le docteur Hublier, qui, l'un des premiers, pratiqua la résection, en 1827, à l'hôpital de Provins (Seine-et-Marne), et qui avait été un instant engagé dans la pratique du magnétisme animal.

Paris. — Sommaire. La dengue, ou fièvre éruptive de l'Inde. — Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales. — **Cours publics.** Clinique médicale : Chirurgie pratique : Leçon clinique sur les complications rénales dans l'affection calculeuse de la vessie et les indications opératoires qui en résultent. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Note sur l'extrait de malt houblonné. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Sociétés savantes de l'étranger. — **Revue des journaux.** Considérations sur la scrofule cérébrale ou encéphalopathie scrofuleuse. — **Bibliographie.** Société française de secours aux blessés. — Rapport de MM. les docteurs Ricord et Demarquay. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Le matériel des ambulances.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 20 mars 1873.

Travaux de laboratoire : EXPÉRIENCES DE M. P. BERT. — INFLUENCE DE L'AIR COMPRIMÉ SUR LA RESPIRATION. — *Académie de médecine* : L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Lorsque, il y a quelques années, dans une série d'articles publiés dans ce journal, nous essayâmes de rendre compte des travaux de physiologie en cours d'exécution dans divers laboratoires de Paris, nous eûmes beaucoup à nous occuper des recherches sur la respiration faites par M. Paul Bert. Peu de temps après parut l'ouvrage du professeur de la Sorbonne, dont le livre, aujourd'hui entre les mains de tous, a élargi à des points de vue très-nombreux les notions classiques sur la respiration. Ces recherches, continuées depuis, ont conduit M. Bert dans une voie toute nouvelle. Déjà, à l'époque dont nous parlons, elle avait été pressentie et même préparée, on peut le dire, par l'établissement d'appareils spéciaux, dont l'exécution et l'installation ont exigé beaucoup de temps et de grands sacrifices. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour, importants en tant que science pure, n'en conduisent pas moins à des inductions pratiques qu'il suffira d'indiquer pour en saisir toute la portée. N'en est-il pas toujours ainsi, dans une mesure qui varie, il est vrai, selon la nature du sujet, chaque fois qu'une expérience physiologique est bien comprise par le médecin? S'il est incontestable que l'application à la médecine pratique d'une *hypothèse* physiologique ne peut conduire qu'à de déplorables interprétations cliniques, il n'en est pas moins certain que des données physiologiques *bien établies* permettent tôt ou tard des applications pratiques. Ce qui est difficile, c'est de donner à des expériences des bases solides.

Les expériences physiologiques laissent bien souvent et pendant bien longtemps un doute dans la conscience même de l'expérimentateur, doute à la fois stimulant et modérateur, qui le conduit à un contrôle incessant. Cette salutaire timidité de l'expérimentateur n'est malheureusement pas toujours partagée par celui qui, étranger au laboratoire, n'en connaît que les résultats et ignore, par conséquent, ce qu'il y a d'hésitation et d'incertitude entre un résultat physiologique et son application pratique. Aussi est-il bon de connaître les innombrables difficultés de l'expérience, pour n'être pas amené, comme cela n'arrive que trop souvent, à des applications prématurées suggérées par des besoins et des inspirations peu scientifiques. Nous ne saurions donc trop féliciter M. Bert d'avoir, avant de publier ce qu'il a trouvé, consacré des années à des recherches comparatives; les résultats actuels, quelques modifications qu'y apportent plus tard l'expérimentateur lui-même, ou ceux qui le suivront dans la même voie, n'en resteront pas moins des conquêtes bien acquises dont tout le monde pourra vérifier la réalité d'abord, et l'utilité ensuite; conquêtes qui bénéficieront d'abord au physiologiste, mais un jour aussi à la médecine pratique.

Ces expériences sont de diverses espèces; nous essayerons de les esquisser d'après un ordre qui n'est pas absolument celui suivi par l'expérimentateur, mais qui nous semble en faciliter la compréhension.

Il est nécessaire de dire avant tout que, s'intéressant vivement aux recherches de M. Bert, M. le docteur Jourdanet lui a apporté un contingent d'action des plus importants et des moyens pratiques d'exécution qui rendirent ces recherches matériellement possibles; c'est lui qui fit installer dans le laboratoire de physiologie de la Sorbonne ces vastes appareils desservis par des machines à vapeur qui ont permis à M. Bert d'étudier expérimentalement l'influence des changements dans la pression barométrique. L'expérimentateur a pu ainsi contrôler et vérifier les observations cliniques, les interprétations physiologiques et les déductions thérapeutiques que

FEUILLETON.

Pétition relative à l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers (1).

Messieurs les députés,

Basée sur des connaissances et une expérience spéciales, la médecine s'exerce dans l'intimité et quelquefois dans le secret des familles; aussi, les personnes étrangères à l'art de guérir sont-elles incapables de pouvoir apprécier par elles-mêmes si tel ou tel individu possède les connaissances nécessaires à la pratique de la profession médicale.

L'État, ayant l'obligation morale de protéger la vie, la sécurité, la santé de tous, revêt de certains titres donnés après des examens dont le nombre et la nature sont établis par la loi, il marque en quelque sorte du sceau de sa garantie ceux qu'il présente aux citoyens comme capables de les secourir pendant leurs maladies et comme dignes de leur confiance.

Telle est la théorie qui, dans tous les États de l'Europe, a présidé à l'organisation et à la réglementation de la pratique de l'art de guérir. Partout la loi a établi que l'exercice de la médecine n'était légal que pour ceux qui avaient obtenu certains titres donnés après des examens spéciaux, titres qui constituent pour le public une garantie sérieuse, mais dont l'importance varie nécessairement suivant chaque pays, en raison de l'étendue des connaissances exigées pour l'obtention du titre légal. Cette organisation a créé, en fait, pour les médecins, un monopole dont le but élevé est non pas de restreindre, dans l'intérêt de ceux qui l'exercent, la pratique d'une profession, mais de garantir, dans la mesure du possible, la sécurité des citoyens en les protégeant contre les sollicitations, les surprises du charlatanisme, et même contre leur propre incompétence, contre les entraînements de l'ignorance ou des superstitions populaires.

Nous n'avons pas à examiner si, en France, pour ce qui concerne les médecins français, l'obtention du titre légal est entouré des garanties nécessaires; s'il ne serait pas utile d'apporter, sur ce point, d'importantes réformes; notre but est seulement d'appeler votre attention sur l'exercice

(1) Les faits que nous avons récemment signalés relativement à la vente des titres scientifiques donnent un intérêt tout particulier à cette pétition, rédigée par M. le professeur L. Le Fort au nom de la *Société médicale de l'Élysée*.

M. Jourdanet avait énoncées plusieurs années auparavant sur le même sujet. Mais l'expérimentateur ne s'est pas arrêté là, il a étudié ensuite l'action des gaz du sang sur l'économie, et est arrivé à des résultats tout à fait inattendus.

Lorsqu'on abaisse brusquement jusqu'à 15 ou 18 centimètres de mercure, la pression atmosphérique du milieu ambiant d'un animal à sang chaud, il succombe très-rapidement avec des convulsions. Que l'appareil dans lequel se trouve l'animal soit clos ou qu'il soit traversé par un courant d'air continu, le résultat est le même, car l'animal n'a pas le temps de vicier l'air ambiant. A l'autopsie, on trouve une écume sanguinolente dans les bronches, et du sang noir dans les cavités gauches du cœur.

Dans ces expériences, les animaux se comportent très-différemment, lorsque l'abaissement de la pression a lieu graduellement; les oiseaux meurent à 18 centimètres de pression, les mammifères à 12; leur température s'abaisse de plusieurs degrés. Les animaux à sang froid, grenouilles et chrysomèles, ne meurent qu'à 4 centimètres. Plus la pression est faible, plus les animaux laissent d'oxygène *non utilisé* dans l'atmosphère; ils meurent en quelque sorte dans un air pur. Et cependant la mort n'en a pas moins lieu par asphyxie, la pression de l'oxygène n'étant pas suffisante pour maintenir dans le sang de l'animal la quantité d'oxygène nécessaire pour l'accomplissement des phénomènes vitaux. En voici la preuve : lorsqu'un moineau, à 25 centimètres de pression, donne des signes de malaise, on laisse entrer de l'oxygène dans la cloche, alors on peut diminuer de nouveau la pression jusqu'à 12 centimètres sans menacer sa vie; à ce moment, nouvelle introduction d'oxygène, et la pression peut être diminuée à 6 centimètres sans faire périr l'oiseau. Cette expérience et toutes celles faites dans la même direction nous paraissent très-importantes. Elles infirment l'interprétation généralement admise, que les grandes diminutions de pression troublent les phénomènes de la vie *en tant qu'agent physique*, ce qui est une erreur démontrée. L'expérience se trouve ici d'accord avec l'observation pratique. Dans une série d'observations cliniques, M. Jourdanet avait attribué à l'*anoxhémie* les troubles divers décrits par lui en détail, et qu'il a rencontrés sur un grand nombre d'individus habitant le haut plateau du Mexique.

Dans un second ordre d'expériences, les animaux sont maintenus dans des vases clos à air comprimé, et l'on constate que plus la pression est forte, moins l'oiseau altère l'air qu'il a à sa disposition. C'est entre une et deux atmosphères que l'oxygène est le plus épuisé; mais de deux à six atmosphères, l'animal périt par empoisonnement dû à l'acide carbonique. Au-dessus de six atmosphères, c'est l'oxygène qui, à son tour, devient toxique, proportionnellement à sa pression, à mesure qu'on l'augmente. Nous nous trouvons là en face de données tout à fait inattendues. Les animaux meurent à des pressions n'excédant pas six atmosphères, mais étant au-dessus de deux, avec un sang artériel et veineux sursaturé d'oxygène, et la mort n'en est pas moins due à l'empoisonnement par l'acide carbonique qui, dans ces conditions de pression, ne peut pas s'échapper en traversant les poumons. Ce fait avait déjà été prévu et signalé par M. Claude Bernard, et se trouve vérifié par les expériences de M. Bert. Avec une exactitude pour ainsi dire mathématique, celui-ci constate que les oiseaux périssent nécessairement quand ils ont dans leur sang veineux une quantité d'acide carbonique capable de faire équilibre à la pression de 26 à 30 pour 100 d'acide carbonique contenu dans l'air extérieur. Des animaux maintenus dans des vases clos y périssent par empoisonnement dû à l'acide carbonique, si l'air contenu dans les vases est à une pression supérieure à deux atmosphères; et par véritable asphyxie, c'est-à-dire par privation d'oxygène, lorsque la pression est inférieure à une atmosphère. A ce dernier point de vue, l'expérimentateur arrive à cette conclusion, que l'animal périt nécessairement, quand il n'a plus dans son sang artériel qu'une quantité d'oxygène capable de faire équilibre à la pression d'oxygène contenu dans l'air extérieur, et qui est de 3 1/2 pour les oiseaux, et de 2 1/2 pour les mammifères.

Nous avons déjà dit que des animaux placés dans une atmosphère suroxygénée, mais avec une diminution très-considérable de pression, 18 centimètres par exemple, n'en meurent pas moins par privation d'oxygène qu'ils sont incapables d'assimiler dans ces conditions physiques. On voit, par conséquent, que l'action de l'oxygène et de l'acide carbonique sur l'économie animale est en rapport direct avec la force élastique que présentent ces gaz dans les atmosphères confinées où respirent ces animaux, et que cette force, à son tour, dépend de deux facteurs : la proportion centésimale et la pression manométrique. En augmentant l'un des facteurs, on peut diminuer l'autre proportionnellement en obtenant les mêmes résultats. Si maintenant on place des animaux dans

de la médecine en France par des médecins étrangers n'ayant point subi devant nos Facultés les examens exigés des nationaux, et sur les dangers qu'entraîne l'abus d'autorisations trop facilement et surtout trop arbitrairement données.

Chaque pays exigeant de ceux qui veulent embrasser la carrière médicale des garanties de savoir et d'expérience, il semblerait tout d'abord possible de ne demander aux médecins étrangers désirant exercer en France que la justification du diplôme leur donnant droit à l'examen légal dans leur propre pays. Malheureusement ce principe ne saurait être admis que si, dans tous les États, ce titre légal avait la même valeur scientifique, si partout on exigeait du médecin les mêmes garanties de savoir et d'expérience. Or, cette parité n'existe pas, et elle ne saurait exister.

Sans doute, la médecine est une et l'étendue des connaissances nécessaires à la pratique de l'art ne varie pas avec la constitution politique des États ; malheureusement la relation entre les besoins et les ressources varie de pays en pays. Là où l'instruction générale est largement répartie, où la science est à un haut degré d'avancement, où le nombre des jeunes gens se préparant à l'étude de la médecine est considérable, l'État a le droit et le devoir de se montrer difficile dans la collation des grades; mais, dans les pays où les conditions inverses se rencontrent, où le nombre des médecins est trop peu élevé, il faut cependant recruter un personnel médical en rapport par son nombre, sinon par son mérite, avec les besoins de la population ; on demande donc aux candidats au titre légal une somme de connaissances bien inférieure à ce qui est exigé dans les pays plus favorisés, et il est à peine utile de faire observer que sous le rapport de la valeur du titre légal, la France tient un rang assez élevé en Europe pour qu'on ne puisse admettre l'équivalence scientifique de ce titre qu'à l'égard de quelques pays, et seulement pour quelques-uns des titres qui, dans ces pays mêmes, donnent droit à l'examen légal.

Pourrait-on, du moins, admettre l'équivalence légale à l'égard des pays conférant un titre ayant une valeur scientifique égale à celui de docteur en médecine d'une faculté française? Ici encore nous devons répondre par la négative.

Nous ne tirerons point argument de ce fait que le médecin français ne peut exercer à l'étranger, et spécialement en Angleterre, en Prusse, en Autriche, en Russie, dans tous les États allemands, qu'à la condition d'obtenir, par des examens, le titre à l'exercice légal dans le pays même où il désire s'établir, et que presque partout son titre de docteur en médecine d'une faculté française ne le dispense même pas de la totalité

une atmosphère suroxygénée à de fortes pressions (4 à 14), on constate que l'oxygène, lorsque sa proportion dans le sang est augmentée d'une manière notable, se comporte comme un poison violent, et tue en déterminant des convulsions semblables à celles de la strychnine; dès le début de ces accidents convulsifs, la température s'abaisse de plusieurs degrés. M. Bert a reconnu que cette intoxication a lieu lorsque la quantité d'oxygène dans le sang artériel s'élève à environ 35 centimètres cubes par 100 centimètres de liquide.

M. Bert s'est demandé si l'oxygène détermine ces accidents parce qu'il y en a dans la masse du sang et, par suite, dans le corps de l'animal, une quantité totale trop forte, ou parce que chaque globule sanguin en est par trop chargé.

Pour répondre à cette question, M. Bert a saigné un chien jusqu'à lui enlever 1/25e du poids de son corps, puis il l'a soumis à la pression d'oxygène qui donne des convulsions; celles-ci sont apparues, et dans une des expériences, ont déterminé la mort. Or, les analyses des gaz du sang montrent que ce chien exsangue a eu des convulsions sans avoir dans chaque volume de son sang, et à plus forte raison dans la masse totale de son sang, plus d'oxygène qu'il n'en avait auparavant, alors qu'il n'avait subi aucune opération.

La quantité d'oxygène contenue dans un volume de sang est la somme de deux facteurs :

1° L'oxygène dissous dans le sérum; 2° l'oxygène combiné avec chaque globule sanguin, multiplié par le nombre des globules sanguins. Chez le chien exsangue, le multiplicateur a seul varié; les accidents sont donc dus à la sursaturation, soit du sérum, soit de chaque globule, mais non à l'augmentation du volume total d'oxygène contenu dans le sang tout entier.

Des récentes expériences de MM. Schützenberger et Risle, il résulte qu'un sang duquel on a extrait l'oxygène par le vide ou l'oxyde de carbone, contient encore de 20 à 25 volumes d'oxygène plus énergiquement uni à l'hémoglobine et dont on peut s'emparer par un réducteur énergique.

M. Bert propose de donner à cette combinaison énergique, et qu'il compare aux carbonates alcalins, le nom de *protoxy-hémoglobine*. On peut lui ajouter des quantités croissantes d'oxygène comme on peut ajouter au carbonate de soude des quantités croissantes d'acide carbonique, associations faciles à détruire par le vide. Enfin, de même qu'il existe des bicarbonates alcalins, il existerait un bi-oxy-hémoglobine, à partir duquel l'hémoglobine serait saturée d'oxygène.

Au delà, les hautes pressions n'auraient d'autre effet que d'agir sur l'oxygène dissous dans le sérum, qui augmenterait proportionnellement à la loi de Dalton. Les analyses des gaz du sang faites sous diverses pressions autorisent à considérer que les choses se passent ainsi et que le bi-oxy-hémoglobine aurait lieu très-peu au-dessus de la pression normale.

Dans les hautes pressions, chaque globule saturé d'oxygène serait donc entouré d'une atmosphère de sérum surchargée d'oxygène, et l'on peut imaginer que, dans ces conditions, le globule ne pourrait plus exercer ses fonctions normales, d'où une série de troubles à mécanisme inconnu entraînant les convulsions et la mort.

Lorsqu'on soumet des moineaux à la pression de 20 atmosphères d'air, ils périssent de la même façon, et dans ce cas c'est bien à l'action toxique de l'oxygène qu'il faut attribuer la mort et non à la pression en elle-même, car si l'on se contente de soumettre un moineau à trois atmosphères d'air et qu'on ajoute ensuite vingt atmosphères d'azote, l'animal périt tout différemment : c'est l'acide carbonique qui le tue; il périt sans convulsions comme dans les milieux d'air raréfié. M. Bert a établi que, dès six atmosphères de pression, l'influence toxique de l'oxygène l'emporte sur celle de l'acide carbonique. Ces expériences font très-clairement comprendre la différence d'action de l'oxygène sur l'économie, suivant les pressions barométriques, et M. Bert espère avec raison qu'elles conduiront à des applications pratiques dont il en signale lui-même quelques-unes. Il pense que les aéronautes, en emportant avec eux un ballon plein d'oxygène auquel ils auront recours lorsqu'ils souffriront de la raréfaction de l'air, pourront franchir de beaucoup les limites qu'ils ont pu atteindre jusqu'ici. En sens inverse, les industries qui soumettent les ouvriers à de hautes pressions (cinq à six atmosphères), non sans de graves inconvénients pour la santé et la vie des ouvriers, pourront employer des machines, soufflant, au lieu d'air pur, un mélange d'air et d'azote calculé de manière que la pression de l'oxygène ne dépasse pas un niveau suffisamment bas.

Les animaux ayant subi une pression atmosphérique considérable, exposés à une décompression instantanée, succombent très-rapidement avec des phénomènes de paralysie et de douleurs vives. Si l'animal ne meurt que vingt-quatre heures après l'expérience, on trouve la moelle épinière ramollie comme de la crème, sans pouvoir y constater la moindre trace

---

des examens imposés aux élèves du pays. Sans doute, cette absence de réciprocité ne doit point suffire, par elle-même, à empêcher la France de se montrer plus libérale que les pays qui l'entourent; sans doute, il est digne d'elle d'ouvrir largement ses portes à ceux qui viennent lui demander asile; mais même en oubliant volontairement des exemples trop récents, il ne nous est pas permis de pousser le libéralisme jusqu'à compromettre la santé, la vie de nos concitoyens, et nous sommes obligés de reconnaître, bien qu'elle soit contraire aux intérêts des médecins français, qu'on n'a aucune objection sérieuse à opposer à la législation en vigueur dans les autres pays, surtout lorsque la loi se borne à soumettre le médecin étranger aux mêmes examens que les nationaux, mais sans exiger de lui le stage exigé des élèves.

Cette mesure, en effet, se justifie d'elle-même.

Chaque pays soumet le candidat au titre de médecin, aux conditions, aux examens qui lui paraissent pouvoir assurer le plus efficacement les garanties qu'offre au public la possession du titre légal à l'exercice de la médecine; si quelques formalités en usage dans les autres pays lui semblent capables d'augmenter la valeur et l'étendue de cette garantie, il les introduit dans sa législation spéciale; il est donc naturel qu'il regarde la législation en vigueur dans les autres pays comme inférieure à celle qu'il possède, et qu'il soumette le médecin étranger à des examens qui ne sauraient être pour lui qu'une simple formalité, s'il possède réellement les connaissances nécessaires à la pratique de l'art de guérir.

Il y a plus, sauf de rares exceptions, l'étudiant en médecine fait ses études dans le pays où il désire s'établir; il ne le quitte, après avoir pratiqué comme médecin, pour passer à l'étranger, que s'il réussit peu dans son propre pays, où si des causes plus graves le forcent à s'éloigner, et c'est par un sentiment de prudence qu'on ne saurait trouver exagéré que chez les nations européennes les plus avancées dans la voie du progrès, on exige partout que le médecin étranger désirant y exercer sa profession se soumette aux examens qui ont pour effet de donner à celui qui y satisfait le titre légal à l'examen de la profession médicale.

La France a cru pouvoir être plus libérale : l'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI établit que « le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les Universités étrangères le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République. »

Nous avons montré que l'usage seul de cette faculté laissée au gouvernement est préjudiciable à la sécurité des citoyens; nous allons montrer que la loi elle-même, interprétée d'une manière fâcheuse, quoique

d'épanchement sanguin ou simplement de congestion. Le cœur et les vaisseaux, et particulièrement le cœur droit et le système veineux, sont remplis d'une sorte de mousse; les capillaires sont finement injectés de gaz; le système porte est envahi comme les autres.

Lorsque la pression n'a pas dépassé cinq atmosphères, la décompression peut avoir lieu en deux ou trois minutes sans accidents apparents, mais à partir de six atmosphères les troubles deviennent constants, et ils sont toujours mortels au-dessus de sept atmosphères. Nous avons cependant vu, dans le laboratoire de M. Bert, une expérience ayant donné des résultats différents. Une chienne ayant subi huit atmosphères de pression, rendue immédiatement à l'air ambiant normal, n'a presque éprouvé aucun accident consécutif, et cette même expérience répétée plusieurs jours après sur le même animal, à huit atmosphères et demie, a donné les mêmes résultats négatifs. Il y a donc sous ce rapport certaines différences individuelles dont il est utile de tenir compte.

Il y a déjà plus de dix ans que M. le professeur Rameaux (de Strasbourg) a émis cette opinion, que les accidents redoutables des ouvriers exposés à de hautes pressions atmosphériques, et ramenés subitement à l'air ambiant, étaient dus à ce que les gaz normaux du sang (acide carbonique, oxygène, azote), se dissolvant en quantité plus considérable dans ce liquide sous l'influence des hautes pressions, repassent à l'état gazeux lorsque la pression n'est plus que d'une atmosphère, obstruant ainsi le calibre des vaisseaux sanguins et faisant courir au patient les mêmes périls qu'une injection d'air dans les veines. Cette interprétation du physicien, comme tout à l'heure celle du clinicien, qui avait observé sur le haut plateau du Mexique, est entièrement confirmée par l'expérimentation physiologique.

Il nous fut donné tout dernièrement par un des ingénieurs les plus distingués des ponts et chaussées, M. Marcel Dieulafoy, le récit de certains travaux qu'il fit exécuter et dont les uns avaient pour but le percement dans le Sahara de puits artésiens, et les autres le sauvetage sous-marin. Les ouvriers du désert d'Afrique qui se vouent au dangereux métier de travailler sous l'eau, en plongeant tout nus et sans scaphandre à plus de 40 mètres de profondeur, restent une minute quarante secondes sous l'eau. Retirés, ils ont presque constamment une syncope prolongée simulant la mort, qui du reste les frappe quelquefois. (Ces individus, recrutés dans une secte religieuse, se soumettent à ces travaux sans salaire, pour l'amour de Dieu et de l'humanité.) Les ouvriers qui travaillaient au sauvetage de la *Borysthène*, près de l'Ile-Plane, étaient dans les mêmes conditions; ils plongeaient l'un après l'autre, et ils étaient si nombreux, que les travaux purent être *continus*.

Les ouvriers sous les piles des ponts sont exposés à des pressions ordinairement moindres; ceux-là descendent sous l'eau comme les pêcheurs de perles, munis de scaphandre, au moyen duquel ils reçoivent de l'air comprimé dont le degré de pression s'équilibre nécessairement avec le milieu où se trouve l'individu. Ces ouvriers travaillent ordinairement deux heures de suite; on met cinq à six minutes pour les remonter à l'air atmosphérique. M. Marcel Dieulafoy, qui a lui-même plongé de cette façon, nous dit que ses sensations ont été extrêmement pénibles.

Il est incontestable que les ingénieurs, prenant connaissance de ces expériences, pourront facilement appliquer les conseils pratiques de M. Bert, qui énonce cette loi approximative, qu'il faut, pour éviter tout accident, que la décompression marche avec une lenteur d'environ douze minutes par atmosphère. (Comme il s'agit d'animaux exposés à dix et même douze atmosphères de pression, il est probable que, pour les ouvriers qui n'atteignent jamais un tel milieu, la dépression peut être moins lente.)

M. Bert a établi par des chiffres nombreux que la quantité d'oxygène contenu dans le sang peut s'élever à 20 pour 100 lorsqu'on fait respirer à un animal de l'oxygène pur au lieu de l'air ordinaire. La proportion de l'acide carbonique n'est nullement influencée par les augmentations de pression. Ceci est d'autant plus surprenant que, au contraire, la diminution de l'acide carbonique est proportionnelle à la diminution de pression. La proportion de l'azote, gaz qui paraît exister dans le sang à l'état de simple dissolution, augmente considérablement avec la pression; aussi les gaz libres extraits du corps de l'animal tué par rapide décompression contiennent 70 à 90 pour 100 d'azote.

La diminution dans la proportion d'oxygène devient manifeste dès 20 centimètres de diminution de pression, c'est-à-dire dans des conditions à peu près égales à celles où vivent des millions d'hommes, particulièrement sur le plateau mexicain de l'Anahuac. La limite supérieure des ascensions dans les montagnes (Boussingault) a conduit à 36 centimètres de pression; M. Bert établit qu'à cette limite les animaux perdent de leur

---

conforme à son texte, a permis de nombreux abus, auxquels il est urgent de mettre un terme.

Sous les gouvernements qui ont précédé le second empire, le ministère soumettait à l'appréciation de la Faculté de médecine de Paris les demandes qui lui étaient faites par des médecins étrangers désirant obtenir l'autorisation de pratiquer en France. La Faculté, compétente sur ce point, donnait au ministre un avis qui, presque toujours, sinon toujours, était suivi. Depuis longues années cette garantie n'existe plus, et trop souvent les autorisations ont été directement, sans avis préalable de la Faculté, données par le gouvernement, et de nombreux médecins n'ayant même pas, dans leur propre pays, le droit de pratiquer la médecine, ont reçu l'autorisation d'exercer en France la profession médicale. Cet abus s'est surtout exercé en faveur des médecins allemands, grâce à une confusion qu'il importe, au plus haut point, de signaler et de faire cesser.

Le titre de docteur en médecine est conféré en Allemagne par les Universités; mais ce titre, purement universitaire (excepté en Autriche), ne donne pas à celui qui le possède le droit d'exercer la médecine; il lui permet seulement de se présenter devant un jury spécial nommé par l'État, représentant l'État, composé de juges pris en général en dehors du personnel des professeurs, et cet examen, dit examen d'État (*Staats-Prufung*), est le seul qui donne à celui qui y satisfait le seul titre qui donne droit à l'exercice légal, et ce titre n'est pas celui de docteur, mais celui de médecin (*Arzt*).

Or, le gouvernement français croyant que la parité du titre représentait la parité des connaissances, n'a que trop fréquemment donné à des docteurs « gradués, comme le veut la loi française, dans les Universités étrangères, mais ne possédant pas et n'étant pas capables de posséder le titre de *Arzt*, l'autorisation de pratiquer la médecine en France, alors que la loi allemande ne leur reconnaissait pas, avec raison, le droit de pratiquer la médecine en Allemagne.

Il y a plus, si dans toutes les universités allemandes (sans en excepter celle d'Iéna, sur laquelle règne tant de fables propagées par l'ignorance des faits), l'examen du doctorat en médecine mérite son nom de *rigorosum*, si le titre de docteur représente une somme de connaissances *scientifiques* et *théoriques*, insuffisantes pour la pratique de la profession, mais cependant sérieuses, ces conditions n'existent qu'à l'égard des étudiants allemands, nés en Allemagne et y faisant leurs études; il n'en est plus de même quand il s'agit d'étrangers. A leur égard, le titre n'a plus la même valeur; il était donné avec une facilité trop souvent déplorable « *hono-*

sang, suivant les individus, une quantité d'oxygène qui varie entre 36 et 56 pour 100.

Le professeur de la Sorbonne continue activement ses recherches, dont nous venons d'esquisser rapidement, et d'une manière certainement bien insuffisante, les principaux résultats.

M. KRISHABER.

C'est M. Durand-Fardel qui a occupé la tribune de l'Académie dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Lui aussi a défendu chaleureusement l'inspectorat des eaux minérales. M. Durand-Fardel est lui-même inspecteur, mais inspecteur des eaux d'Hauterive, autant dire de rien du tout, et il faudrait un caractère bien ombrageux pour le supposer enchaîné par la position. Il n'a manqué à ce discours, pour paraître excellent, que de venir plus tôt, avant que le sujet eût été à peu près épuisé par les précédents orateurs et par la presse. Pour notre part, nous ne voyons aucune utilité à revenir aujourd'hui sur la question ; nous attendrons que l'honorable rapporteur, M. Gubler, ait résumé le débat, ce qui aura lieu sans doute dans la prochaine séance.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

NOUVELLES OBSERVATIONS POUR ÉTABLIR LA CAUSE DE L'ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE CENTRALE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE PLEURÉSIE AIGUË, ET AUXQUELS ON VIENT DE PRATIQUER LA THORACOCENTÈSE (communication faite à l'Académie des sciences le 17 février 1873); par M. le docteur A. LABOULBÈNE, agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker, etc.

Il y a déjà quelques mois, dans la séance du 18 novembre 1872, j'ai communiqué à l'Académie mes recherches sur l'élévation de la température centrale chez les malades auxquels je venais de pratiquer la thoracocentèse. Deux faits analogues et confirmatifs ont été signalés aussi par M. le docteur Bourneville (1).

Aujourd'hui, je viens soumettre à l'Académie de nouvelles observations fournissant la preuve de l'explication que j'avais donnée et établissant nettement la cause de cette élévation de la température centrale.

En effet, chez deux malades atteintes de pleurésie aiguë et auxquelles j'avais retiré plus d'un litre de sérosité épanchée dans une des cavités pleurales, j'ai trouvé qu'immédiatement après l'opération la température ne s'élevait pas encore, mais qu'après une demi-heure l'élévation de la température avait lieu.

Voici ces deux faits recueillis sous mes yeux par mon interne, M. Faure.

OBS. I. *Femme de vingt-six ans, malade depuis trois semaines. Épanchement pleurétique remplissant la moitié de la cavité pleurale droite; thoracocentèse. Température centrale avant l'opération, 39°,1 centigr. Immédiatement après l'opération, et pendant une demi-heure, même chiffre de 39°,1. — Après une demi-heure, élévation de la température, et au bout d'une heure, puis deux heures après, température centrale atteignant 39°,4. — Le soir, 39°,4. — Guérison rapide. — Au moment de la sortie, température centrale, 37°,6.* — P... (Marguerite), vingt-six ans, ouvrière, entrée le 8 janvier 1873, salle Sainte-Eulalie, n° 11, à l'hôpital Necker; sortie guérie le 19 janvier. Cette femme est blonde, avec le teint très-pâle. Elle est devenue malade depuis trois semaines, et le côté droit de la poitrine offre les signes manifestes d'un épanchement pleural.

La malade ne fournit que des renseignements sans importance en ce qui concerne les ascendants. Elle a eu un frère mort d'un chaud et froid en dix mois, à l'âge de dix-sept ans. Elle a eu quatre enfants ; trois sont morts de maladies indéterminées, sans convulsions, sans rien qui ressemble à de la méningite ou à du carreau. Un enfant a survécu; il a six ans et il est bien portant.

Cette femme n'a pas fait de maladies graves antérieures; elle dit même avoir joui d'une santé forte. Elle est bien réglée. Son hygiène est assez bonne, quoiqu'elle travaille beaucoup.

Elle est malade depuis trois semaines. A la suite d'un long séjour dans un courant d'air, elle a pris froid, éprouvant un léger frisson et très-rapidement un fort mal de tête; elle a eu aussi mal à la gorge, et, dans la nuit qui a suivi, elle a senti des points de côté très-douloureux, mal fixés, errant sur tout le côté droit de la poitrine, et même passant dans la région précardiaque. Elle a eu dès cette époque de la toux et de l'anorexie, des sueurs assez abondantes. Elle a remarqué qu'elle ne pouvait se coucher sur le côté gauche pour dormir.

Examen le 9 janvier. — La malade est très-pâle, décolorée. Elle présenterait un aspect plutôt cardiaque que pulmonaire. Les ailes du nez sont livides; pas de rougeur des pommettes; les yeux sont un peu brillants.

Les respirations sont assez fréquentes ; elles ont le type franchement abdominal, et sont au nombre de 28. L'examen du corps ne donne rien de notable. L'auscultation du cœur, qui est à sa place normale, indique des battements précipités, mais ne trahit aucune lésion. Pouls à 104. L'inspection du thorax montre le côté droit de la poitrine dilaté; les côtes sont soulevées en dehors. Les espaces intercostaux, qui ne sont pas saillants d'ailleurs, ne se modifient pas comme d'habitude dans les divers temps de la respiration. Nous avons dit que le type respiratoire est franchement abdominal.

La percussion fait constater, en arrière, dans toute l'étendue du côté gauche, une sonorité normale; du côté droit, dans la fosse sus-épineuse, son aigu, ou sonorité skodique que nous retrouverons en avant. Dans la

(1) *Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 4e année, 1872, p. 112 (Cancer primitif du péritoine, injection iodée, etc.) et *Mouvement médical*, 1872, p. 279.

---

ris causa » et même, il y a quelques années, des Universités comme celles d'Iéna et de Giessen délivraient « *in absentia* », pour nous servir de l'expression consacrée, des diplômes que, moyennant une faible somme, pouvaient se procurer à distance et sans se présenter devant l'Université, les étrangers qui lui expédiaient une thèse faite par eux ou fabriquée par d'autres. Quelle garantie offre un pareil diplôme; croit-on qu'on a protégé efficacement la santé de nos concitoyens quand, trompé par une similitude de nom, on admet à la libre pratique un étudiant allemand, par la seule raison qu'il possède ce titre de *docteur*, lequel ne lui donne même pas le droit d'exercer dans son propre pays ; quel n'est pas le danger quand on se contente de ce titre pour un individu étranger, non-seulement à la France, mais à l'Allemagne.

Que dirions-nous si nous examinions la question pour ce qui regarde les titres multiples accordés ou vendus en Amérique par des corporations qui n'ont aucune attache officielle, qui ne présentent aucune garantie. Et cependant nous voyons des docteurs munis de ces titres absolument fantaisistes autorisés à pratiquer la médecine en France sans qu'aucune Faculté ait été consultée, et compromettre ainsi, avec garantie ministérielle, la santé et la vie de nos concitoyens.

Il suffit de signaler de pareils abus pour qu'on soit en droit d'espérer de les voir cesser.

Il en est un autre encore que nous sommes amenés à signaler. Le titre de docteur a en France une signification nettement définie; il suppose chez celui qui le porte une somme de connaissances justifiées par des examens passés devant une de nos Facultés. L'officier de santé ne peut prendre que le titre de médecin. Or, il n'est que trop fréquent de voir des officiers de santé, ne pouvant obtenir en France ce titre envié de docteur, l'obtenir ou l'acheter auprès d'une Faculté étrangère et tromper la bonne foi publique en l'annexant à leur nom et en s'intitulant le docteur X..., médecin. Cette confusion regrettable, mais préméditée, ne devrait pas être tolérée, et le titre de docteur ne devrait être porté en France dans l'exercice d'une profession que par ceux qui tiennent ce titre d'une Faculté française;

Pour ces motifs, les médecins soussignés considérant que, par une disposition légale qu'on ne saurait blâmer et qui, du reste ne leur est pas spécialement applicable, les docteurs en médecine français ne peuvent pratiquer la médecine à l'étranger sans y subir au préalable des examens probatoires;

Considérant que la multiplicité des titres donnant, dans les pays étran-

fosse sous-épineuse, submatité dans une hauteur très-minime ; au-dessous, dans toute l'étendue, matité complète, matité qu'on retrouve sur toute la hauteur de la ligne axillaire et en avant, au-dessous de la quatrième côte. Au-dessus de cette côte, au contraire, sonorité skodique très-marquée.

L'auscultation du côté gauche, en arrière, donne : en haut et à la partie moyenne, respiration forte, supplémentaire ; à la base, respiration à peu près normale avec quelque peu de sibilance.

Du côté droit, en arrière : dans la fosse sus-épineuse, respiration un peu tubaire, pas de râles sibilants ni muqueux.

Au niveau de la submatité signalée dans la fosse sous-épineuse : souffle doux, peu prononcé ; quelques bruits de frottements pleuraux dans les grandes inspirations. Ce souffle est perceptible jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate. Plus bas, la respiration est absolument silencieuse.

Pendant la toux mêmes signes.

L'auscultation de la voix ne donne rien de particulier à gauche. A droite un peu d'égophonie, peu accentuée dans l'étendue où l'on entend le souffle. Au-dessous rien. Dans la fosse sus-épineuse voix bourdonnante en avant, silence au-dessous du quatrième espace intercostal ; au-dessus voix bourdonnante.

Les vibrations thoraciques, recherchées pendant que la malade compte à haute voix de quatre-vingts à cent, donnent à la base et à la partie moyenne des deux côtés des résultats nuls ou inappréciables. Quant aux sommets, au contraire, il est manifeste que les vibrations des parois thoraciques sont plus intenses du côté droit que du côté gauche, où on les perçoit à peine. En outre, on constate que le foie déborde les côtes d'environ 1 centimètre. Les urines, examinées avec soin, ne renferment ni albumine, ni sucre.

L'appétit est peu prononcé, la langue un peu blanche. Garde-robes assez régulières.

Température axillaire, 37°,7 ; température vaginale, 38°,4. — Tisane nitrée, pilules de scille et de digitale ; une portion.

Le 10, même état que la veille.

Température axillaire, 37°,7 ; température vaginale, 39°. — Pouls, 104 ; respiration, 28.

Soir. — Température axillaire, 38° ; température vaginale, 39°,2. — Pouls, 120 ; respiration, 30.

La ligne dans laquelle on entendait l'égophonie s'est étendue un peu en haut.

Le 11 janvier, même état que la veille. — Pouls, 108 ; respiration, 28.

La ponction est pratiquée avec l'instrument aspirateur modifié par M. Potain ; elle donne 1835 grammes de liquide (1).

Pendant la première partie de l'opération la malade tousse peu. On observe de la toux vers la fin de l'opération, en même temps que le poumon vient frôler la canule en lui imprimant des vibrations comparables à celles d'une corde de basse. A ce moment, la malade respire très-mal ; les inspirations sont coupées par des quintes de toux.

La température, prise avant la ponction, donne :

Température axillaire, 37°,4 ; température vaginale, 39°,1.

Immédiatement après la thoracocentèse et pendant la demi-heure suivante :

Température axillaire, 38°,4 ; température vaginale, 39°,1.

Au bout d'une demi-heure, température axillaire, 38°,4 ; température vaginale, 39°,2. Une heure après, température vaginale, 39°,4.

Deux heures environ après la thoracocentèse, la température, prise de nouveau avec le plus grand soin, donne :

Température axillaire, 38°,3 ; température vaginale, 39°,4.

Soir. — La malade a bien respiré dans la journée ; cependant elle se plaint encore de secousses de toux.

Température axillaire, 38°,7 ; température vaginale, 39°,4. — Pouls, 104 ; respiration, 28.

On trouve dans toute la hauteur de la poitrine une sonorité presque normale. Le murmure vésiculaire est voilé en haut par des frottements pleuraux. En bas, la respiration est presque silencieuse ; cependant, dans les grandes inspirations et après les secousses de toux, on entend au loin le murmure vésiculaire. Pas d'égophonie.

Le 12, même état que la veille.

Température axillaire, 37°,9 ; température vaginale, 38°,7. — Pouls, 104 ; respiration, 28.

Soir. — La malade est très-bien, après une journée calme.

Température axillaire, 38°,1 ; température vaginale, 39°. — Pouls, 108 ; respiration, 28.

Le 13, les bruits respiratoires s'entendent mieux en bas.

Température axillaire, 38° ; température vaginale, 38°,6. — Pouls, 96 ; respiration, 26.

Soir. — Température axillaire, 38°,1 ; température vaginale, 39°. — Pouls, 100 ; respiration, 28.

Le 14, la malade se trouve tout à fait bien.

Température axillaire, 37°,2 ; température vaginale, 38°. — Pouls, 88 ; respiration, 24.

Sirop d'iodure de fer. La scille et la digitale sont supprimées.

Soir. — Même état très-satisfaisant.

Température axillaire, 37°,2 ; température vaginale, 38°,2. — Pouls, 96 ; respiration, 26.

Le 15, on entend distinctement le murmure vésiculaire dans toute la hauteur de la poitrine, de plus quelques frottements. On perçoit aussi quelques râles sibilants disséminés.

Température axillaire, 37°,3 ; température vaginale, 37°,9. — Pouls, 76 ; respiration, 22.

Soir. — Même état.

Le 16, la malade a été agitée pendant la nuit. Elle dit avoir éprouvé un point de côté ; cependant ni l'auscultation, ni la percussion n'indiquent rien de nouveau.

Température axillaire, 37°,2 ; température vaginale, 37°,9. — Pouls, 82 ; respiration, 20.

Soir. — La malade a passé une bonne journée.

Température axillaire, 37°,4 ; température vaginale, 38,1. — Pouls, 86 ; respiration, 24.

Le 17, l'état de la poitrine est aussi satisfaisant que possible ; c'est à peine si le murmure vésiculaire est un peu voilé à la base.

Température axillaire, 37°,2 ; température vaginale, 38°. — Pouls, 96 ; respiration, 28.

Même état le soir. La malade se trouve, dit-elle, revenue à son complet état de santé.

Le 18 : Température axillaire, 37°,3 ; température vaginale, 37°,9. — Pouls, 84 ; respiration, 22.

Soir. — Même pouls et respiration.

(1) M. Méhu nous a fourni les résultats suivants pour l'analyse qu'il a faite de ce liquide, qui était clair, de couleur citrine et fibrineux :

Poids du liquide, 1835 grammes ; densité, 1,0195 à 15 degrés de température.

Résidu sec pour 1000 grammes de liquide. 62gr,60

Décomposables en. . .	Matières minérales anhydres.	8gr,80
	Fibrine.	0gr,24
	Autres matières organiques.	53gr,56

---

gers, droit à l'exercice légal, ne permet pas d'établir entre la valeur de ces titres et celui de docteur en médecine d'une Faculté française, une exacte et suffisante équivalence ;

Considérant que le séjour sur quelques points de la France de nombreux étrangers ne saurait constituer un argument valable, puisqu'en fait il serait impossible de restreindre la pratique des médecins étrangers à la clientèle exclusive de leurs compatriotes, et qu'il est indispensable, dans l'intérêt même de nos concitoyens, d'exiger de ceux qui peuvent être appelés à leur donner des soins, les garanties scientifiques exigées des médecins français ;

Considérant que le titre de docteur est en France et dans l'esprit de tous, en rapport avec une somme de connaissances garanties par des examens passés devant une Faculté française ;

Ont l'honneur de demander à l'Assemblée nationale :

1° Que sans porter atteinte à des droits *légitimement* acquis, aucun médecin étranger ne puisse être admis à pratiquer la médecine en France sans avoir passé au préalable des examens probatoires devant une Faculté française.

2° Que cette autorisation soit précédée d'un rapport favorable adressé au ministre compétent par la Faculté devant laquelle le postulant a été admis à se présenter.

3° Qu'aucun médecin ne puisse prendre le titre de docteur, à moins que ce titre ne lui ait été conféré par une Faculté française.

Un journaliste médical honorablement indemnisé par ses lecteurs. — Le docteur Druitt, praticien honorable et rédacteur principal, pendant trente ans, du journal estimé, le *Medical Times*, est obligé, par raison de santé, de quitter Londres et de se rendre dans un climat plus doux. Les principaux, les notables médecins de Londres, ont aussitôt voulu reconnaître les services rendus à la science, à l'humanité, à la profession, par le journaliste ; ils ont ouvert une souscription qui a produit incontinent 50 000 francs qui ont été offerts au docteur Druitt. (*Journal des connaissances médicales.*)

Exposition universelle de Vienne. — Sont nommés membres du jury de l'exposition : MM. G. Masson, libraire de l'Académie de médecine (groupe des arts graphiques et dessins industriels), et M. A. Tardieu, professeur à la Faculté de médecine (instruments de précision et de l'art médical).

Le 19 : Température axillaire, 38°,3 ; température vaginale, 37°,6. — Pouls, 80 ; respiration, 20.

La malade sort sur sa demande ; elle est guérie. On entend le murmure vésiculaire revenu partout, un peu moins prononcé à la base du poumon droit seulement.

Obs. II. *Femme de soixante-six ans, robuste et malade depuis près d'un mois. Épanchement pleurétique à droite ; thoracocentèse. — Température centrale,* 39° *centigr.* ; *immédiatement après l'opération, pas de changement dans la température,* 39° ; *après une demi-heure,* 39,3, *et le soir* 39,5. — *Guérison. — Température centrale observée plusieurs fois jusqu'au moment de la sortie,* 38°,4 *à* 38°,2. — M... (Clotilde), soixante-six ans, jardinière, entrée le 5 janvier 1873, salle Sainte-Eulalie, n° 12, service de M. Laboulbène, et sortie guérie le 15 février.

Cette femme est extrêmement robuste et grasse, d'un naturel énergique. Elle raconte qu'elle a toujours eu une bonne santé. Réglée de bonne heure, elle a eu plusieurs enfants qui se portent bien. Les règles ont cessé de paraître à cinquante-quatre ans ; tout s'est passé sans secousses.

Depuis quelque temps elle avait un travail très-dur et s'est exposée à des alternatives fréquentes de chaud et de froid, en restant dehors pour les travaux du jardinage. Elle a eu aussi de la diarrhée il y a plusieurs mois déjà.

Enfin, il y a près d'un mois, elle a éprouvé un violent point de côté, avec lequel elle a traîné, dit-elle, assez longtemps sans se mettre au lit.

Le soir de son entrée à l'hôpital, et le lendemain 6 janvier, elle présente l'état suivant :

La face est légèrement cyanosée, veinosités nombreuses sur les deux pommettes ; fièvre ; respiration fréquente ; langue peu chargée ; toux sèche, à timbre submétallique ; pas d'expectoration, elle a toujours toussé sans cracher.

L'examen de la poitrine fait constater à l'inspection : des mouvements respiratoires presque nuls, surtout à droite, le type respiratoire complétement abdominal.

A la percussion, le son est normal dans tout le côté gauche ; mais à droite sonorité skodique, aux sommets, sous la clavicule droite et dans la région sus-épineuse. Au-dessous, matité absolue en arrière, et qui se confond en avant avec celle du foie, lequel déborde de 2 centimètres environ les dernières côtes.

A l'auscultation : Côté gauche, respiration supplémentaire, surtout vers le sommet ; côté droit, respiration forte sous la clavicule, presque soufflante dans la région sus-épineuse ; au-dessous de la région sus-épineuse, crépitation fine et moyenne dans les deux temps de la respiration, à timbre nettement pleural ; à l'angle de l'omoplate, souffle pleurétique nettement accusé ; en bas, propagation du souffle et absence de murmure vésiculaire.

L'auscultation de la toux ne donne rien de spécial ; la voix est égophonique, surtout au niveau de la pointe de l'omoplate, bourdonnante sous la clavicule droite.

La palpation fait constater : le déplacement du foie, la situation normale de la pointe du cœur.

De plus, si, à cause de l'épaisseur des parois, les vibrations thoraciques sont insensibles au sommet gauche, pendant que la malade compte à haute voix, tout au contraire ces vibrations sont exagérées sous la clavicule droite où la voix y est bourdonnante.

Le cœur est à l'état normal ; point d'œdème des extrémités, pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Température axillaire, 38°,8. — Pouls, 104 ; respiration, 36.

Soir. — La malade, fatiguée par l'examen, dit avoir passé une mauvaise journée.

Température axillaire, 38°,8 ; température vaginale, 40°. — Pouls, 108 ; respiration, 28, pénible, inégale.

Le 8 janvier, les bruits de frottement pleural sont un peu plus intenses. Le niveau de la matité n'a point varié.

Température axillaire, 38°,2 ; température vaginale, 39°,4. — Pouls, 108 ; respiration, 30.

Soir. — Température axillaire, 38°,2 ; température vaginale, 39°. Pouls, 108 ; respiration, 30.

Le 9, même état. La ponction est décidée.

Température axillaire, 38°,3 ; température vaginale, 39°. — Pouls, 108 ; respiration, 32.

La ponction donne issue à 1605 grammes d'une sérosité orangée qui se coagule spontanément dans le flacon de l'appareil aspirateur (1).

L'opération a été très-difficile, vu l'épaisseur des parois thoraciques. La ponction a été pratiquée par M. Laboulbène, presque au jugé, dans le septième espace intercostal. Le trocart demi-capillaire a dû être enfoncé jusqu'à la garde.

Pendant l'évacuation du liquide, la malade a eu plusieurs quintes de toux. Pas d'autres phénomènes immédiats.

Les températures axillaire et vaginale prises immédiatement ne donnent pas de différence.

Prises à nouveau au bout d'une demi-heure :

Température axillaire, 37°,3 ; température vaginale, 39°,3.

Il y a donc une différence de 1 degré en moins pour l'aisselle et de 3/10es de degré en plus pour le vagin.

La percussion donne de la sonorité dans toute la hauteur du côté droit, et l'on entend partout du frottement pleural, à timbre variable, éclatant et sec, vers la partie moyenne de la poitrine, et humide en bas.

Soir. — Même état général. La malade respire mieux ; le type de la respiration est mixte, (thoraco-abdominal).

Température axillaire, 38°,4 ; température vaginale, 39°,5. — Pouls, 112 ; respiration 28.

Le 10 janvier, la malade a passé une excellente nuit. Les bruits perçus la veille sont les mêmes, excepté vers la base de la poitrine, car dans un cinquième de la hauteur il y a silence du murmure respiratoire, avec de la matité au même endroit.

Température axillaire, 38°,1 ; température vaginale, 39°,1. — Pouls, 108 ; respiration, 28.

Soir. — Même état que le matin. Il existe des frottements dans toute la hauteur de la poitrine, ce qui indique que partout le poumon et la plèvre sont contigus.

Température axillaire, 38°,4 ; température vaginale, 39°,6. — Pouls, 104 ; respiration, 28.

Le 11 janvier, tout va très-bien. La malade a passé une bonne nuit et elle a pu respirer librement. Mêmes signes sthétoscopiques. Il y a toujours un peu de respiration puérile au sommet gauche.

Température axillaire, 38°,3 ; température vaginale, 39°,2.

Soir. — Rien de nouveau.

Température axillaire, 38°,4 ; température vaginale, 39°,7. — Pouls, 100 ; respiration, 28.

Le 12, la malade a parfaitement dormi, et elle a très-bien respiré depuis hier.

Température axillaire, 38° ; température vaginale, 38°,9. — Pouls, 88 ; respiration, 26.

Soir. — Température axillaire, 38°,2 ; température vaginale, 39°,3. Pouls, 100 ; respiration, 28.

Le 13. — Température axillaire, 37°,3 ; température vaginale, 38°,7.

Soir. — Température axillaire, 37°,7 ; température vaginale, 39°. — Pouls, 96 ; respiration, 26.

Le 14. — Température axillaire, 37°,5 ; température vaginale, 38°,4. — Pouls, 80 ; respiration, 20.

Soir. — La malade fait elle-même remarquer qu'elle peut se coucher et dormir sur les deux côtés.

Le 15. — Température axillaire, 37°,4 ; température vaginale, 38°,4. — Pouls, 76 ; respiration, 22.

Soir. — Même état.

Le 16. — Température axillaire, 37,5 ; température vaginale, 38°,4. — Pouls, 80 ; respiration, 20.

Soir. — Même état exactement.

Le 17. — Température axillaire, 37°,5 ; température vaginale, 38°,4. — Pouls, 80 ; respiration, 20.

Le 18. — Température vaginale, 38°,2. — Pouls, 84 ; respiration, 18.

Le 19. — Température vaginale, 38°,2.

Le 20. — Température vaginale, 38°,2.

Le 21. — Température vaginale, 38°,2. — Pouls, 72 ; respiration, 20.

On entend le murmure vésiculaire dans toute la hauteur de la poitrine, avec quelques frottements à la partie moyenne et en bas. On n'entend plus de respiration puérile à gauche.

La malade est rétablie. Nous la gardons pour savoir s'il y aura reproduction du liquide ; mais elle sort le 15 février sans avoir rien offert de nouveau, soit à la percussion, soit à l'auscultation de la poitrine. Une seule thoracocentèse a amené une guérison complète.

Qu'il me soit permis de faire ressortir l'intérêt multiple que présentent ces deux observations.

Dans mes premières recherches, j'ai fait connaître six faits observés tous chez des hommes et constamment le thermomètre placé dans le rectum, avait rapidement indiqué après la thoracocentèse une augmentation de 2 à 3 dixièmes de

(1) Voici l'analyse, faite par M. Méhu, du liquide provenant de la ponction :
Poids du liquide, 1605 grammes ; densité, 1,0205 à 15 degrés de température.

Résidu sec pour 1000 grammes de liquide.		65gr,50
décomposables en. . .	Matières minérales anhydres.	8gr,60
	Fibrine.	0gr,797
	Autres matières organiques.	53gr,56

degré centigrade. Il s'agit présentement de deux femmes, mais qui n'ont pas respiré amplement après l'opération et chez lesquelles le poumon comprimé n'a repris ses fonctions que d'une manière tardive ; aussi la température ne s'est-elle à son tour élevée que tardivement et seulement une demi-heure après l'écoulement du liquide.

Les précautions pour l'opération de la thoracocentèse doivent être minutieuses, mais alors le danger de piquer le poumon ou de laisser pénétrer l'air est évité. M. le professeur Béhier, dans une série de leçons faites cette année dans son cours de clinique à l'Hôtel-Dieu, a parfaitement indiqué toutes les précautions à prendre. J'ai le soin de faire rentrer tout de suite la pointe du trocart dans la canule et d'essayer alors si celle-ci se meut dans une cavité. Le jeu des robinets de l'appareil aspirateur doit être surveillé, et j'ai fait placer par M. Mathieu une plaque rectangulaire du côté du malade, et, au contraire, une plaque de robinet ovale pour le côté qui correspond avec la pompe aspiratrice. De cette façon, il ne peut y avoir de confusion possible, et la pénétration de l'air par une fausse manœuvre ne peut arriver.

Il est inutile de s'attacher à vider trop rapidement la cavité pleurale, le liquide coulant lentement soulage bien plus le malade que ne le ferait un jet trop abondant. Le jeu de la pompe à ventouses augmentant à volonté le vide dans le récipient, permet de régler la sortie de la sérosité épanchée.

Le liquide recueilli par aspiration, et sans le secours de moyens chimiques, arrive dans le récipient de manière à pouvoir être analysé. Il n'a pas subi d'altération. J'insiste sur l'examen anatomo-pathologique de ce liquide pleural. Si la sérosité est riche en fibrine et en résidu sec, la guérison est ordinairement assurée, on peut porter un pronostic favorable et l'on aura de grandes chances pour que le liquide ne se reproduise pas. Au contraire, si le chiffre de la fibrine est faible et les matières minérales peu abondantes, la reproduction du liquide est à craindre.

Sur un total de cinquante et une analyses de liquides provenant de pleurésie aiguë, faites par M. le docteur Méhu, le chiffre du résidu sec rapporté à 1000 grammes, ou à 1 kilogramme de liquide a été de 62 à 65 grammes.

La fibrine a varié pour le kilogramme de liquide, de $0^{gr},417$ à $0^{gr},423$.

Je dois faire remarquer avec soin : que l'importance du rendement en fibrine n'est pas aussi considérable pour le pronostic que celle du résidu sec. Ce qui diminue cette importance de la fibrine, c'est que si l'on analyse un épanchement dont la fibrine a commencé à se déposer, ou même s'est déjà déposée spontanément dans la cavité pleurale, cette fibrine n'ayant pu sortir au moyen du trocart capillaire ou demi-capillaire, ne sera obtenue qu'en très-faible quantité. Il n'y a que la fibrine encore en solution dont la proportion puisse être appréciée. C'est à un cas de ce genre que se rapporte l'observation première de M. le professeur Béhier (*Leçon sur les pleurésies à épanchements modifiés, etc.*, tirage à part, pages 9 à 11), le liquide retiré ne renfermait que $0^{gr},25$ de fibrine et le malade guérit parfaitement après une seule thoracocentèse.

En résumé, la faible proportion de fibrine est un mauvais indice, à moins qu'on ne puisse l'attribuer à la finesse du trocart, ne permettant pas la sortie de la fibrine déposée. Une grande richesse en matières solides est toujours un excellent signe et bien plus constant.

On a pu remarquer l'importance que j'attache à la vibration thoracique perçue pendant que le malade compte à haute voix en prononçant des chiffres un peu sonores (de 80 à 100 par exemple). Même chez les femmes où la poitrine vibre peu ou point à l'état normal, l'étude de la vibration, ou de l'ondulation thoracique ne doit point être négligée dans la pleurésie. En effet, dans ces deux observations, on a vu que les vibrations étaient prononcées à droite et au sommet, tandis qu'elles étaient faibles ou nulles à gauche; de cette manière, j'ai pu affirmer que le poumon refoulé et condensé par l'épanchement flottait au-dessus du liquide.

Chez l'homme, la vibration thoracique est ordinairement très-perceptible, et elle indique nettement quand elle est augmentée en haut de la poitrine, au-dessus d'un épanchement où les parois ne vibrent absolument pas, elle indique, dis-je, le refoulement et la condensation du poumon. La différence est alors extrêmement marquée ; elle est toujours plus grande que du côté opposé où le poumon est à l'état normal.

Je n'ai point encore vu noter le parti qu'on peut tirer de la vibration thoracique pour apprécier le refoulement du poumon par un épanchement aigu ou chronique, et j'ai tenu à l'indiquer nettement. J'ai bien souvent vérifié l'exactitude et la bonté de ce signe clinique.

Les conclusions de cette communication me paraissent pouvoir être ainsi établies :

1° L'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë et auxquels on vient de pratiquer la thoracocentèse se manifeste tantôt dès l'opération, tantôt un peu plus tard, mais elle est constante.

2° Pour mesurer exactement la température centrale dans les cas précités, il faut attendre un certain temps chez les malades craintifs et qui retiennent leur respiration en immobilisant le côté où avait lieu l'épanchement. Cette élévation de la température met quelquefois une demi-heure à se produire. L'importance de la détermination de ce temps n'échappera point aux expérimentateurs.

3° L'élévation de la température centrale reconnaît pour cause le retour à l'état fonctionnel normal du poumon auparavant refoulé par l'épanchement. Elle ne résulte point de la soustraction du liquide épanché, car elle n'a pas lieu avec la sortie de ce liquide, mais ses phases suivent rigoureusement celles du rétablissement graduel des organes respiratoires (vésicules pulmonaires). Dès que les conditions voulues pour que les échanges gazeux endosmo-exosmotiques se produisent, les actions moléculaires qui en sont la suite nécessaire élèvent la température.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Thérapeutique chirurgicale.

Anévrysme axillaire gauche guéri par la compression indirecte intermittente, par M. le professeur Verneuil.

Obs. — V... (François), maçon, âgé de quarante-quatre ans, du département de la Nièvre, est entré à l'hôpital Lariboisière le 31 décembre 1866, salle Saint-Augustin, lit n° 17. C'est un homme de moyenne taille, brun, robuste, jouissant d'une excellente santé et d'une intelligence développée.

Vers 1859, il sentit par hasard dans le creux de l'aisselle gauche, sous la peau, une tumeur du volume d'une noix, indolente au toucher et qui battait légèrement. La tumeur s'accrut lentement sans provoquer de troubles notables. Cependant peu à peu les mouvements du bras devinrent moins énergiques. Le soir, après le travail, existait une sensation marquée de pesanteur et de lassitude dans le membre.

Pour la première fois, vers le 15 novembre 1866, apparurent des douleurs d'une intensité médiocre, mais qui s'irradiaient jusqu'à la main et en particulier dans le petit doigt, qui était tout à fait engourdi. Un médecin consulté reconnut sans peine un anévrysme et envoya le malade à Paris.

Nous constatons les particularités suivantes : le creux de l'aisselle gauche est presque entièrement comblé par une tumeur du volume d'une orange offrant exactement 9 centimètres de diamètre, formant en bas une saillie convexe et soulevant en avant le bord inférieur du grand pectoral ; en haut néanmoins elle n'atteint pas la clavicule et laisse libre la partie supérieure du creux sous-claviculaire.

Les battements isochrones à la systole cardiaque, le bruit du souffle intense et unique, le mouvement d'expansion, ne laissent aucun doute sur la nature du mal : c'est un anévrysme simple de la partie inférieure de l'artère axillaire. L'ouverture vasculaire occupe probablement la paroi interne du vaisseau. La sous-clavière et l'humérale sont saines. Les battements de la radiale sont faibles. L'absence d'œdème et de dilatations

veineuses autour de l'épaule indiquent l'intégrité relative de la veine satellite. Le nerf cubital seul est notablement comprimé.

L'état général est excellent; les appareils circulatoire et respiratoire en bon état. Nous pensons à pratiquer la ligature de la sous-clavière ou de l'axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule; mais la gravité de ces opérations est telle que nous voulons auparavant essayer la compression sous toutes ses formes.

Cette méthode ayant fini par réussir, nous décrirons avec quelques détails les nombreuses tentatives que nous avons faites successivement avec le concours de nos aides et du malade surtout, dont la bonne volonté, l'ingéniosité et la persévérance ont joué le rôle capital dans la guérison.

Plusieurs manœuvres du reste suspendaient l'entrée du sang dans le sac et arrêtaient les battements :

1° La compression de la sous-clavière dans le triangle sus-claviculaire.

2° La compression de l'axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule.

3° On arrivait au même résultat en rapprochant fortement en arrière les deux coudes après avoir fléchi les avant-bras et porté les bras dans la rotation forcée en dedans, et aussi en agissant de même sur le bras du côté malade seulement.

J'étudiais en ce moment les effets des attitudes forcées des membres sur la circulation artérielle (voy. la thèse de mon élève le docteur Merlateau : *Des mouvements forcés et de leur emploi en thérapeutique*, Paris, 1867, p. 32), et en particulier les moyens d'interrompre le cours du sang dans l'artère humérale. La facilité avec laquelle on rendait l'anévrysme silencieux en portant le bras derrière le dos, m'engagèrent à poursuivre les essais dans cette direction.

Pour rendre tolérable la pression qu'il fallait exercer sur le bras pour le maintenir dans l'adduction forcée en arrière, on imagina l'expédient qui suit : on appliqua, sur la moitié inférieure de ce bras, au-dessus de l'articulation du coude, un bracelet large de 15 centimètres, formé d'une couche d'ouate, de plusieurs circulaires et d'une bande dextrinée, et duquel partait une longue bande qu'on enroulait ensuite autour du corps et qui maintenait très-bien le bras dans l'attitude désirée.

Le malade avait lui-même trouvé une attitude qui arrêtait parfaitement les battements : il portait le bras dans la rotation en dedans et l'adduction en arrière, puis il fléchissait l'avant-bras de manière à l'appliquer transversalement sur le dos; ceci fait, il se couchait sur le côté de façon que le poids du corps appuyant sur le coude le portait en dedans, d'où résultait la projection du moignon de l'épaule en bas et en arrière.

Du 10 au 15 janvier, on fit plusieurs fois par jour des séances de compression par ces différents moyens ; mais on dut y renoncer, d'abord parce que le résultat était nul et ensuite parce que le patient, malgré tout son courage, ne put les continuer plus longtemps. En effet, si toutes ces attitudes volontaires ou forcées réussissaient à merveille à interrompre le cours du sang dans le sac, en revanche elles devenaient intolérables au bout d'un temps qui variait entre dix ou quinze minutes ; un engourdissement pénible survenait dans le bras, l'avant-bras et la main, qui bientôt se tuméfiaient et devenaient livides ; de plus, les articulations de l'épaule, tiraillées outre mesure, devenaient douloureuses, ce qui forçait le malade à desserrer les liens ou à changer de position. On essaya alors la compression indirecte sur la sous-clavière et la partie supérieure de l'axillaire, soit avec les doigts, soit avec un cachet ou une pelote à tige. On réussissait assez bien sur le premier vaisseau, mais sur le second, l'épaisseur considérable du muscle grand pectoral exigeait l'emploi d'une grande force, ce qui rendait la compression très-pénible et bientôt inefficace. Nous dûmes donc abandonner le projet de faire la compression alternante sur deux points différents du vaisseau, au-dessus de l'anévrysme.

Le 26 janvier, nous instituâmes la compression digitale permanente sur la sous-clavière, au niveau du tubercule de la première côte; on réussissait le mieux en se plaçant à gauche du malade et en appliquant la pulpe du pouce droit sur l'artère, tandis que les autres doigts prenaient appui sur la face postérieure du trapèze; mais la main se fatiguait vite, et au bout de huit à dix minutes le sang pénétrait déjà dans le sac.

A la fin du jour, après huit heures de compression, les battements sont beaucoup moins forts; mais vers minuit, la compression ayant été suspendue quelques instants, ils reprennent bientôt presque toute leur intensité. Cependant le lendemain matin, après vingt-quatre heures de compression, on constate un résultat encourageant : les battements ont diminué, ainsi que le souffle et l'expansion; la poche anévrysmale est plus dure, douloureuse à la pression. On fait encore une séance de vingt-quatre heures, mais au bout de ce temps les aides et le malade sont fatigués et il faut leur accorder du repos, d'ailleurs l'amélioration est restée stationnaire.

Les jours suivants, on fait chaque jour quelques heures de compression intermittente sans en tirer d'avantages notables.

Cette expérience toutefois n'a pas été inutile, puisqu'elle nous démontre la possibilité de comprimer assez aisément la sous-clavière; il ne s'agit que de trouver un moyen de poursuivre longtemps et commodément cette manœuvre. Nous imaginons le moyen suivant. Un carré de grosse mousseline pliée en plusieurs doubles, et d'une épaisseur de 3 centimètres, est bien imprégné de plâtre liquide; on l'applique sur le triangle susclaviculaire et l'on comprime par-dessus avec le doigt l'artère jusqu'à consolidation du plâtre ; on obtient ainsi un moule très-exact de la région. Avec ce moule on fait une pelote de plomb du poids de 3 kilogrammes, qui presse les parties molles sur une large surface et ne détermine aucune sensation pénible.

La pelote de plomb mise en position, il suffit d'exercer sur elle une pression modérément forte pour obturer la sous-clavière et faire cesser les bruits. Avec un petit nombre d'aides et sans trop de fatigue, on fait ainsi, le 8 février, une séance continue de cinq heures. La nuit, le malade poursuit la tentative; couché dans la position demi-assise, le thorax reposant sur des oreillers résistants, il appuie avec la main droite sur la surface plane de la pièce de plomb et suspend ainsi à son tour, pendant plusieurs heures, les battements dans le sac.

Pour rendre plus facile encore la tâche des aides, on visse à la face supérieure de la pelote de plomb une tige métallique perpendiculaire qu'on garnit à son extrémité libre pour former un renflement sur lequel la main s'appuie et presse longtemps sans fatigue; l'appareil représente alors un véritable cachet. Grâce à cette modification, les élèves, les infirmiers et le malade font chaque jour, du 8 au 17 février, une moyenne de neuf heures de compression, qui est très-bien supportée et n'entraîne pas d'autre fatigue que celle qui résulte de l'immobilité absolue que le patient est obligé de conserver pour que la pelote ne se déplace pas.

Le résultat obtenu est fort encourageant. Le sac se remplit évidemment de caillots et est plus ferme, moins extensible, indolent au toucher et paraît déjà réduit dans toutes ses dimensions. L'état général est excellent. La digitale et une diète appropriée sont bien tolérées. De temps en temps on administre un purgatif et des boissons diurétiques quand les urines se chargent trop. On ne constate qu'un léger amaigrissement.

Le patient a trouvé moyen de se passer complétement du secours des aides et de faire lui-même en moyenne six à sept heures de compression quotidienne, et voici comment : la tige métallique courte et figurant le manche du cachet a été remplacée par une tige plus longue (30 centimètres) terminée par un anneau fixe; à cet anneau sont fixées trois cordes qui sont attachées ensuite à trois des colonnes du lit, l'une du côté de la tête, à gauche, les deux autres du côté des pieds ; ces trois cordes tendues maintiennent en équilibre la tige métallique et empêchent le déplacement de la pelote de plomb. Pour remplacer la pression complémentaire nécessaire qu'on exerçait d'abord, soit sur la pelote elle-même, soit sur la tige, on accroche dans l'anneau terminal de cette dernière un poids de quatre livres environ. Le tout disposé de la sorte, le malade se place commodément et garde l'immobilité. On constate alors que le sang ne pénètre plus dans l'anévrysme. C'est après quelques tâtonnements que le patient a réussi à trouver ce moyen aussi simple qu'efficace.

Le 17 mars, l'anévrysme a diminué d'un tiers au moins de son volume; les battements sont faibles et le souffle doux. Les mouvements du bras sont plus libres et la sensation d'engourdissement dans la main a presque totalement disparu. En portant profondément les doigts dans l'aisselle, on parvient à atteindre l'artère au-dessus de la tumeur et à la comprimer de façon à faire cesser les battements dans le sac. Même résultat si l'on presse directement la tumeur de dedans en dehors sur la tête de l'humérus. Nous cherchons à utiliser ces faits en plaçant successivement dans le creux de l'aisselle un tampon, une éponge, une sorte de coussin analogue à celui de Desault pour la fracture de la clavicule et en ramenant le bras le long du corps dans l'adduction. Nous essayons encore une sorte de béquille concave en dehors pour loger l'anévrysme et terminée supérieurement par une pelote destinée à comprimer l'artère près du point où elle se dégage au-dessous de la clavicule. Ces tentatives, faites à la fin du mois de mars, ne donnent que des résultats imparfaits; elles sont donc abandonnées, et nous revenons à la compression de la sous-clavière à l'aide du moyen imaginé par le malade et que nous avons décrit plus haut. Pendant tout le mois d'avril, nous laissons le patient se comprimer lui-même sept à huit heures par jour. A la fin de ce mois la tumeur est dure, mobile dans le sens antéro-postérieur et appliquée contre la tête humérale, elle n'a plus guère que 5 centimètres de diamètre et ne provoque plus ni douleurs, ni engourdissement, ni même de gêne marquée dans les mouvements. L'expansion y est très-difficile à constater. Les battements sont encore perceptibles mais faiblement. On peut se demander s'ils ne sont pas dus au choc du sang ébranlant la tumeur durcie, et si n'était la persistance d'un léger souffle, on pourrait croire à une guérison complète.

Bien que pénétré de reconnaissance pour nos soins, V... s'ennuie beaucoup à l'hôpital, où il séjourne depuis quatre mois. Convaincu d'ailleurs qu'il est guéri, il nous demande à retourner dans son pays, nous pro-

mettant d'ailleurs de ne pas reprendre sur-le-champ ses travaux et de continuer encore la compression de la sous-clavière. Nous accédons à sa demande, non sans regrets et sans lui faire entrevoir les dangers de la suppression d'un traitement qui avait dépassé nos espérances.

Au bout d'une année, nous recevons de ses nouvelles d'une manière indirecte, on nous dit que depuis quelques semaines V... a cessé tout traitement, qu'il va bien et recommence à travailler.

Au commencement de l'année 1872, nous opérons à Lariboisière un malade venu du même pays, et nous demandons encore des nouvelles. Cette fois V... nous écrit lui-même qu'il est entièrement guéri et se sert de son bras gauche aussi bien qu'avant la maladie. Il a continué la compression intermittente plusieurs heures par jour pendant plus de dix mois et ne l'a cessée qu'après l'assurance donnée par son médecin d'une guérison complète. La tumeur avait, en effet, diminué des deux tiers; depuis elle s'est encore réduite et maintenant n'est plus représentée que par une induration du volume d'une noisette.

J'ai déjà parlé sommairement de ce cas (Le Fort, art. *Axillaire*, in *Dict. encycl.*, t. VII, p. 664, 1867), mais sans pouvoir affirmer comme aujourd'hui la guérison radicale.

Plusieurs fois déjà on a tenté dans l'anévrysme axillaire la compression de la sous-clavière au-dessus de la clavicule (Desault, Miller, Paget), mais sans en tirer aucun profit. Nous n'avons point connaissance de nouvelle tentative de ce genre. Le cas présent serait donc le premier succès obtenu par cette méthode. C'est ce qui nous a engagé à faire connaître, même au risque de paraître prolixe, les détails de cette longue cure, sans passer sous silence les expédients qui n'ont pas réussi.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

ACTION DE LA CORDE DU TYMPAN SUR LA CIRCULATION SANGUINE DE LA LANGUE, par M. *A. Vulpian*. Voici le passage principal de M. Vulpian :

La corde du tympan nous apparaît comme un nerf exerçant surtout une action centrifuge. Il ne saurait y avoir aucun doute pour la partie de ce nerf qui se rend à la glande sous-maxillaire : c'est bien un filet nerveux à action centrifuge, puisqu'en excitant le bout périphérique de ce filet, coupé transversalement, on produit, comme l'a montré M. Claude Bernard, et une activité plus grande de la sécrétion salivaire, et la dilatation des artérioles avec accélération du cours du sang dans les capillaires, etc.

En est-il autrement de la partie de la corde du tympan qui se distribue à la langue avec le nerf lingual? Mes expériences récentes ne me permettent pas d'affirmer que cette partie de la corde du tympan ait une action exclusivement centrifuge ; mais, du moins, elles m'autorisent à dire qu'elle exerce, dans ce sens, une influence remarquable sur la langue.

Sur des chiens adultes, après avoir coupé transversalement le nerf lingual au-dessous du point où le filet nerveux destiné à la glande sous-maxillaire se sépare de lui, on a électrisé le bout périphérique de ce nerf. On a d'abord constaté ce qu'on avait vu tant de fois, à savoir que l'électrisation de cette partie périphérique du nerf lingual, faite, soit à l'aide de courants continus, soit au moyen de courants interrompus, ne provoque aucun mouvement général ou partiel de la langue : les papilles linguales restent aussi tout à fait immobiles. On a vu encore, de la façon la plus nette, qu'il ne se produisait aucune sécrétion ni à la face supérieure ni à la face inférieure de la langue.

Mais, en même temps que l'on faisait ces observations, l'attention était vivement attirée par une modification de coloration qui se manifestait chaque fois qu'on électrisait le bout périphérique du nerf lingual. Quelques instants (une à trois secondes) après le début de l'électrisation, la membrane muqueuse de la moitié correspondante de la langue, sur les deux faces de l'organe, commençait à se congestionner, à rougir, et la fluxion sanguine ainsi produite devenait très-prononcée au bout de quelques secondes, puis disparaissait en grande partie lorsqu'on cessait d'exciter le nerf.

En étudiant avec plus de soin les effets de la section du nerf lingual et ceux de l'électrisation de sa partie périphérique, on voit que la section du nerf produit un faible degré de rougeur congestive de la moitié correspondante de la langue, rougeur qui est permanente. L'électrisation du bout périphérique du nerf détermine une augmentation considérable de cette rougeur. Si l'on examine la face inférieure de la langue, on reconnaît que cette rougeur ne s'étend pas au plancher buccal, tandis qu'elle occupe toute la moitié correspondante de cette face de la langue et la moitié du frein du même côté. On constate que les petits vaisseaux superficiels de cette face inférieure de la langue se dilatent; la veine ranine se gonfle très-visiblement, et le sang aperçu par transparence dans les veinules devient un peu plus rouge qu'auparavant. Il est facile de s'assurer, en ouvrant une de ces veinules ou la veine ranine elle-même, que l'écoulement de sang augmente presque aussitôt qu'on électrise le nerf lingual, pour diminuer lorsqu'on cesse l'électrisation. Enfin on peut aisément constater aussi que la congestion produite par l'électrisation s'accompagne d'une élévation notable de la température. On le reconnaît en touchant comparativement les deux moitiés de la langue ; mais on peut mieux s'en convaincre encore en entourant le réservoir d'un thermomètre avec la moitié de la langue, du côté du nerf coupé : on voit, quelques moments après le début de l'électrisation du bout périphérique du nerf, le mercure monter de 1, de 2 ou de 3 degrés en quelques instants, et redescendre lorsqu'on cesse d'électriser le nerf.

Tous ces phénomènes se manifestent chez l'animal curarisé comme chez l'animal non empoisonné. Sur les chiens faiblement curarisés et soumis à la respiration artificielle, les observations sont plus faciles à faire que lorsque les animaux ont conservé toute l'énergie de leurs mouvements volontaires.

L'action du nerf lingual sur les vaisseaux de la langue appartient-elle aux fibres propres de ce nerf, ou bien est-elle dévolue aux fibres anastomotiques provenant de la corde du tympan? Pour savoir ce qu'il en est j'ai mis à découvert, sur des chiens curarisés, la corde du tympan entre le crâne et le point où elle s'anastomose avec le nerf lingual. Je l'ai électrisée directement, soit en laissant le nerf lingual intact, soit en le coupant préalablement, et j'ai vu se produire dans la langue les divers phénomènes que je viens d'indiquer. D'autre part, en électrisant le bout périphérique du nerf lingual, quelques jours après la section de la corde du tympan, c'est-à-dire après que ce filet nerveux avait perdu sa neurilité, on n'a pas vu se produire cette congestion si marquée, qui ne fait jamais défaut lorsque l'électrisation est pratiquée sur le nerf lingual d'un chien dont les cordes du tympan sont intactes. C'est donc la corde du tympan, et non le nerf lingual proprement dit, qui produit, sous l'influence de l'électrisation, les modifications vasculaires que nous avons observées dans la langue.

(Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

PUTRÉFACTION, DÉSINFECTION ET CONSERVATION DES SUBSTANCES ORGANIQUES; note de M. *Laujorreis*. (Extrait). — On sait avec quelle facilité une solution de gélatine se putréfie. A la température de 25 degrés, il suffit de quarante-huit heures pour qu'elle se couvre de moisissures, se liquéfie et éprouve une décomposition complète. Or, si à une solution gélatineuse on ajoute *un centième* de fuschsine, on pourra la conserver pendant un temps difficile encore à préciser. J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un flacon de gélatine à la fuchsine, qui date de onze mois, et qui n'a subi depuis cette époque aucune altération, bien qu'elle ait été en contact libre avec l'atmosphère. (Renvoi à la section de chimie, à laquelle M. Pasteur est prié de s'adjoindre.)

PRIX. — MM. *E. Jolly* et *C. Paquelin* adressent, pour le concours du prix de physiologie expérimentale (1873), deux mémoires manuscrits, intitulés : « Recherches sur la constitution chimique des globules sanguins » et Action des acides sur les phosphates insolubles ». (Renvoi à la future commission.)

NÉVROSES. — M. *P. Levers* adresse, pour le concours du prix Bréant, une note sur la névrose et la névralgie. (Renvoi à la commision du legs Bréant.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse, pour le concours du prix Trémont, un mémoire sur l'emploi du rubis-spinelle artificiel dans le microscope. (Renvoi à la commission.)

EAUX POTABLES. — M. *E. de Laval* adresse une note concernant la nécessité de proscrire l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite et la distribution des eaux destinées aux usages alimentaires. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

De l'asphyxie et de la cause des mouvements respiratoires chez les poissons. — MM. *Gréhant* et *Picard* adressent une note sur ce sujet.

Influence de l'ammoniaque dans les ateliers où l'on emploie le mercure. — M. *J. Meyer* et parvenu, dans les ateliers d'étamage de la glacerie de Chauny, appartenant à la compagnie de Saint-Gobain, à éviter l'influence funeste du mercure sur la santé des ouvriers, par l'emploi de l'ammoniaque. Il suffit de répandre tous les soirs, après la fin du travail, un demi-litre d'ammoniaque liquide du commerce sur le sol de l'atelier. Le hasard l'a conduit à ce résultat, dont il ne donne pas la théorie.

Sur les microzymas normaux du lait comme cause de la coagulation spontanée et de la fermentation alcoolique, acétique et lactique de ce liquide. — M. *A. Béchamp*, après avoir rappelé ce qu'il avait déjà dit sur ce sujet, communique un nouveau travail.

Usage du vermouth dans la consommation. — Il résulte des observations de M. *Decaisne* que l'abus du vermouth produit, comme l'abus de l'eau-de-vie et de l'absinthe, les états qu'on a désignés sous les noms d'*alcoolisme aigu* et d'*alcoolisme chronique*.

Académie de médecine.

Séance du 11 mars 1873. — présidence de m. depaul.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Les rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales de Gamurde, Préchacq, Dax, Fercis et de Sanbusse, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1869, et le rapport de l'inspecteur d'Evaux pour l'année 1872. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Une caisse contenant des échantillons d'une source minérale située dans la commune de Bas (Haute-Loire) et pour laquelle le sieur Gérin sollicite une autorisation d'exploitation. (*Même commission.*) — *c.* Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département du Gard. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une note manuscrite de M. *Robillard*, ayant pour titre : Modifications apportées aux appareils extenseurs et contenteurs des muscles du cou. — *b.* M. le maire de Bourbon-Lancy adresse à l'Académie une lettre relative à la question de l'inspectorat.

M. *Richet* dépose sur le bureau un travail de M. *Albert Hybord* sur le zona ophthalmique.

M. *Ricord* offre en son nom, et au nom de M. *Demarquay*, un ouvrage sur les ambulances de la Presse pendant le siége et la commune (1870-1871).

M. *Barth* présente une brochure de M. *Decaisne*.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Une note manuscrite de M. *Béranger-Féraud* sur la mouche du ver de Cayor. — 2° Une brochure sur de nouveaux appareils de zinc laminé pour les membres inférieurs, par M. le docteur *Raoul Deslonchamps*.

M. *Depaul* offre, de la part de M. le docteur Stansky, un travail intitulé : Nouvelles études sur la spontanéité de la matière.

M. *le Président* donne lecture du décret qui approuve la nomination de M. Béclard comme secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Dubois (d'Amiens).

Déviation du rachis. — M. *Dubreuil* (de Marseille) lit ensuite, d'une voix trop faible pour qu'on puisse l'entendre, un travail sur une nouvelle méthode de traitement des déviations de la colonne vertébrale.

Autant que nous avons pu le suivre, l'auteur a cherché à démontrer qu'on pouvait redresser la taille sans mécanique, sans appareil, en faisant exécuter au corps et aux membres des mouvements destinés à rendre aux ligaments et aux membres leur élasticité naturelle.

Suite de la discussion sur l'inspectorat. — On sent que la discussion tire à sa fin, et les orateurs ne font plus que répéter ce qui a déjà été dit avant eux. Aussi M. Durand-Fardel, qui s'était fait inscrire depuis longtemps, a-t-il été sur le point de renoncer à la parole.

Il a toutefois consenti à parler sur l'insistance de ses collègues.

M. *Durand-Fardel* s'attache à démontrer la nécessité d'une surveillance officielle dans les établissements de bains, au point de vue industriel et professionnel.

Les stations thermales, en effet, ont évidemment trait à la santé publique, et comme tels ils doivent être soumis au contrôle direct de l'État. Tout en laissant à chacun le plus de liberté possible, l'État doit, dans l'intérêt de tous, surveiller ce que le public ne peut contrôler, car la loi qui a rétabli le libre usage des eaux n'est pas, pour les malades, aussi avantageuse qu'on pourrait le croire. Quoi qu'en dise M. J. Guérin, les eaux minérales ne sont pas déjà si innocentes, et il en est beaucoup dont l'usage pourrait être fort préjudiciable aux buveurs. La santé des malades exige donc que la nature et la composition de ces eaux soient exactement connues, que leur administration soit régulière, l'installation confortable, toutes choses dont le public ne peut s'occuper et qui nécessitent dans chaque établissement la présence d'une personne nommée uniquement à cet effet.

D'un autre côté, les sources thermales sont des établissements essentiellement industriels, entre les mains de gens qui n'y voient qu'une entreprise, une affaire commerciale, et n'offrent souvent que peu de garanties au point de vue de la capacité ou de l'honorabilité. Il faut donc sans cesse se tenir en garde contre les fraudes, et l'État seul peut y veiller. Les analyses faites par l'Académie de médecine ne sont pas une garantie suffisante, car ces analyses ne sont pas faites sur place, et l'on peut dire, sans crainte de se tromper, que les neuf dixièmes des eaux minérales ont besoin d'être examinées de nouveau.

On a dit que le libre usage des eaux minérales condamnait l'inspectorat : M. Durand-Fardel y voit au contraire une raison pour le maintenir; on devrait même le créer s'il n'existait pas pour préserver les malades contre l'exploitation des propriétaires, qui ne sont après tout que des capitalistes, des négociants ou des marchands d'eau, suivant l'importance de l'établissement.

Si l'on envisage la question au point de vue de la dignité professionnelle, de l'aveu de tous la profession médicale est une des plus honorables et des plus estimées; mais, il faut bien l'avouer, il y a parmi nous des enfants perdus, des médecins qui, n'ayant pu réussir à se faire une clientèle, las d'arriver à la fortune par les moyens honnêtes, ou trop pressés de s'enrichir, seraient tout prêts à se faire les complices des propriétaires peu scrupuleux. « Je ne dis pas que la chose existe, ajoute M. Durand-Fardel, mais elle est possible, et cela suffit pour qu'on y prenne garde, au nom de la dignité du corps médical. »

Quant à l'assistance publique, au traitement des indigents, les médecins libres réclament pour eux cette faveur. Mais qui les empêche aujourd'hui de les soigner? Ne sont-ils pas libres de donner leurs soins à qui bon leur semble? M. Durand-Fardel croit toutefois que, pour le fonctionnement régulier des soins à donner à cette classe de malades, il faut en confier la direction à quelqu'un qui en soit chargé spécialement.

M. J. Guérin a dit encore que l'inspectorat était contraire à l'égalité, à la liberté, qu'il était nuisible à la science. M. Durand-Fardel proteste énergiquement contre cette dernière accusation, et après avoir rappelé les travaux des médecins inspecteurs et de la Société d'hydrologie, conclut qu'en s'exprimant ainsi M. J. Guérin a menti à la justice et à la vérité.

M. Durand-Fardel examine ensuite ce qu'on propose pour remplacer l'inspectorat, c'est-à-dire la commission médicale, qu'il ne faut pas confondre avec les sociétés médicales libres : celles-ci peuvent être sans doute fort utiles, mais elles ne rendront jamais que des services officieux.

Quant à la commission médicale, au premier abord l'idée en est séduisante; mais quand on va au fond des choses, quand on se demande comment elle fonctionnera, on s'aperçoit qu'elle est absolument impraticable. D'abord, comment sera-t-elle constituée? Probablement de tous médecins résidant dans le pays? Mais il en est dont l'honorabilité est plus que douteuse; d'autres pourront se laisser aller à des écarts professionnels. Il faudra donc les surveiller continuellement, et la commission risquera fort de devenir un simple conseil de

discipline. Et, puis qui sera responsable dans la commission ? Tous ? Mais une responsabilité collective n'est pas une responsabilité. Tous les médecins devront-ils en faire partie ? Si quelqu'un refuse, que fera-t-on ? etc., etc.

D'ailleurs, comme on l'a déjà dit, ce système n'est applicable qu'aux grands établissements; dans les petits, où il n'y a qu'un, deux ou trois médecins, se formeront-ils aussi en commission ?

Il y a évidemment là des difficultés pratiques auxquelles on n'a pas songé.

On cite toujours la commission d'Aix. « Heureuses les stations thermales où de pareils faits ont pu se rencontrer, mais je doute, dit l'orateur, qu'on puisse les reproduire sur commande. »

M. Durand-Fardel, après avoir ainsi procédé par voie d'exclusion, en arrive à demander, comme MM. Gubler, Hardy et Pidoux, le maintien de l'inspectorat, mais d'un inspectorat modifié.

M. *Boudet*, en attendant l'heure du comité secret, présente ensuite quelques courtes observations; il fait remarquer que M. Pidoux, dans la commission mixte qu'il propose d'adjoindre à l'inspecteur, a oublié d'y mettre un chimiste, dont l'utilité ne saurait être contestée dans un établissement thermal.

Puis, à propos des analyses chimiques, il appelle l'attention de l'assemblée sur le piteux état du laboratoire officiel de l'Académie. Sans l'obligeance et le dévouement de M. Bouys, qui met son laboratoire particulier à la disposition de la commission des eaux minérales, il serait complétement impossible de faire la moindre analyse.

M. Boudet demande enfin qu'on reprenne la publication de l'Annuaire des eaux minérales, commencé par M. Dumas et abandonné depuis longtemps.

M. *Depaul* répond que l'augmentation du budget de l'Académie va permettre de faire des réformes sérieuses, et qu'on aura dans un avenir prochain un laboratoire digne de l'Académie.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DISCUSSION SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. — KYSTE HYDATIQUE DU FOIE GUÉRI PAR UNE SEULE PONCTION ASPIRATRICE. — ANÉVRYSME FAUX CONSÉCUTIF DÉVELOPPÉ DANS LE VOISINAGE D'UNE PLAIE FAITE POUR LA RÉSECTION DU COUDE. — DU TRAITEMENT DES PLAIES ARTÉRIOSO-VEINEUSES COMPLIQUÉES D'ANÉVRYSME DIFFUS ET DE NON-CICATRISATION DE LA PLAIE CUTANÉE. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES. — TRACÉ DES BATTEMENTS DU CERVEAU.

M. *Chassaignac* donne lecture d'un mémoire sur les rétrécissements du rectum.

M. *Verneuil* ne rejette point les méthodes anciennes, il en a obtenu de bons résultats; seulement leur efficacité est bornée aux cas légers. Dans les cas graves, ces méthodes sont à peine palliatives et parfois dangereuses. Le procédé de M. Verneuil n'a pas encore été suivi de mort, tandis que la dilatation simple compte des morts dans son bilan. Il est vrai que la rectotomie est une opération laborieuse, difficile, surtout quand le rétrécissement est étroit et très-élevé; mais les suites en sont relativement bénignes. On doit conserver les méthodes anciennes comme palliatives et pour les cas légers; l'opération de M. Verneuil est d'une grande ressource pour les cas où les autres méthodes sont insuffisantes.

La discussion sur le traitement des rétrécissements du rectum est close.

— M. *Dolbeau* fait un rapport verbal sur une observation envoyée par M. Chairou (de Rueil). Il s'agit d'un kyste hydatique du foie guéri par une simple ponction aspiratrice au moyen de l'appareil de Dieulafoy. Deux membres de la Société, dont M. Boinet, ont examiné la malade. On ne peut pas considérer cette malade comme guérie, puisqu'il reste encore une tuméfaction du côté du foie. Y a-t-il eu deux kystes, dont un est guéri, l'autre continuant à se développer? Cette observation n'est pas un cas absolu de guérison.

— M. *Polaillon* lit une observation d'anévrysme faux consécutif développé dans le voisinage d'une plaie faite pour la résection du coude. La résection fut pratiquée par M. Broca. Pendant les jours qui suivirent l'opération, il y eut quelques hémorrhagies difficiles à arrêter. Sept semaines plus tard, on dut arrêter une hémorrhagie artérielle par la compression de l'humérale : un petit anévrysme faux consécutif s'était rompu au voisinage de la plaie faite pour la résection. Le malade était très-anémique. Cautérisation de la tumeur avec le chlorure de zinc et compression directe. La poche anévrysmale fut détruite après plusieurs cautérisations. L'anévrysme était situé à la partie supérieure et externe de l'avant-bras, probablement sur le trajet d'une récurrente radiale qui, coupée pendant la résection, s'était rétractée et n'avait pu être liée; de là les hémorrhagies qui suivirent l'opération, et plus tard la formation d'une poche anévrysmale qui perfora la peau près de la plaie faite pour la résection.

— M. *Le Dentu* lit un travail sur le traitement des plaies artérioso-veineuses compliquées d'anévrysme diffus et de non-cicatrisation de la plaie cutanée. En voici les conclusions :

1° Tout de suite après l'accident, exercer une compression directe sur la plaie et sur la poche sanguine pour favoriser la cicatrisation de la peau et des couches sous-cutanées.

2° Dans le cas où la plaie ne se cicatriserait pas, et que la poche fût sur le point de s'ouvrir, pratiquer la double ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous de la poche, et le plus près possible de celle-ci.

3° Dans le cas où la poche se serait rompue, il faudrait suivre la même conduite, et de plus faire de larges débridements, de manière à pouvoir facilement y pratiquer des lavages et éviter autant que possible la septicémie. Cette méthode devrait être préférée à la ligature des vaisseaux dans le sac lui-même, comme dans la méthode ancienne, parce qu'en éloignant les ligatures de l'orifice artérioso-veineux on les pose sur des points des vaisseaux qui ont moins de chances d'être altérés.

4° Enfin, comme corollaire de ces conclusions, on peut ajouter que dans le cas où l'on serait amené par la force des choses à opérer un anévrysme artérioso-veineux par la méthode ancienne, il serait prudent de porter une double ligature sur les extrémités de la veine, toutes les fois que les dimensions de celle-ci pourraient faire craindre les hémorrhagies secondaires.

— M. *Lannelongue* présente une malade sur laquelle il a appliqué un nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales. Ce procédé lui paraît applicable aux cas rebelles, où il y a d'énormes délabrements. M. Lannelongue tire parti du prolapsus vésical, qui se fait par l'orifice même de la fistule. Ce n'est pas le sommet de la vessie qui forme ce prolapsus, c'est toujours une partie voisine de la fistule; ce n'est ni la paroi antérieure ni le sommet, c'est la paroi postérieure qui, supportant la masse intestinale, est poussée par l'orifice de la fistule. L'examen des malades montre que c'est toujours ainsi que les choses se passent. Toutes les tuniques de la vessie s'engagent par l'orifice anormal.

Le procédé de M. Lannelongue a été employé sur une malade qui avait été jugée inopérable par plusieurs chirurgiens. Et cependant la malade voulait guérir. Accouchée pour la troisième fois en juillet 1872, on dut appliquer le forceps; des eschares se détachèrent et il en résulta une fistule vésico-vaginale énorme. M. Lannelongue fit l'opération en décembre 1872. La fistule s'étendait depuis le col utérin jusqu'à 3 centimètres du méat

urinaire, et latéralement d'une branche de l'ischion à l'autre branche. La paroi latérale du vagin faisait défaut : elle était remplacée par le périoste non susceptible de glissement ; tout à fait en arrière, latéralement, on retrouvait les parois vaginales. La vessie, en prolapsus, formait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, réductible. En examinant cette tumeur avec soin, M. Lannelongue vit qu'elle était formée par la paroi postérieure de la vessie. Il restait cependant une cavité vésicale au-dessus de la tumeur. La face postérieure de la tumeur se continuait avec la muqueuse vaginale au niveau du col utérin ; peut-être pourra-t-on unir en avant la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale, comme cela existe naturellement en arrière.

Les uretères sont assez mal placés; l'un s'ouvre dans le vagin; M. Lannelongue, au moyen d'une petite opération, le remet dans la vessie; pour cela, il sectionne avec un petit écraseur la paroi antérieure de l'uretère de manière à reculer l'embouchure et à la replacer dans la vessie. Dix jours après, opération d'avivement comprenant la partie superficielle de la muqueuse vésicale et la partie correspondante de la paroi antérieure du vagin; onze points de suture qu'on enlève du sixième au neuvième jour. Toute la fistule est oblitérée par ce lambeau; mais il reste un orifice d'uretère sur ce lambeau, ce qui nécessitera plus tard une petite opération. En ce moment, une partie de l'urine tombe dans la vessie et l'autre partie s'écoule par le vagin.

— M. *Polaillon* présente un tracé sphygmographique des battements du cerveau, recueilli chez un individu atteint de cancroïde qui avait perforé les os du crâne et mis le cerveau à nu.

SÉANCE DU 12 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DISCUSSION A PROPOS DE LA COMMUNICATION DE M. LANNELONGUE : NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — URÉTHROCÈLE VAGINALE. — DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — PRÉSENTATION D'UN MALADE : VARICE ARTÉRIELLE DE LA RÉGION PARIÉTALE.

M. *Dolbeau* félicite M. Lannelongue au sujet de la communication qu'il a faite dans la précédente séance. Il est à regretter qu'on n'ait pu constater *de visu* le résultat; cela en valait la peine. La malade n'est pas complétement guérie; M. Lannelongue aurait dû compléter son œuvre avant de faire la présentation; alors il eût pu nous dire combien de liquide la vessie pouvait encore contenir, maintenant qu'une partie de sa paroi postérieure est devenue paroi vaginale antérieure, et nous renseigner enfin sur l'incontinence d'urine. M. Dolbeau ne comprend pas bien que la fistule soit limitée à droite et à gauche par le périoste des branches ischio-pubiennes. Après les accouchements même laborieux il reste souvent autre chose. Enfin, M. Dolbeau demande à M. Lannelongue les dimensions exactes de la fistule et une description de la suture latérale.

M. *Boinet* trouve que les dimensions de la vessie sont notablement diminuées. A part la petite opération faite pour remettre l'orifice d'un uretère dans la vessie, M. Boinet ne trouve rien de nouveau dans le procédé de M. Lannelongue. M. Boinet a opéré, il y a cinq ou six ans, une fistule vésico-vaginale ayant 5 centimètres de hauteur. Le col de la vessie était détruit en arrière. Après l'opération, la femme ne conserve ses urines que dans la position horizontale, et, malgré la suture du col de la vessie, on n'a pu rendre à ce sphincter son élasticité.

M. *Lannelongue* n'a pas donné en chiffres les dimensions de la fistule; du moment que l'on indique des jalons connus de tous, cela suffit. La fistule était limitée en haut par le col utérin, en bas elle finissait à 3 centimètres du méat urinaire. Une mensuration n'eût pas été plus exacte. Le dessin, fait par M. Sueur, sera présenté à la Société de chirurgie. Les parois du vagin étaient formées latéralement par le périoste des branches ischio-pubiennes. Ce fait est rare mais n'est pas unique; Jobert en rapporte d'analogues dans son livre : l'eschare comprenait les parois vaginales et tous les tissus jusqu'au périoste. M. Lannelongue s'est bien gardé de suturer la vessie à ce périoste : il a avivé le peu qui restait des parois latérales du vagin au-dessous des branches ischio-pubiennes pour l'unir à la paroi vésicale.

Il est vrai que le résultat est encore incomplet; mais il ne reste qu'un pertuis dû à un orifice d'uretère. Samedi dernier M. Lannelongue a fait une petite opération pour obvier à cet inconvénient; il en donnera bientôt le résultat définitif. Lorsque la malade a été amenée à la Société de chirurgie, on avait préparé des spéculums Bozemann et tout ce qui était nécessaire pour un examen complet. M. Lannelongue fournira aux membres de la Société une nouvelle occasion de faire cet examen. M. Lannelongue croit avoir imaginé quelque chose de nouveau : c'est l'emprunt d'une partie de la paroi vésicale comme lambeau pour oblitérer une fistule vésico-vaginale. La malade a une incontinence d'urine parce qu'elle n'a pas de col de la vessie : l'avivement arrivait presque au méat urinaire ; mais cette infirmité disparaîtra peut-être. M. Lannelongue a opéré une autre malade qui avait aussi perdu son col vésical, et l'incontinence d'urine diminue peu à peu sous l'influence de l'électrisation.

La malade de M. *Boinet*, opérée depuis six ans, n'a pas vu diminuer son incontinence d'urine.

M. *Lannelongue* répond à cela que M. Boinet paraît croire que le col vésical a seul la propriété de remédier à l'incontinence. Ce n'est pas l'avis de M. Sappey. Pour cet anatomiste, le col de la vessie chez la femme n'est pas limité à un simple anneau de fibres musculaires; ces fibres musculaires s'étendent jusque près de la vulve, et en augmentant la tonicité de ces fibres, qui restent intactes en partie chez la malade de M. Lannelongue, M. Sappey ne serait pas étonné de voir l'incontinence diminuer et peut-être disparaître.

M. *M. Sée* est étonné qu'au bout de quatre mois après l'accouchement laborieux, la vessie soit restée assez grande pour que le chirurgien ait pu en emprunter un lambeau assez considérable sans supprimer la plus grande étendue du réservoir urinaire.

M. *Lannelongue* s'est rendu compte de la capacité de la vessie avant d'entreprendre l'opération ; par la soustraction du lambeau, la cavité de la vessie n'a été réduite que d'un dixième environ.

— M. *Gillette* lit une observation de dilatation partielle du canal de l'urèthre chez une femme âgée de trente et un ans, qui a eu trois enfants : troubles du côté de la miction, qui s'exagèrent peu à peu; puis sensation de gêne à la vulve. Bientôt, après chaque miction, la malade se sentit mouillée par une miction involontaire non accompagnée de cuissons au méat comme pendant la miction première. Derrière le méat, tumeur au niveau de l'urèthre, ovoïde, mesurant 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 3 centimètres transversalement. Si l'on déprime cette tumeur, l'urine sort par l'orifice uréthral. Par le cathétérisme, la sonde s'arrête d'abord dans une cavité, et plus loin on trouve le col vésical et la vessie, qui est à sa place. La malade voulut être opérée.

La malade étant couchée sur le dos, les parois latérales du vagin sont écartées par des aides; le chirurgien fait deux incisions qui se réunissent en arrière pour former un angle ouvert en avant sur la portion la plus dilatée de la tumeur. Dissection de la muqueuse comprise entre les deux incisions, en ayant soin de ménager le canal de l'urèthre. Suture avec fils d'argent. Sonde à demeure pendant quinze jours. La malade est guérie. Foucher a fait une opération analogue vers 1857.

— M. *Giraud-Teulon* commence la lecture d'un discours sur

les divers procédés opératoires pour le traitement de la cataracte.

— M. *Panas* présente un enfant de onze ans qui reçut, il y a quelques années, un coup de bâton sur la région pariétale gauche. Il en résulta d'abord une simple bosse, puis la région devint pâteuse, et il se développa une véritable varice artérielle qui gagne l'angle frontal externe et se rapproche même de la maxillaire interne. Faut-il employer la compression, les injections ou la ligature?

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 MARS 1873.

CRISTAUX BLEUS DANS LE SANG D'UN CRUSTACÉ : POUCHET. — ANALYSE DES GAZ DE LA SÉROSITÉ PÉRITONÉALE : LÉPINE. — ANATOMIE DE LA CIVETTE : CHATIN. — INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CARBONATE D'AMMONIAQUE : LIOUVILLE ET BÉHIER. — SUR LES LÉSIONS DE LA DYSENTÉRIE : KELCH. — UNE PLANTE RESSUSCITANTE : P. BERT.

M. *Pouchet* examinant un crustacé du genre Branchie qui présente une coloration verdâtre, a trouvé que celle-ci est due à un mélange d'un pigment orangé et de cristaux bleus. On retrouve ces cristaux isolés autour de l'intestin; l'eau sucrée est le meilleur réactif pour les examiner.

M. *Lépine* donne des chiffres provisoires, qu'il publiera plus tard après les corrections nécessaires, lesquels indiquent les proportions relatives des gaz dans la cavité péritonéale.

— M. *Chatin fils* montre des dessins qui représentent certaines particularités dans la distribution des artères naissant de l'aorte, dans la disposition du cæcum, et divers autres faits de l'anatomie normale de la civette (*Viverra civetta*), laquelle est encore peu connue.

— M. *Kelch* présente des dessins et des préparations histologiques sur lesquelles on peut suivre l'un des processus anatomiques de la dysentérie; en particulier, la formation de mamelons et de bourgeons charnus autour des pertes de substances et produites dans la couche embryonnaire de la muqueuse. Il résulte de ses recherches et aussi d'une courte discussion, que l'anatomie pathologique de la dysentérie est complexe, et qu'il y a lieu de compléter les notions connues à cet égard. Il existe, suivant l'auteur, des kystes sous-muqueux à contenu épithélial dus probablement à une dégénérescence des glandes en tubes.

— M. *Paul Bert* ayant eu occasion de vérifier la propriété singulière que présente une Sélaginelle du Mexique, de pouvoir être desséchée, brisée en morceaux et ensuite reprendre vie lorsqu'elle est mise en terre, a recherché et trouvé une plante analogue dans notre flore. Il s'agit du cétérach cryptogame de la famille des Fougères, dont les feuilles ont été préconisées comme pectorales, d'où le nom de *Ceterach officinarum*. Cette plante, desséchée dans le vide, ou portée à 70 degrés, peut reprendre vie lorsqu'on la plante à nouveau. De la rosace centrale naissent de nouvelles frondes; la plante ressuscite, tout comme les infusoires.

— Nous avons conservé, pour terminer ce compte rendu, la communication faite par M. *Liouville* et par M. *Béhier* sur les effets produits par les injections sous-cutanées de carbonate d'ammoniaque. Les expérimentateurs ont opéré sur des lapins et des cobayes. Le carbonate d'ammoniaque produit des convulsions épileptiformes. Très-peu de temps après l'injection, l'animal pousse des cris aigus, il présente des convulsions épileptiformes, tombe dans le coma et peut revenir à la vie lorsque la dose injectée est peu considérable, inférieure à 2 grammes. Le phénomène le plus remarquable est un abaissement de température qui, de 40 degrés, peut descendre à 32 en quelques heures.

M. *Rabuteau* rappelle, à ce sujet, qu'il a observé constamment des convulsions et une hyperesthésie considérable chez des chiens dans les veines desquels il injectait divers sels d'ammoniaque, et surtout de l'ammoniaque. Ces sels sont instables et dégagent de l'ammoniaque dans le sang. Les phénomènes convulsifs seraient dus à l'ammoniaque.

Ces expériences sont la confirmation de celles qui ont été faites par Billroth et par Weber, en 1864 et 1865, et que nous avons signalées dans le premier numéro des ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE (*Revue critique sur la fièvre traumatique*, A. Hénocque).

Billroth et Weber ont fait remarquer l'abaissement considérable de température, consécutif à l'injection sous-cutanée de carbonate d'ammoniaque. L'abaissement de température, suivant Billroth, est en rapport avec la quantité injectée; le carbonate d'ammoniaque est, de plus, phlogogène, c'est-à-dire qu'il produit des phénomènes inflammatoires locaux suivis de production de fièvre.

Ces deux auteurs ont, de plus, montré que le sulfure d'ammonium ne semble pas produire des phénomènes analogues et offre peu d'action sur la température.

Tout ces faits sont importants à ne pas oublier, parce qu'ils ont été l'objet de déductions fort intéressantes à propos de l'urémie et de l'étude de la fièvre.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Kyste uniloculaire de l'ovaire. Ponction par le vagin. Sonde à demeure; injections antiseptiques dans le kyste; guérison complète, par le docteur TILLAUX, chirurgion de l'hôpital Lariboisière.

La guérison d'un kyste de l'ovaire par la ponction et l'incision pratiquées à travers le vagin, sans être extraordinaire, constitue un fait assez rare et digne d'être signalé à l'attention des praticiens. Ne pouvant rapporter *in extenso* l'intéressante observation recueillie par M. Beau, externe du service du docteur Tillaux, nous allons en présenter un court résumé.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 16 avril 1870, qui avait toujours joui d'une excellente santé. Vers 1868, une certaine gêne qu'elle éprouvait dans le ventre lui fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant le côté droit de l'hypogastre. Les progrès toujours croissants de la tumeur et les douleurs qu'elle provoquait dans ses parties voisines obligèrent la malade à entrer à l'hôpital. Elle présentait l'état suivant :

L'abdomen était distendu comme au cinquième mois de la grossesse. On sentait par la palpation, à l'hypogastre, une tumeur bilobée, lisse, élastique, mate et très-fluctuante. Le toucher vaginal fournissait les renseignements les plus précieux : l'axe du vagin était presque vertical; sa paroi antérieure normale, sa paroi postérieure présentait dans sa portion la plus profonde une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. Le palper hypogastrique combiné avec le toucher vaginal donnait une sensation très-nette de fluctuation.

L'utérus était remonté et immobile, le col, fortement repoussé en arrière, touche la face postérieure du pubis.

La vessie, aplatie contre la paroi abdominale et la face postérieure du pubis, ne peut contenir que très-peu d'urine. Le toucher rectal démontre que la paroi antérieure du viscère est déprimée et repoussée dans la concavité du sacrum.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire enclavé dans le petit bassin et fixé par des adhérences péritonéales.

Le 22 avril, opération. Ponction par le vagin avec le trocart de Boinet; il s'écoule 3 litres environ d'un liquide couleur café au lait. Injection de teinture d'iode coupée de moitié d'eau.

Le soir : pouls, 112; température axillaire, 37°,8; état de stupeur; peau froide; céphalalgie; dysphagie iodique; diminution notable de la douleur; ventre souple, peu douloureux; deux mictions seulement; diarrhée séreuse (quatre selles).

Les jours suivants le ventre se ballonne, devient très-douloureux. Les nuits sont agitées, l'appétit nul, le faciès altéré, la peau chaude et sèche.

En présence de ces phénomènes généraux inquiétants, M. Tillaux engage sa malade à quitter l'hôpital, ce qu'elle fait le 2 mai.

Elle revient dans le service de ce chirurgien le 20 mai. L'état général s'est amélioré, mais la tumeur s'est en partie reproduite, et avec elle les douleurs intenses que la malade ressentait au début.

Le 23 mai, nouvelle ponction par le vagin, issue de 1/2 litre de pus fétide. Une sonde est laissée à demeure dans la poche pour permettre de faire des lavages avec l'eau phéniquée. Ce traitement est continué jusqu'au 20 juin. La sonde est retirée. La malade peut se lever, et, bien que non complétement guérie, elle quitte l'hôpital.

Depuis cette époque, M. Tillaux a revu plusieurs fois sa malade et a pu confirmer sa guérison complète. (*Bulletin de thérapeutique*, p. 83 ; 30 janvier 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique de A. Becquerel. 5e édition, avec additions et bibliographies par M. le docteur E. Beaugrand.

Grâce à l'habile et savante collaboration de M. le docteur Beaugrand, le livre de Becquerel est devenu désormais classique, et son éloge n'est plus à faire. M. Beaugrand nous en donne aujourd'hui une cinquième édition, augmentée de documents nouveaux sur la *situation de la population en France*, sur la *mortalité des nourrissons* et sur l'*acclimatement*. Le chapitre qui traite de l'acclimatement est même entièrement nouveau, et cela nous engage à le présenter à nos lecteurs sous forme de bref aperçu.

Sous le nom d'*acclimatement*, il faut, nous dit M. Beaugrand, comprendre trois choses : l'*acclimatement proprement dit*, l'*acclimatation*, l'*indigénisation*.

On croyait, il n'y a pas longtemps encore, que l'homme, à quelque race qu'il appartînt, pouvait vivre et se perpétuer sous tous les climats indistinctement. Cette croyance supprimait d'emblée la partie de la science hygiénique qui traite de l'acclimatement. De nombreuses observations et sans cesse répétées, les monuments historiques eux-mêmes, nous ont montré combien cette croyance était erronée. Non, l'homme, ou plutôt les races humaines, ne sont point répandues au hasard sur cette terre. Chaque race vit et se perpétue sur un sol et sous un ciel appropriés, et si, par une cause quelconque, elle abandonne ce milieu, aussitôt vous voyez apparaître, plus ou moins accusées, dans les individus qui la composent, des perturbations fonctionnelles et organiques qui accusent l'hostilité du milieu nouveau dans lequel elle est venue se placer.

Or, il peut alors survenir trois choses :

La race s'éteint rapidement, en quelques années, immédiatement décimée, détruite par le climat nouveau ;

Les immigrants s'habituent personnellement à la nouvelle terre, au nouveau ciel, mais leur descendance dégénère et la race finit par s'éteindre plus ou moins vite ;

Enfin, la race s'habitue : elle cesse d'être une étrangère au milieu, le milieu cesse de lui être hostile, et la race vit, se développe, prospère, se perpétue sous le climat nouveau comme elle le faisait sous le climat primitif.

Dans ce dernier cas, on dit que l'acclimatement est complet, absolu, vrai ; et c'est à cette adaptation absolue d'une race à un climat d'abord étranger et hostile, c'est aux vicissitudes par lesquelles passent les individus de cette race pour se mettre en complet rapport avec lui que l'on doit réserver le nom d'acclimatement. L'acclimatement est *petit* et facile quand le milieu nouveau n'est pas très-différent du milieu originaire ; il est *grand* et plus ou moins difficile quand le milieu nouveau est différent ou très-différent ; l'acclimatement enfin peut être absolument impossible.

M. Beaugrand donne sur tous ces points une foule d'exemples tirés des meilleures sources, et qui prouvent bien que si l'espèce humaine est répandue sur toute la terre, les races humaines ont chacune leur milieu, duquel il leur est dangereux de trop s'éloigner.

Mais l'homme est souvent forcé d'habiter des climats étrangers et hostiles ; et pour l'y faire vivre avec moins de péril on a cherché à remédier autant que possible, par des procédés divers, à leur fâcheuse influence. L'homme a créé l'*acclimatation*. « L'acclimatation, nous dit M. Beaugrand, c'est la science des moyens qui peuvent être mis en usage pour permettre à l'homme de lutter contre l'influence nuisible du climat. » Évidemment, et l'auteur le fait remarquer avec juste raison, ces moyens ne peuvent s'appliquer qu'à l'individu ; ils ne paraissent point être de nature à favoriser beaucoup l'acclimatement vrai.

Il faut enfin distinguer avec soin l'*indigénisation* de l'acclimatement. Nous avons dit ce que c'était que l'acclimatement. Dans l'indigénisation la race étrangère s'allie à la race aborigène, ou bien à une race facilement acclimatable. Les deux races se pénètrent, se confondent par la génération, et les produits qui en résultent vivent parfaitement et se perpétuent dans le milieu où ils sont nés. « Et c'est ainsi, dit M. Beaugrand, que les Espagnols s'unissant aux négresses, aux mulâtresses, — race facilement acclimatable, — ont pu s'établir sous le climat dévorant des Antilles. »

V. A.

VARIÉTÉS.

ENCOMBREMENT DE MALADES. — SERVICE DES ACCOUCHEMENTS.

Dans la séance du conseil municipal du 8 mars, le docteur Clémenceau a attiré l'attention de ses collègues et du préfet de la Seine sur l'insuffisance actuelle des hôpitaux. Il y aurait en ce moment douze cents malades environ qui ne peuvent obtenir de place dans les services hospitaliers. L'honorable conseiller proposait de remédier à cet état de choses en ouvrant le plus tôt possible l'hospice des Incurables de la rue de Sèvres, où 400 lits pourraient être promptement aménagés. L'administration de l'assistance publique paraîtrait peu disposée à cette mesure, qu'elle considérerait comme un recours extrême auquel elle ne se résignerait qu'en dernier ressort.

Nous ne voulons pas ici contester les allégations de M. le docteur Clémenceau. Elles sont fondées jusqu'à un certain point. Sans nous arrêter à vérifier ce chiffre assez effrayant de 1200 malades attendant leur entrée, nous savons que le Bureau central d'admission refuse quotidiennement des lits à plus de trente malades en moyenne ; à certains jours, à cinquante malades et plus. C'est là un état de choses véritablement regrettable. Il l'est d'autant plus qu'il se renouvelle chaque année à la même époque et dans des proportions sensiblement égales. Il y a, dans les mois de février et de mars, une augmentation constante dans le chiffre des malades qui se présentent au Parvis. Cette augmentation ne se maintient pas généralement au delà de la première quinzaine d'avril, où l'on rentre dans le normal. Il en résulte que si, au moment de la presse, on ouvre à grands frais de nouveaux services, ceux-ci se remplissent en quelques jours, puis se dégarnissent au bout de peu de semaines, et, vers le mois de mai, en dehors des épidémies bien entendu, les lits restent vacants. Nous disons à grands frais, et ce n'est pas sans motif. Il résulte, en effet, des informations que nous avons prises à bonne source, que les premiers frais d'appropriation de l'hospice de la rue de Sèvres, pris dans les conditions où il se trouve aujourd'hui, nécessiteraient une dépense de plus de 30 000 francs. L'administration ne reculerait certes pas devant cette dépense si elle devenait inévitable ; mais elle espère faire face aux besoins du moment par quelques mesures moins onéreuses. C'est ainsi qu'on trouverait à l'Hôtel-Dieu une cinquantaine de lits dans certains services d'accouchement dont il y aurait avantage à changer temporairement la destination. Quarante lits environ

seraient installés au Midi, dans de bonnes conditions; et des travaux presque achevés aujourd'hui permettraient d'offrir, dans l'hôpital Saint-Antoine, soixante à quatre-vingts lits. On voit qu'il y a là des ressources sérieuses et qu'on ne s'est pas tout à fait endormi devant les difficultés de la position. Si ces difficultés augmentaient, on aviserait à trouver de nouvelles ressources. Mais, quoi qu'on fasse, on n'évitera jamais ces presses annuelles, l'encombrement qui se produit à des époques données, et principalement à la fin de l'hiver. Cet encombrement est dû, sans aucun doute, à la quantité énorme de phthisiques qui viennent alors demander l'hôpital. Le phthisique une fois en possession du lit qu'il a dû souvent solliciter avec tant d'instances, ne le quitte plus, et le chef de service qui n'a pas pu le lui refuser se trouve, au bout d'un certain temps et par la force des choses, à la tête d'une salle d'incurables, et obligé de refuser des lits à des malades atteints d'affections aiguës qu'il pourrait traiter avec succès. Il faut se résigner ou procéder à des évacuations, toujours pénibles lorsqu'il s'agit de malades qui, en définitive, ont plus que tous autres besoin du lit qu'ils occupent. Ces difficultés sont inévitables; elles se reproduiront sans cesse. La création d'établissements spéciaux distincts, non-seulement aux phthisiques, mais aux malades atteints d'affections chroniques, serait peut-être le meilleur remède à apporter à cet état de choses. Mais c'est là une question qui ne doit pas être traitée à la légère et dont la solution rencontre des difficultés de tout genre.

Nous en dirons autant des réformes qui ont été reconnues nécessaires dans l'organisation des services d'accouchements. Il y a quelques jours, un journal politique annonçait qu'on ne recevait plus dans les hôpitaux les femmes prises sur la voie publique des douleurs de l'enfantement, et qu'elles étaient conduites chez une sage-femme payée par l'administration. Nous dirions volontiers : « plût à Dieu qu'il en fût toujours ainsi » ! Ce serait peut-être le meilleur moyen de diminuer la fâcheuse mortalité qui s'abat, par moments, sur les services d'accouchements hospitaliers. Mais il n'en est point ainsi. Les hôpitaux reçoivent toujours les femmes en travail, sauf le cas où des salles infectées ont dû être fermées, et celui d'encombrement. Dans ce cas, les malades sont dirigées vers des maisons de sages-femmes désignées à l'avance, et c'est là une excellente mesure, un progrès réel auquel on ne saurait trop applaudir, malgré quelques inconvénients inévitables. Quoi qu'il en soit, jamais, sans erreur ou négligence, la porte d'un hôpital ne se fermera devant une femme prise de douleurs, alors qu'il y a danger, ou simplement inconvénient à la transporter ailleurs, et que sa délivrance est imminente. Le journal auquel nous faisons allusion peut donc rassurer ses lecteurs.

Est-ce à dire que tout soit pour le mieux dans les services d'accouchements ouverts dans la plupart des grands hôpitaux? Hélas! non, et nous serons l'interprète de bien des médecins en disant qu'il serait désirable que la direction de ces services, souvent très-actifs et très-importants, fût confiée à un accoucheur plutôt qu'à un médecin ordinaire; qu'il y aurait là des positions fort recherchées pour des accoucheurs qui n'ont pas leur place dans les services hospitaliers. Aujourd'hui, le médecin accoucheur qui ambitionne l'honneur d'appartenir au corps médical des hôpitaux doit subir les épreuves du concours des chirurgiens; c'est-à-dire se montrer supérieur dans un ordre de connaissances que la pratique obstétricale ne réclame pas, et s'il réussit dans cette difficile épreuve, quelle est la place que l'administration lui réservera? A vrai dire, elle n'en a qu'une, celle de la Maternité, lorsqu'il y a vacance. C'est donc du côté de l'agrégation (section d'accouchements) que se tournent d'habitude les ambitions obstétricales. Mais la part est mince, d'autant plus que les compétiteurs savent qu'au terme de leur exercice ils retombent dans la pratique particulière où l'on ne réussit pas toujours par les qualités qui donnent le succès dans un concours; et cela, au moment où le praticien se trouve dans la pleine possession, dans la maturité de son talent. — Si devant ces ambitions légitimes s'ouvraient les services d'accouchements des hôpitaux, croit-on que les malades, les élèves et les chefs de service, et peut-être l'administration s'en trouveraient plus mal? Combien de nos internes, et des meilleurs, quittent l'hôpital sans connaître les accouchements! Où veut-on qu'ils les apprennent, alors que leur service même les éloigne des cliniques obstétricales? Il y a donc là une lacune et l'on comprend que, sans appuyer davantage, il nous ait paru utile de la signaler.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN BAVIÈRE. — Nous avons annoncé en son temps et commenté (*Gaz. hebdomad.*, 27 décembre 1872) l'ordre de cabinet du 4 novembre 1872, prescrivant dans les hôpitaux militaires prussiens la suspension des commissions de lazareth préposées à la direction générale de ces établissements, et conférant au médecin en chef, outre l'autorité professionnelle absolue dont il avait toujours été revêtu, la direction administrative et disciplinaire.

Par décret inséré dans la *Verordnungs-Blatt* du 2 février 1873, les hôpitaux militaires bavarois sont placés sous la direction de médecins en chef et les dispositions réglementaires prescrites à cet effet sont, à quelques modifications insignifiantes près, identiques avec celles qui ont été prescrites dans l'armée prussienne.

La nouvelle mesure entrera en vigueur le 1er avril prochain.

La France reste donc le seul pays en Europe où, par routine, par indifférence de la part du commandement, et par condescendance pour le corps de l'intendance militaire, le corps de santé et les établissements hospitaliers de l'armée se trouvaient encore livrés à la direction incompétente d'administrateurs et soustrait à la seule qui soit logique, celle des médecins.

HIPPOPHAGIE. — Dans l'année 1872, il a été livré à la consommation parisienne 5034 chevaux, 675 ânes, 51 mulets. Les chiffres de 1869 étaient les suivants : chevaux, 2622; ânes, 142; mulets, 4. — Au 31 décembre 1872, il y avait à Paris plus de 40 boucheries chevalines.

Le bureau du comité pour 1873 est ainsi constitué : président, M. Goubaux; vice-président, M. de La Valette; secrétaire général, M. Decroix; secrétaire des séances, M. Decrez; archiviste, M. l'abbé Dufour; trésorier, M. Bourrel. — Siége du comité, rue Chanoinesse, 12.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 1er au 7 mars 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 64. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 17. — Autres affections aiguës, 270. — Affections chroniques, 363 (1). — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 14. — Total, 876.

— Le même Bulletin du 8 au 14 mars 1873 :

Variole, 0. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 0. — Érysipèle, 11. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 58. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 29. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections aiguës, 267. — Affections chroniques, 346 (1). — Affections chirurgicales, 53. — Causes accidentelles, 14. — Total, 839.

(1) Sur ce chiffre de 346 décès, 186 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — SOMMAIRE. Travaux de laboratoire : Expériences de M. P. Bert. — Influence de l'air comprimé sur la respiration — Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Nouvelles observations pour établir la cause de l'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë et auxquels on vient de pratiquer la thoracocentèse. — **Clinique des hôpitaux.** Thérapeutique chirurgicale : Anévrysme axillaire gauche guéri par la compression indirecte intermittente. — — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Kyste uniloculaire de l'ovaire. — **Bibliographie.** Traité élémentaire d'hygiène publique et privée. — **Variétés.** Encombrement de malades. — Service des accouchements — **Feuilleton.** Pétition relative à l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 27 mars 1873.

Académie de médecine : L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Dans une argumentation claire, sobre et serrée, où la distinction du langage s'alliait, comme par une parenté naturelle, avec l'élégance de la diction, M. Gubler a résumé mardi dernier la discussion qui vient d'avoir lieu sur l'inspectorat des établissements thermaux. Il a défendu de nouveau le système de l'inspectorat, de l'inspectorat sédentaire, individuel et médical. Nous ajoutons que, malgré quelques restrictions éclectiques, il l'a défendu dans son intégrité; car lorsqu'il a dit que l'accusation de *privilège* n'était pas tout à fait sans fondement, et qu'elle tomberait seulement devant un autre mode de nomination des inspecteurs, il a fait allusion à un ou deux faits bien connus de nomination directe par l'empereur, qui ne touchent ni à la question de principe, ni au point de vue où se placent les adversaires du privilège. Il importe peu à ceux-ci que l'inspecteur soit nommé directement par l'autorité ou présenté par tel ou tel corps savant; ce qui en fait essentiellement un privilégié, c'est la suprématie dont il jouit à l'égard de ses confrères; et il le sera encore quand il cumulera, suivant le vœu exprimé par M. Hardy et voté dans la même séance, les suffrages de l'Académie avec ceux du conseil d'hygiène.

Le rapport de la commission, comme tout le monde s'y attendait, a eu gain de cause sur la question fondamentale : le maintien de l'inspectorat. Il l'a eu également sur les modifications qu'il proposait d'introduire dans le régime actuel. Toutes les conclusions lues par M. Gubler ont été votées à l'unanimité, excepté une qui a presque partagé les voix; celle qui a trait aux commissions médicales consultatives à placer près des inspecteurs. Aucun vote n'a été émis, aucune proposition n'a été faite relativement au libre usage des eaux. Cette liberté, M. Gubler n'en veut pas plus que M. Pidoux. Comme tout autre médicament, les eaux ne devraient être délivrées, en boissons ou en bains, que sur ordonnance, soit de l'inspecteur, soit des médecins de la station; mais non sur celle du médecin de la famille, les indications thérapeutiques pouvant n'être plus actuellement ce qu'elles étaient au moment de la prescription. A cet égard, nous sommes obligés de maintenir ce que nous avons dit précédemment. Le droit de diplôme est souverain; et mettre le médecin qui, pour une maladie chronique (comme il arrive presque toujours), a prescrit l'usage d'une eau minérale, dans le cas de rencontrer le *veto* du premier venu de ses confrères au moment où le malade se présente à l'établissement, c'est ce que nous ne pourrions admettre à aucun prix.

— Notre excellent ami, le docteur Le Roy de Méricourt, a essuyé, dans cette même séance, un échec qui ressemble fort à un triomphe. Il a balancé les chances d'un membre éminent de l'Institut, M. Pasteur, dans l'élection d'un membre associé libre. M. Pasteur a été nommé par 41 suffrages, contre 26 donnés à M. Le Roy de Méricourt, 7 à M. Brochin, 3 à M. Lhéritier et 2 à M. Bertillon.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA TRIMÉTHYLAMINE ET SUR SON USAGE THÉRAPEUTIQUE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux (1).

Depuis la lecture de notre premier travail à la Société des hôpitaux sur la propylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (*Union médicale*, 16 et 18 janvier 1873), des faits nouveaux se sont produits; des mémoires, jusqu'alors ignorés, ont été remis en lumière; de toutes parts, soit dans les hôpitaux, soit dans les laboratoires, on a mis cette question à l'étude, de telle sorte qu'aujourd'hui nous pouvons tracer une histoire plus complète que nous ne l'avions fait jusqu'ici, de ce nouvel agent thérapeutique; et, s'il reste encore malheureusement plusieurs points obscurs dans cette étude, ils disparaîtront bientôt devant l'activité que l'on déploie dans ces nouvelles recherches (2).

Nous diviserons ce travail en deux parties : dans l'une, nous étudierons les propriétés chimiques et physiques de la triméthylamine, son mode d'extraction, ses préparations officinales, en un mot la matière médicale de ce médicament. Dans la seconde partie, au contraire, nous aborderons l'étude physiologique et thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE. — Wertheim, en 1850, en distillant la narcotine avec la potasse, découvrit une substance alcaline volatile ayant pour formule C^6H^9Az et qu'il considéra comme faisant partie de la série métacétique et qu'il appela par cela même *métacétamine* (*Ann. der Chem. und Pharm.*, t. LXXXIII, p. 344, et t. LXXV, p. 80). La même année, Anderson (*Ann. der Chem. und Pharm.*, t. LXXV) obtint, par la réaction de la potasse sur la codéine à $+75°$, une base ayant la même formule C^6H^9Az, et à laquelle il donna le nom de *propylamine*. Enfin, toujours la même année, en 1850, paraît le remarquable travail de Hofmann (*Comptes rendus de l'Académie*, t. XXXV, p. 62) sur la constitution moléculaire des bases organiques. Ce travail, qui venait compléter les découvertes de notre illustre maître Würtz, montrait que l'on pouvait substituer dans l'ammoniaque (AzH^3), non-seulement un équivalent d'hydrogène, mais encore deux ou trois de ces équivalents, par des radicaux alcooliques identiques ou

(1) Voir sur le même sujet p. 205.

(2) A consulter:

Jean de Kaleniczenko, *Les premières notions sur la propylamine qui se trouve dans l'extrait de foie de morue*. Saint-Pétersbourg. En russe, 1854. — V. Gubert, *Traité des médicaments nouveaux*. Bruxelles, 2e édit., 1865, p. 300. — Jean de Kaleniczenko, *Note sur la propylamine et les produits naturels qui la contiennent : huile et extrait de foie de morue*. Paris, J. B. Baillière, 1869. — Faiger-Lagrange, *Essais thérapeutiques sur la triméthylamine*. Thèse de Strasbourg, 1870, 3e série, n° 1296.

différents, formant ainsi ce que l'on a appelé des amines primaires, secondaires et tertiaires; à l'appui de sa démonstration, il indiquait la formation d'un corps appartenant aux amines tertiaires, et constitué par la substitution de trois molécules de méthyle dans la formule AzH^3; c'était la *triméthylamine* qui avait, comme la métacétamine découverte par Wertheim, et la propylamine vue par Anderson, la formule C^6H^9Az.

L'année suivante, en 1851, Wertheim retire de la saumure de hareng un corps isomère avec celui qu'il avait déjà retiré de la narcotine; et, abandonnant sa première appellation d'acétamine, il adopte celle d'Anderson et le décrit sous le nom de *propylamine*.

Ce même corps, M. Dessaignes (*Comptes rend.*, *Acad. des sciences*, 1851, p. 33) venait de le découvrir dans le *Chenopodium vulvaria*, et tout d'abord il lui donna le nom de *propylamine*.

Mais les remarques qu'avait faites Hofman sur la confusion possible de ces deux corps isomériques, la propylamine et la triméthylamine, ayant la formule générale commune C^6H^9Az, frappèrent tout de suite l'attention des chimistes, et désormais on s'efforça de connaître la véritable nature de ces deux corps. Winckler, en 1855 (*Ann. der Chem. und Pharm.*, t. XCXII, p. 321, *Journal de pharmacie*, 3e série, t. XXVIII, p. 157, an. 1833), dans le laboratoire d'Hofmann, en agissant sur une grande quantité de saumure de hareng, obtint une base qui, en présence de l'iodure d'éthyle, se transformait en iodure de tétraméthylammonium, ce qui montrait que cette base appartenait au groupe des amines tertiaires, c'était la triméthylamine. D'autre part, Meudius a obtenu, au moyen de la réaction de l'hydrogène naissant, sur le propionitrile ou cyanure d'éthyle, une base ayant pour formule C^6H^9Az et dans laquelle il a pu introduire trois radicaux d'éthyle en faisant agir l'iodure d'éthyle; il a donné lieu ainsi à un iodure de propyltriéthylammonium, ce qui montrait que le corps qu'il avait sous les yeux était un alcali mono-ammoniacal primaire; c'était la véritable propylamine.

Ainsi donc, en résumé, nous voyons d'abord confondus sous le nom de propylamine des corps isomériques ayant la même ormule générale C^2H^9Az et qui cependant présentent des amines d'ordre différent, la propylamine, l'éthylométhylamine et la triméthylamine : l'une amine primaire ayant la formule rationnelle suivante :

$$\left.\begin{array}{r}\text{(Propyle) } C^6H^7 \\ H \\ H\end{array}\right\} Az = C^6H^9Az \text{ (propylamine).}$$

La seconde, amine secondaire, ayant la formule rationnelle suivante :

$$\left.\begin{array}{r}\text{(Éthyle) } C^4H^5 \\ \text{(Méthyle) } C^2H^3 \\ H\end{array}\right\} Az = C^6H^9Az \text{ (éthylométhylamine).}$$

La troisième, amine ternaire, ayant la formule rationnelle suivante :

$$\left.\begin{array}{l}\text{(Méthyle) } C^2H^3 \\ \text{Id. } \quad C^2H^3 \\ \text{Id. } \quad C^2H^3\end{array}\right\} Az = C^6H^9Az \text{ (triméthylamine).}$$

Puis, grâce à de nouvelles recherches, on peut établir des caractères qui permettent de distinguer chacune de ces bases organiques.

De la triméthylamine. — La triméthylamine est un liquide huileux, très-volatil, alcalin, ayant une odeur ammoniacale très-prononcée, liquide bouillant, selon les uns, à + 4° ou + 5°, et suivant les autres à + 9°, et que l'on ne trouve dans le commerce qu'en dissolution plus ou moins concentrée dans l'eau.

Lorsqu'on fait réagir sur la triméthylamine du bromure d'éthyle, on obtient un bromure de triméthylbrométhylammonium.

Nous avons déjà dit qu'avec l'iodure de méthyle on obtenait un iodure de tétraméthylammonium.

Les acides forment avec cette base des combinaisons bien définies.

Parmi ces combinaisons, nous signalerons surtout le chlorhydrate de triméthylamine, sel qui cristallise en prismes allongés lorsqu'il est en solution très-concentrée, mais qui se présente le plus souvent à cause de sa déliquescence sous l'aspect d'une substance amorphe. Ce sel répand, comme la triméthylamine, une odeur ammoniacale de poisson pourri très-prononcée.

La triméthylamine se distingue de la propylamine par quelques caractères. Son odeur est différente; son point d'ébullition est à + 49°. Enfin, lorsqu'on fait agir sur elle l'iodure d'éthyle, on n'obtient plus l'iodure de tétraméthylammonium, mais bien un iodure de propyltriéthylammonium.

Préparation. — La triméthylamine peut s'obtenir par deux procédés, ou bien on peut la créer de toute pièce d'une façon artificielle, ou bien la retirer des corps qui la contiennent à l'état naturel.

Pour l'obtenir d'une façon artificielle, on peut traiter la biméthylamine par l'éther méthylobromhydrique; on obtient ainsi le bromhydrate de triméthylamine qui, traité par la chaux, laisse se dégager la triméthylamine. La biméthylamine elle-même est produite par un procédé analogue, en mettant en contact l'éther méthylobromhydrique sur la méthylamine. Les formules suivantes donnent l'explication de ces deux réactions :

$$\underbrace{C^2H^5Az}_{\text{Méthylamine.}} + \underbrace{C^2H^3Br}_{\text{Éther méthylo-bromhydrique.}} = \underbrace{C^4H^7AzHBr.}_{\text{Bromhydrate de biméthylamine.}}$$

$$\underbrace{C^4H^7Az}_{\text{Biméthylamine.}} + \underbrace{C^2H^3Br}_{\text{Éther méthylobromhydrique.}} = \underbrace{C^6H^9AzHBr.}_{\text{Bromhydrate de triméthylamine.}}$$

L'autre procédé, beaucoup plus pratique, a été proposé par M. Carey Lea (*Chemical news*, t. VI, p. 66; *Répertoire de chimie pour* 1862, p. 445); il consiste à faire agir l'azotate de méthyle sur l'ammoniaque. On introduit de l'éther azotique dans un flacon; on y ajoute de l'ammoniaque et l'on abandonne le tout pendant cinq ou six jours, puis on distille avec de la potasse et l'on recueille les vapeurs dans de l'eau qui contient, après cette opération, de l'ammoniaque et les trois méthylamines. On ajoute au mélange de l'acide oxalique; on porte le tout au bain-marie et l'on obtient, par la distillation, de la triméthylamine.

M. Frédéric Wurtz, dans son rapport à la Société de pharmacie (séance du 9 mars) a proposé le procédé suivant : on transforme l'alcool méthylique en iodure de méthyle; l'éther ainsi obtenu, chauffé sous pression avec de l'ammoniaque, donne des cristaux d'iodure de tétraméthylammonium presque insolubles dans l'eau. Il suffit de les laver avec l'eau distillée pour enlever l'iodure d'ammoniaque qui a pu se former, et, les décomposant ensuite par la chaux, de recueillir le gaz qui se dégage dans l'eau. On obtiendrait ainsi une solution qu'il ne resterait plus qu'à titrer comme une solution ammoniacale ordinaire, et la thérapeutique aurait à sa disposition un produit de composition constante.

Les sources naturelles de la triméthylamine sont nombreuses et méritent de nous arrêter quelques instants.

Dans le règne végétal, nous trouvons un très-grand nombre de plantes contenant cette substance. Nous avons déjà vu que l'éminent chimiste, M. Dessaignes, l'avait découverte dès l'origine dans cette plante triviale d'odeur infecte que l'on appelle la vulvaire (*Chenopodium vulvaria*).

Jean de Kaleniczenko, professeur de l'université de Charkow, a beaucoup insisté sur ces végétaux, auxquels il a donné le nom de plantes propylamiques et que l'on devrait plutôt appeler plantes triméthylamiques, puisque nous avons vu que

c'était de la triméthylamine et non pas de la propylamine que contenaient la vulvaire et les plantes analogues. Dans la longue énumération de familles végétales contenant de la triméthylamine, le professeur de Charkow nous paraît s'être basé plutôt sur des analogies d'odeur que sur des analyses démonstratives; et toutes les fois qu'un végétal répand une odeur ammoniacale très-prononcée, il le fait rentrer dans son groupe des plantes propylamiques.

Pour cet auteur, la reine des plantes propylamiques serait la *Rafflesia Arnoldi*; il cite aussi certaines asclépiadées et en particulier la *Stapilea* (*S. grandiflora*, Mass); (*S. hirsuta*, Jacq), l'*Huernia* (*H. tubata*, R. Brown), l'*Apteranthes* (*A. goussoniana*) (*Bot. reg*).

On trouve aussi la triméthylamine dans la famille des rosacées (genre *Cratægus* et genre *Sorbus*). Wittstein a trouvé de la triméthylamine en particulier dans les fruits de l'aubépine (*Cratægus oxyacantha*, Linné), du sorbier des oiseaux (*Sorbus aucuparia*, Linn.) et du cormier (*Sorbus domestica*, Linn.).

Wiggers et Winckler l'ont trouvée dans le seigle ergoté.

La famille des caprifoliacées, et en particulier le genre *Viburnum*, contiendraient encore de la triméthylamine.

Les feuilles du cotylet du nombril de Vénus(*Cotyledon umbilicus*) contiendraient, d'après M. Hetet, professeur à l'école de médecine de Brest, de la triméthylamine (*Archives de méd. nav.*, t. II, 1864, et *Annales pharm.*, 1865, p. 200).

N'oublions pas toutefois qu'un champignon, remarquable non-seulement par sa forme, mais encore par l'odeur infecte qu'il répand, le *Phallus impudicus*, contiendrait, suivant Jean de Kaleniczenko, une grande quantité de triméthylamine.

Comme richesse, les sources du règne animal de la triméthylamine ne le cèdent en rien à celles du règne végétal.

Tous les corps en décomposition, et en particulier ceux des poissons, dégagent de la triméthylamine, et c'est à la présence de ce corps que l'on doit cette odeur infecte que dégagent certains poissons lorsqu'ils sont altérés.

Nous signalerons tout spécialement les genres *Acipenser* (esturgeon), *Raja* (raie), *Clupea* (hareng) et *Gadus* (morue).

L'huile de foie de morue devrait même, pour certains auteurs (Awenarius, Kaleniczenko, Coze), sa principale propriété thérapeutique à la propylamine qu'ils contiennent; et les travaux du professeur de l'université de Charkow auraient pour but de répandre les extraits de foie de morue préparés par Meynet et qui contiendraient 3 pour 100 de propylamine ou plutôt de triméthylamine.

Pour M. Dessaignes, cette production de triméthylamine dans le corps des poissons en décomposition proviendrait d'une triméthylurée qui produirait cet alcali organique, comme l'urée chez d'autres animaux donnerait naissance à l'ammoniaque.

Cet éminent chimiste a encore trouvé la triméthylamine dans l'urine de l'homme et dans le sang du veau (Dessaignes, *Journal pharm. chim.*, t. XXXII, 2e série, 1857, p. 37); il ess l'aurait trouvé en très-petite quantité dans le guano.

Enfin, tout récemment, M. E. Perret (*Union médicale* du 22 mars) dit avoir retiré par la fermentation de l'appareil digestif des ruminants une très-grande quantité de triméthylamine.

La source la plus considérable de la triméthylamine naturelle est à coup sûr le saumure de hareng, et c'est là que Wertheim l'a trouvée pour la première fois.

Le professeur Neluibin, de Saint-Pétersbourg, et l'Américain William Procter ont donné depuis longtemps un procédé de fabrication qui depuis a été suivi sans modification (*Journal de pharmacie et de chimie*, 3e série, t. XXXV, 1839).

Ce procédé consiste à faire distiller une certaine quantité de saumure de hareng avec de la potasse, et de recueillir les produits de la distillation dans de l'eau refroidie. Cette eau contient de l'ammoniaque et de la triméthylamine. On sature par l'acide chlorhydrique et l'on évapore jusqu'à siccité. On obtient ainsi un résidu salin formé de chlorhydrate d'ammoniaque et de chlorhydrate de triméthylamine. Puis, on traite par l'alcool absolu qui dissout le chlorhydrate de triméthylamine et laisse le chlorhydrate d'ammoniaque. Et enfin, pour dégager la triméthylamine de l'acide chlorhydrique, on traite par l'hydrate de chaux et l'on recueille les vapeurs qui se dégagent dans de l'eau refroidie.

C'est cette solution que l'on vend sous le nom de propylamine. Elle répand une odeur ammoniacale spéciale très-intense; son prix de revient est encore assez élevé; il est de 250 francs le kilogramme.

La solution de triméthylamine que l'on trouve dans le commerce sous le nom de propylamine est une composition des plus variables, et cela dépend de plusieurs causes: d'abord du mode de fabrication; tantôt, en effet, on suit le procédé que nous venons de décrire, tantôt, au contraire, on se contente d'une simple distillation de la saumure sur de la chaux. Une autre cause réside dans les compositions variables des saumures, et nous sommes forcé, à ce sujet, d'entrer dans quelques développements sur la fabrication même de ces saumures.

On sait qu'on attribue à un pêcheur hollandais, Guillaume de Beuckels ou Buckelz, mort en 1714, la découverte du procédé de conservation des harengs par le sel marin, et qui conseilla le premier de retirer les viscères abdominaux et les branchies de ces poissons, pour rendre leur conservation plus parfaite. De là, deux espèces de harengs conservés: les *caqués* et les *braillés*; les premiers étant vidés, les seconds au contraire intacts.

MM. Girardin et Marchand (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1860, t. XXXVII, p. 89) ont examiné ces différentes saumures, et voici une partie du tableau qu'ils ont dressé sur les analyses des diverses saumures :

SAUMURES DE HARENGS BRAILLÉS.

	ÉCOSSE.					YARMOUTH.			MANCHE.
	1855.	1855.	1855.	1855.	1850.	1855.	1857.	1858.	1858.
Densités au pèse-sels.	12,9	21,0	22,2	24,3	21,3	13,7	20,5	21,9	21,8
Azote à l'état d'ammoniaque et de triméthylamine.	0,71	3,13	2,18	1,55	2,58	0,65	1,33	2,69	2,54

SAUMURES DE HARENGS CAQUÉS.

	ÉCOSSE.			YARMOUTH.		MANCHE.
	1855.	1855.	1858.	1857.	1858.	1858.
Densités au pèse-sels. . .	13,	22,8	20,5	21,9	23,2	23,0
Azote à l'état d'ammoniaque et de triméthylamine	0,59	2,35	3,14	1,34	2,93	2,01

Ce tableau indique bien la richesse variable des saumures de hareng.

Ces mêmes chimistes, en examinant les résidus salins obtenus par l'action de l'acide chlorhydrique sur la saumure de hareng, ont trouvé que 100 parties de ce résidu contenaient :

Chlorhydrate d'ammoniaque..............	30,23
Chlorhydrate de triméthylamine...........	69,77

M. Petit, qui a examiné les différentes variétés de propylamines commerciales de provenance française ou étrangère, a trouvé que les quantités de produits alcalins exprimés en tri-

méthylamine pouvaient varier dans ces différentes solutions de 2 à 55 centigrammes par gramme, et comme ces produits contiennent une notable proportion d'ammoniaque, le chiffre réel de la triméthylamine contenue dans les propylamines commerciales est encore beaucoup plus faible.

Ces grandes différences dans la saturation des solutions et dans les quantités variables de produits actifs qu'elles contiennent est un des plus sérieux inconvénients dans l'usage de ce médicament. Il y aurait donc un très-grand avantage à connaître par un procédé simple et rapide la valeur de la propylamine dont on fait usage. M. Petit, qui doit faire paraître sur ce sujet un travail important, pense que l'on pourrait atteindre ce résultat en examinant d'abord le titre alcalin de la solution en transformant les bases en chlorhydrates alcalins, puis en dosant par le procédé de Mohr le chlore contenu dans ces derniers.

La propylamine commerciale qui a servi à nos expériences provient de MM. Poulenc et Vitteman; c'est un mélange d'ammoniaque et de triméthylamine en solution dans l'eau; elle est retirée de la saumure de hareng. Sa densité est de 0,9634; dix gouttes de cette solution pèsent 0gr,576.

Les résultats thérapeutiques doivent, on le comprend facilement, différer suivant les solutions de triméthylamine employées; il y aurait donc un très-grand avantage à remplacer les propylamines commerciales par un produit toujours identique; c'est pourquoi nous avons songé à leur substituer le chlorhydrate de triméthylamine, sel bien déterminé et que l'on peut obtenir à un degré de pureté suffisant. Les résultats déjà obtenus par MM. Gombault et Martineau avec ce nouveau produit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu nous font espérer qu'il est appelé désormais à remplacer ces solutions complexes si variables dites propylamines du commerce.

Mode d'administration.— On a administré jusqu'ici la triméthylamine en potions. Le docteur Awenarius employait la formule suivante :

℞ Propylamine	20	gouttes.
Eau distillée	180	grammes.
Oleosaccharum de menthe poivrée	10	—

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le docteur John Gaston use de la formule suivante :

℞ Propylamine, 50, 80	100	gouttes.
Eau distillée	250	grammes.

Le professeur Coze (de Nancy) emploie la formule suivante :

℞ Triméthylamine	60	centigr.
Potion gommeuse	120	grammes.
Sirop de menthe	4	—

A prendre par cuillerée à bouche dans la journée.

Nous-mêmes employons la formule suivante :

℞ Triméthylamine, 50 centigr., 1 gr., 1gr,25, 1gr,50	2	grammes.
Eau de tilleul	120	—
Sirop de menthe	10	—

Nous avions ajouté à cette potion, dans nos premières tentatives, du sirop de morphine pour faire tolérer plus facilement par les voies digestives la triméthylamine; mais, depuis, nous avons supprimé ce sirop.

Pour remédier à l'odeur si désagréable de la triméthylamine, nous avons songé à mettre ce médicament dans des capsules, et MM. Protière nous ont fait des capsules contenant 5 centigrammes de triméthylamine et qui m'ont paru fort bien résister à l'action dissolvante de ce liquide.

On a aussi songé à employer les plantes qui contiennent de la triméthylamine, et l'infusion de vulvaire que l'on avait déjà considérée comme antispasmodique a été aussi conseillée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Kaleniczenko a fait même paraître dans la Gazette médicale de Saint-Pétersbourg un travail sur l'action de la vulvaire sur l'homme malade. Ce médecin emploie surtout l'infusion de cette plante qui perd, suivant lui, toutes ses propriétés dès qu'elle est desséchée. Aucune préparation de cette plante ne vaudrait l'infusion de la vulvaire récemment cueillie, et, sauf la teinture préparée avec la plante fraîche et que l'on peut donner à la dose de 20 à 40 gouttes chaque deux heures, toutes les autres préparations seraient inefficaces.

Vu le goût atrocement désagréable de cette infusion, on pourrait peut-être en tirer un résultat plus avantageux en l'employant en lavement.

Le professeur V. Guibert a conseillé l'emploi de la triméthylamine en frictions à l'extérieur, sur les articulations atteintes de rhumatisme.

Le docteur Schotz nous a dit avoir tiré en Amérique un excellent parti de l'application, dans les cas de rhumatisme articulaire, de compresses trempées dans la saumure de poissons.

Seconde partie. — Thérapeutique.— C'est le professeur Awenarius (*Med. Zeit. Russlands, Schmid's Jahrbücher*, 1858) qui le premier a introduit la triméthylamine dans le traitement des affections rhumatismales. De 1854 à 1856, ce médecin traita avec succès à l'hôpital Kalinkin 250 malades atteints de rhumatisme aigu et chronique. Il employait exclusivement la triméthylamine tirée de l'huile de foie de morue et prétendait que celle qui provenait de la saumure de hareng avait une action beaucoup moins active.

Le professeur Neliubin (de Saint-Pétersbourg) a suivi aussi et avec le même succès la pratique d'Awenarius.

Jean de Kaleniczenco a aussi beaucoup vanté la triméthylamine contenue dans l'huile de foie de morue, et les applications qu'il a faites des extraits de cette huile sont des plus nombreuses. Mais, lorsqu'on examine attentivement les résultats thérapeutiques obtenus, on voit que le professeur de l'université de Charkow a plutôt en vue l'huile de foie de morue que l'alcali organique qu'il contient d'ailleurs en très-faible quantité.

Comme on le voit, en Russie, l'emploi de la triméthylamine, qu'elle soit tirée d'ailleurs de la saumure de hareng ou de l'huile de foie de morue, est d'un usage habituel.

Cependant, malgré les succès obtenus dans ce pays, ce mode de traitement s'est peu répandu dans les autres parties du globe. En Amérique, pourtant, le docteur John M. Gaston (*Medical Press and Circular*, 1872, — *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, p. 296, année 1872) employa la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et attribua à ce médicament des vertus héroïques dans la cure de cette affection. Ce qui diminue beaucoup les assertions du docteur Gaston, c'est qu'il employait concurremment la triméthylamine et le sulfate de quinine.

En Belgique, M. Guibert a introduit la triméthylamine en 1856, et a aussi appliqué ce remède au traitement du rhumatisme articulaire aigu.

En Italie, nous voyons M. le docteur Namias (de Venise), frappé de l'action de la triméthylamine sur la circulation, employer surtout ce médicament au lieu et place de la digitale.

En France, quoique depuis longtemps on connût les résultats d'Awenarius, l'emploi de ce médicament est resté à l'état de fait isolé. Notre collègue, M. Desnos, en tenta l'essai en 1863, et les résultats obtenus ne lui parurent pas assez concluants pour être publiés. Le professeur Coze (de Strasbourg) a aussi employé la triméthylamine, et nous trouvons dans la thèse de M. Farvier-Lagrange deux observations puisées à la clinique de ce professeur.

Nous-même avons commencé nos essais en 1872, au mois de septembre, à la Maison municipale de santé, et ce qui nous détermina à les faire connaître, ce fut surtout les résul-

tats identiques qu'obtint M. le docteur Ernest Besnier lorsqu'il reprit son service à la Maison de santé.

Depuis notre communication à la Société des hôpitaux, la plupart de nos collègues ont essayé l'emploi de ce remède, et je puis aujourd'hui publier un certain nombre de faits recueillis dans les différents hôpitaux de Paris. C'est surtout sur ces nouvelles observations qu'est basée cette partie de notre travail, et je dois remercier tout particulièrement mes collègues, MM. Ferréol, Gombault, Brouardel, Bouchard et Martineau, qui ont eu l'extrême obligeance de me communiquer la relation des faits suivants.

Obs. I. — *Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par la triméthylamine. Guérison en trois jours.* (Hôtel-Dieu, service de M. Martineau, suppléant de M. Tardieu. — Observation recueillie par M. Artus, externe du service). — Durny, vingt-six ans, couvreur, entré le 23 janvie 1873, salle Sainte-Madeleine, numéro 16.

Antécédents. — Il y a six mois, blennorrhagie avec bubon, à l'aine droite, durant deux mois. Jamais de douleurs rhumatismales articulaires. Pas de rhumatisme dans la famille.

Il y a un mois, entorse du pied gauche pour laquelle il séjourne à l'Hôtel-Dieu, dans un service de chirurgie, quinze jours. L'entorse n'était pas encore guérie; il gardait le lit, lorsqu'il fut pris, le 24 décembre 1872, de douleurs rhumatismales d'abord dans le *genou gauche* avec articulation tendue, rouge, chaude, mouvements impossibles, fièvre intense, insomnie, sueurs visqueuses, profuses, fétides. Comme traitement, six ventouses scarifiées sur le genou. Les douleurs disparurent et se déclarèrent dans le *pied gauche*, siége de l'entorse. Douleurs durant cinq jours. Comme traitement, frictions avec l'alcool camphré. Elles disparaissent de nouveau pour se montrer dans le *genou droit*. Application de six ventouses scarifiées. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, le 10 janvier, complétement guéri, et reprend son travail.

Ayant été mouillé, il fut pris de *douleurs très-vives dans la région lombaire* et dans l'*épaule droite*. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1873, service de M. Martineau.

État actuel (14 janvier). — Fièvre intense (105 pulsations); sueurs abondantes, visqueuses; yeux rouges, larmoyants; facies animé; douleurs excessives dans l'*épaule droite*, les *deux membres inférieurs*, la *région lombaire*, avec tuméfaction de ces articulations; tuméfaction sans douleur des articulations carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes; rien aux poumons; cœur offre un bruit de souffle intense à la pointe (maximum) et au premier temps; à la base bruit de souffle au premier temps, léger, plus fort dans les vaisseaux du cou. Traitement : poudre de Dower, 60 centigrammes.

15 janvier. — Même état général. Température axillaire matin, 37°,8; pouls, 106. Douleurs excessives, dans l'épaule droite surtout. M. Martineau commence l'administration de la propylamine.

Potion avec :

Eau de gomme	80	grammes.
Eau de menthe	20	—
Propylamine	60	centigr.
Sirop simple	30	grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le soir, même état. Température, 38°,2. Pas de vomissements; pas de dégoût.

Le 16, insomnie. Le malade annonce que les douleurs sont moins vives; les sueurs paraissent moins abondantes. Température axillaire, matin, 37°,6; pouls, 68.

Le soir, même état. Médicament est très-bien supporté. Température axillaire, 37°,6; pouls, 68.

Le 17, un peu de sommeil. Les douleurs sont moins vives qu'hier, mais les sueurs sont moins abondantes. Température axillaire, 37°,4.

Le soir, même état, même température axillaire; pouls, 66. Même traitement.

Le 18, les douleurs ont complétement disparu. Toutes les articulations sont libres; les mouvements ne sont nullement douloureux. Sueurs nulles. Sommeil. Faim excessive. Température axillaire, 37°; pouls, 62. Même traitement.

Le 19, le mieux se continue; le malade se lève. 50 centigrammes de propylamine.

Le 20, guérison complète. Propylamine, 25 centigrammes. Cette dose est continue pendant trois jours. La faim est toujours excessive.

Le malade quitte le service le 28 janvier.

Nous voyons, dans cette première observation, l'amélioration se produire le surlendemain de l'administration du médicament, les douleurs s'apaiser et la guérison être complète trois jours après.

Remarquons l'augmentation très-notable de l'appétit à la suite de l'administration de la triméthylamine. La faim est excessive, et le malade réclame à grands cris des aliments. Nous verrons ce fait se reproduire souvent dans les autres observations.

Obs. II. — *Rhumatisme articulaire aigu, datant de quinze jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en cinq jours.* (Hôtel-Dieu, service de M. Martineau, suppléant de M. Tardieu; observation recueillie par M. Hofer, élève du service). — Mai, vingt-sept ans, couturière, entrée le 10 janvier, salle Saint-Landry, numéro 22.

Antécédents. — Menstruation difficile, douloureuse, parents non rhumatisants; n'a jamais été malade, depuis sept mois, — elle travaille dans un sous-sol humide. Le 31 décembre 1872, les douleurs apparaissent pour la première fois dans la mâchoire inférieure et dans le coude; la malade garde le lit; les douleurs s'étendent aux genoux et aux pieds. Elle se fait appliquer sur chaque articulation un vésicatoire, en tout six vésicatoires; les douleurs persistent. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 10 janvier.

11 janvier. — Douleurs atroces dans les genoux, les reins. Fièvre légère. Pouls, 86. Rien au cœur, sauf un léger souffle au premier temps et à la base. (Traitement : sulfate de quinine, 50 centigrammes; chiendent.)

Le 12, la douleur du genou droit est très vive; la tuméfaction est énorme. Douleur dans l'épaule droite et l'index droit. Pouls, 70; température axillaire, 37°,5. Même traitement.

Le 13, insomnie; même état local. Température axillaire, 38°,3; pouls, 92. (Sulfate de quinine, 75 centigrammes).

Le 14, même état local; sueurs profuses, fétides. Même traitement.

Le 15, douleurs persistant avec la même intensité. Pouls, 88. Traitement : 50 centigrammes de propylamine dans :

Eau de gomme	80	grammes.
Eau de menthe	20	—
Sirop simple	30	—

Le 16, transpiration encore plus abondante, douleurs moins intenses à la nuque, aux genoux et au bras droit, mais toutes les articulations du membre supérieur gauche sont atteintes et excessivement douloureuses. Température axillaire, 38°,5; pouls, 78 (Propylamine, 75 centigrammes.)

Le 17, même état local. Transpiration aussi abondante que la veille. Pouls, 82; température axillaire, 38°,7. La propylamine est bien supportée; pas de nausées, pas de douleurs à l'estomac. (Propylamine, 1 gramme.)

Le 18, douleurs du membre gauche moins intenses, mais la tuméfaction persiste. La douleur a complétement disparu dans genou. Transpiration moins abondante. Température axillaire, 37°,8; pouls, 68. Même traitement.

Le 19, même état local. Pouls, 68; température axillaire, 36°,8.

Le 20, nuit très-calme, quelques heures de sommeil, transpiration très-peu abondante; douleurs ont complétement disparu. Roideur articulaire. Appétit très-grand. Pouls, 68; température axillaire, 37°. (1 degré d'aliments; propylamine, 75 centigrammes.)

Le 21, même état. Pouls, 65. Même traitement.

Le 22, les articulations sont complétement dégorgées. Sommeil, appétit excessif. On mesure les quantités d'urine pour la première fois : 3 litres en vingt-quatre heures. Peu de transpiration; légère épistaxis. Même traitement.

Le 23, la guérison continue. 3 litres d'urine. (3 degrés d'aliments, 25 centigrammes de propylamine.)

Le 24, 2 litres d'urine. Même traitement.

Le 27, la propylamine est supprimée.

La malade quitte le service le 3 février.

Ici, comme dans l'observation précédente, les douleurs disparaissent le surlendemain de l'administration du médicament qui produit une augmentation notable dans la quantité des urines; c'est là un fait que nous verrons se reproduire dans d'autres observations.

Notons de plus que cette malade, avant de prendre de la triméthylamine, avait été traitée pendant quatre jours par le sulfate de quinine, sans aucun résultat appréciable.

Ici encore, augmentation très-considérable de l'appétit.

(La fin à un prochain numéro.)

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Suite. — Voyez le numéro 8.)

Dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 1866 et intitulée : Essai sur la gastrotomie, M. Caternault dit, à la page 38 : « Les Bulletins de la Société anatomique contiennent un certain nombre d'observations de tumeurs fibro-cystiques dont voici la substance (Barth, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXVII) : tumeur fibreuse considérable de la paroi postérieure, contenant un kyste qui fournit 3 litres d'un liquide albumineux et citrin. »

Les détails donnés sur ce fait par M. Barth sont si incomplets qu'il est difficile de considérer cette tumeur comme une tumeur fibro-cystique, et qu'on peut tout aussi bien croire à un kyste de l'ovaire avec adhérences à la paroi postérieure de l'utérus. « Cette tumeur présentait ceci de particulier, dit M. Barth, qu'après l'ouverture de l'abdomen on ne pouvait encore savoir si c'était un kyste ou une tumeur. Cette tumeur volumineuse prenait naissance dans la paroi postérieure de l'utérus; c'était un corps fibreux, *muni d'un kyste dans son intérieur*, et contenant environ 3 litres de liquide citrin, albumineux. Deux autres petits corps fibreux existaient, l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur le fond de l'utérus. On trouvait appendus à la tumeur principale par un pédicule d'autres petits kystes... Enfin, on rencontrait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des corps blancs sphériques de la grosseur de petites noisettes libres ou tenant au péritoine par un mince pédicule; ces corps étaient formés d'une coque cartilagineuse entourant des couches concentriques, fibreuses, calcaires vers le centre. » Il n'est dit mot des ovaires, si ce n'est que les veines des ovaires contenaient quelques phlébolithes.

J'avoue qu'avec une pareille description il faut y mettre beaucoup de bon vouloir pour voir dans ce fait une tumeur fibro-cystique. « Cette tumeur, dit M. Barth, prenait naissance dans la paroi postérieure de l'utérus. » Mais comment prenait-elle naissance? Est-ce à la surface de la paroi postérieure de l'utérus, à l'aide d'adhérences solides et intimes, ou bien sortait-elle du tissu utérin? Rien ne l'indique, tandis que la description de M. Barth lui-même fait supposer qu'il a eu affaire à un kyste multiloculaire, car un corps fibreux « muni d'un kyste qui contient 3 litres de liquide citrin, albumineux » est un fait si extraordinaire qu'on doit admettre avec bien plus de raison que ce prétendu corps fibreux, dont l'anatomie pathologique n'a pas été faite, est plutôt un kyste multiloculaire d'un ovaire qu'autre chose. D'ailleurs ce qui doit nous tenir en garde contre l'interprétation de M. Barth c'est la tendance qu'il montre à voir des tumeurs fibreuses renfermant des kystes là où d'autres ne voient que des kystes multiloculaires. Ainsi, à la page 327 du tome XXVII des Bulletins, M. Barth considère encore comme une tumeur fibro-cystique l'observation suivante : « A l'autopsie, on trouve quelques parties de la tumeur très-dures et très-denses, et d'autres parties molles, remplies *de sérosité plus ou moins foncée;* ailleurs il y avait une quantité énorme de cholestérine; il existait de la matière crétacée sur les points de la tumeur qui formaient une espèce de voûte. Je ne trouvais pas l'utérus d'abord, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que c'était dans les parois de cet organe, en avant et en arrière et sur les côtés que la tumeur avait pris naissance; elle se développait en même temps que l'utérus prenait du développement. M. Barth pense qu'il s'agit ici de corps fibreux de l'utérus dégénérés et de kystes multiloculaires à parois plus ou moins épaisses. »

« M. Deville demande s'il y a véritablement coïncidence de corps fibreux de l'utérus et de kystes de l'ovaire; il croit plutôt à l'existence de kystes multiloculaires des deux ovaires réunis sur la ligne médiane avec dépôt de produits crétacés; il n'y a pas ici ces éléments fibreux qui constituent les corps fibreux eux-mêmes. »

On le voit, deux anatomistes distingués, MM. Barth et Deville, ayant la tumeur sous les yeux, ne sont pas d'accord sur la véritable nature de la tumeur, et là où M. Barth trouve une tumeur fibro-cystique M. Deville n'y voit qu'un kyste multiloculaire.

Une autre observation de M. Rieux (*Bull. de la Soc. anat.*, t. XXIV, p. 19), citée par M. Caternault comme un exemple de tumeur fibro-cystique, n'est pas plus concluante ; c'est tout simplement un kyste de l'ovaire. La voici : « Une malade succombe à l'âge de cinquante-huit ans, après avoir subi trois ponctions à des époques différentes. Chacune de ces ponctions a donné issue, la première à un liquide séro-sanguinolent, la deuxième à un liquide plus rouge et la troisième à un liquide qui ressemble à de la boue splénique. La malade avait une teinte cancéreuse... A l'autopsie, on trouva une tumeur fibreuse de l'utérus, un kyste uniloculaire remplissant presque toute la cavité abdominale; il avait contracté quelques adhérences avec un rein et le côlon. » Il n'est pas possible de voir dans cette observation une tumeur fibro-cystique, pas plus que dans la suivante, qui est publiée dans le tome XXVIII du Bulletin de la Société anatomique, et qui est citée encore par M. Caternault comme une tumeur fibro-cystique. Cette observation a été communiquée par M. Icery. « A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale 2 litres d'un liquide séro-purulent; tout le péritoine offre les traces d'une vive inflammation. L'utérus, énormément développé, a franchi le détroit supérieur sur la ligne médiane. Les ovaires, dont le volume est également considérable, sont refoulés sur les côtés et s'étendent jusqu'au rebord costal, à droite et à gauche... L'énorme accroissement que l'utérus et les ovaires ont acquis nous paraît digne d'être signalé. L'utérus forme une tumeur ovoïde dont le grand diamètre vertical a 21 centimètres, et le diamètre transversal, à la partie supérieure, 17 centimètres; ses parois épaissies, moins dures qu'à l'état normal, sans altération appréciable, limitaient une cavité à peu près sphérique, qui contenait une masse d'un tissu blanchâtre, résistant, dont la surface est partout en rapport direct avec les parois utérines; cette tumeur, creuse à son centre, renfermait environ 100 grammes de *sérosité citrine...* En avant et en haut, cette masse était libre de toute adhérence, mais en bas et en arrière elle se continuait avec le tissu de l'utérus; la cavité du col avait conservé ses dimensions et paraissait tout à fait étrangère aux modifications subies par le fond de la matrice. Les ovaires représentaient deux tumeurs de 40 à 45 centimètres de circonférence; ils étaient durs, bosselés à la surface et formés d'un tissu analogue à celui que renfermait l'utérus. Ces tumeurs, à parois très-épaisses, étaient creusées d'une cavité qui contenait un liquide limpide et jaunâtre. Les trois tumeurs ont été soumises à l'inspection microscopique; elles étaient constituées par les éléments du tissu fibro-plastique. »

La lecture de cette observation montre qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse intra-utérine, adhérente à la cavité utérine dans un point seulement, en bas et en arrière; que ce fibrome offrait dans son centre une cavité appelée géode par M. Cruveilhier, et que cette cavité contenait 100 grammes d'un liquide *séreux*, le seul liquide qu'on rencontre dans les tumeurs géodiformes, et que par suite de la présence de cette tumeur dans la cavité utérine les parois de la matrice s'étaient hypertrophiées comme dans la grossesse, *« elles étaient épaissies, moins dures que dans l'état normal, sans altération appréciable »*, etc. De plus, il existait deux kystes ovariques multiloculaires dont les surfaces étaient dures, bosselées, à parois très-épaisses et renfermant dans leur intérieur un liquide limpide et jaunâtre. Il est certain que beaucoup de détails très-importants manquent dans la description de ces tumeurs, qui d'après le microscope seraient des tumeurs fibro-plastiques, c'est-à-dire des tumeurs

cancéreuses; mais rapporté tel qu'il est, ce fait ne peut être rangé au nombre des tumeurs fibro-cystiques.

M. Caternault fait encore mention de deux cas de tumeurs fibro-kystiques, qu'il attribue, l'un à M. Gaubier (*Bull. de la Soc. anat.*, t. XV) et l'autre à M. Botereau. Nous les avons cherchés à l'indication donnée et nous n'avons trouvé ni les observations ni le nom des auteurs. En résumé, si les faits examinés sur le cadavre laissent du doute dans l'esprit des observateurs et des lecteurs, quelle valeur pourra-t-on accorder à ceux qui ont été vus sur le vivant et qui, par conséquent, n'ont pu être étudiés aussi complétement. Nous allons les analyser.

Le cas suivant, rapporté par le docteur Atlee (*Trans. of amer. med. Assoc.*, vol. V) peut-il servir à prouver l'existence des tumeurs fibro-kystiques? En 1852, une malade se présente à lui, et il diagnostique une tumeur fibreuse de la grosseur d'un utérus au septième mois de la grossesse. En septembre, la tumeur dépassait le volume d'une matrice à la période la plus avancée de la gestation. La partie inférieure de l'abdomen était élastique et présentait une fluctuation évidente. En octobre suivant, ponction de deux larges kystes; le premier fournit trois pintes d'un liquide noir, mêlé à une grande quantité de sang, et le deuxième donne une égale quantité de liquide clair et transparent. En examinant ensuite, la tumeur fibreuse primitive fut de nouveau constatée; cependant beaucoup d'accidents malheureux entravèrent la marche de cette observation (air entrant dans la cavité, suppuration fétide consécutive). La malade finit cependant par bien aller, et toutes les traces de la tumeur disparurent.

Cette observation, telle qu'elle est rapportée, peut-elle bien servir à démontrer que la malade du docteur Atlee avait une tumeur fibro-cystique? Ne trouve-t-on pas, au contraire, qu'il s'agissait dans ce cas d'un kyste multiloculaire dont une première poche contenait un liquide sanguinolent et une seconde un liquide clair, transparent, comme cela se rencontre très-souvent dans les kystes multiloculaires, où les liquides varient dans chaque poche? Quant à la tumeur *fibreuse primitive constatée de nouveau* après la ponction, il y a bien plus de probabilité pour affirmer qu'elle était une dépendance d'un kyste multiloculaire, ou une troisième poche, ou une tumeur aréolaire, plutôt qu'une tumeur fibreuse; la terminaison elle-même de la maladie n'indique-t-elle pas que la malade de M. Atlee était atteinte d'un kyste probablement multiloculaire, puisque l'autopsie n'a pas été faite, et nous devons le dire, ce n'est que par l'autopsie ou par la gastrotomie qu'on peut démontrer l'existence d'une tumeur fibro-cystique. Le fait de M. Atlee n'a donc aucune valeur dans l'espèce. D'ailleurs M. Cruveilhier, qui a examiné un grand nombre de tumeurs fibreuses, n'a jamais trouvé dans celles qui avaient des cavités que du liquide séreux, et jamais les liquides fibrineux, gélatineux, albumineux ou sanguinolents, que les opérateurs de tumeurs fibro-cystiques prétendent y avoir trouvé. En présence de ces dissidences entre les anatomo-pathologistes et les chirurgiens, et après l'analyse des descriptions des tumeurs considérées comme des tumeurs fibro-cystiques, il est bien permis de douter et de craindre que des erreurs n'aient été commises, et qu'on n'ait pris pour des tumeurs fibro-cystiques des kystes multiloculaires anciens, compliqués, et dans lesquels on rencontre en effet des masses plus ou moins dures, *comme fibreuses*. Et puis enfin pourquoi certains chirurgiens rencontreraient-ils aussi fréquemment, dans les opérations d'ovariotomie qu'ils pratiquent, des tumeurs fibro-cystiques, tandis que d'autres, dont le nombre des opérations n'est pas moins grand, n'en rencontrent que très-rarement, pour ne pas dire jamais; ainsi Spencer Wells, qui a fait plus de 400 opérations d'ovariotomie, aurait vu 5 fois seulement des tumeurs fibro-cystiques, et encore faudrait-il, pour que ces 5 cas fussent admis sans aucune réserve, que leur anatomie pathologique eût été faite et publiée avec détail.

Il est donc souvent impossible, à moins d'avoir la pièce sous les yeux, de connaître la nature pathologique de certaines tumeurs abdominales, et dans ces cas, quel que soit le soin apporté dans le diagnostic, les chirurgiens les plus habiles peuvent commettre des erreurs et prendre pour des kystes de l'ovaire des tumeurs fibreuses, fibro-cystiques, fibro-sarcomes, des kystes et des hypertrophies de l'utérus lui-même. Le cas suivant, qui appartient à M. Demarquay, est un exemple remarquable d'une tumeur kystique de l'utérus prise pour un kyste de l'ovaire. Les antécédents de la malade, la marche de la maladie, les signes qu'elle a présentés, la nature du liquide évacué par une ponction, tout a contribué et devait contribuer à faire commettre une pareille erreur, et il était impossible de ne pas prendre pour un kyste de l'ovaire une tumeur qui était formée par un utérus considérablement hypertrophié, renfermant un vaste kyste dans l'épaisseur de ses parois. Voici un extrait de cette intéressante observation, qui a été publiée dans l'Union médicale de Paris, n°s 113 et 115, septembre 1868, p. 429 et suiv.

Obs. II. — *Tumeur kystique de l'utérus, prise pour un kyste de l'ovaire. Gastrotomie, ablation partielle de l'utérus. Mort trente-six heures après l'opération.* — Mademoiselle M..., âgée de quarante-trois ans, entre à la maison de santé le 15 mai 1868.

Réglée pour la première fois à quatorze ans; depuis, la menstruation a toujours été très-régulière et d'une durée habituelle de trois ou quatre jours et avec une quantité normale de sang. Si ce n'est qu'il y a deux ans et demi il s'est produit une hémorrhagie utérine extrêmement abondante, alors il n'y avait aucun signe extérieurement visible de la tumeur, après quoi les fonctions menstruelles ont repris, après comme avant, leur périodicité.

Environ six mois après cette hémorrhagie, une grosseur faisant saillie du côté gauche, commença à attirer l'attention de la malade et envahit tout le ventre d'une manière lente et graduelle; elle s'accompagna dès son début de douleurs dans le bas ventre, qui devenaient plus vives à l'époque des règles; il y a six mois à peu près que la tumeur a dépassé l'ombilic.

Au moment de l'entrée à la maison de santé, l'état général de la malade est très-bon, la figure est bonne; son désir est de se soumettre à une opération pour se débarrasser de cette tumeur.

Le ventre a un volume considérable et est uniforme, et si ce n'étaient les souvenirs de la malade, qui déclare que la tumeur a commencé du côté gauche, rien ne l'indiquerait. Cette tumeur est très-mobile, glisse sur les parois du ventre et ne paraît adhérente en aucun point. Matité absolue dans toute son étendue; le toucher et le cathétérisme utérin sont impossibles. Une ponction exploratrice pratiquée le 20 mai donne issue à 5 ou 6 litres d'un liquide citrin, un peu filant. Après la ponction, le kyste, tout en diminuant de volume, ne s'affaisse pas en entier, et le ventre conserve en partie ses dimensions. M. Demarquay diagnostique un kyste de l'ovaire et, en raison de la nature du liquide et de la persistance de la plus grande partie de la tumeur après la ponction, il ne fait aucune difficulté de se rendre au désir de la malade, qui désire être débarrassée de cette tumeur.

L'opération est pratiquée le 10 juin 1868 : la malade est chloroformisée, et la tumeur, étant mise à découvert, offre un aspect rougeâtre, particulier, qui n'est pas la couleur habituelle des kystes de l'ovaire; on ponctionne avec un gros trocart : il se produit un jet de sang considérable, qui ne tarde pas à s'arrêter. Une seconde ponction donne issue à environ 2 litres d'un liquide jaune citrin mêlé à du sang. En examinant avec soin cette tumeur, après avoir agrandi l'ouverture abdominale de plusieurs centimètres, on reconnaît qu'elle n'appartient pas aux ovaires et qu'elle fait partie de l'utérus. Après avoir jeté plusieurs ligatures sur l'épiploon, qui donne du sang, l'ablation de cette tumeur est décidée. M. Demarquay, après avoir fait une ligature provisoire pour obvier à l'hémorrhagie, détache la tumeur à 4 centimètres au-dessus des trompes et puis au-dessous, et pour remplacer la ligature provisoire, il applique une chaîne d'écraseur. Par quatre incisions, il lobule la partie située au-dessus, passe dans chaque lobule deux ligatures et cautérise au fer rouge la surface de tous les lobules. Le sang épanché dans la cavité péritonéale pendant l'opération est en assez grande quantité; il est enlevé avec le plus grand soin avant la réunion de la plaie.

Chaque ovaire présente un petit kyste de la grosseur d'une noix. Ces kystes sont liés à leur base et maintenus au dehors. La portion du fond de l'utérus située au-dessus de la chaîne de l'écraseur, les deux petits kystes de l'ovaire et une portion de l'épiploon sont laissés au dehors.

La malade succombe trente-six heures après l'opération.

La tumeur enlevée présente les caractères suivants : Elle pèse 1950 grammes, elle a 40 centimètres dans son diamètre le plus considérable, transversalement, et 28 centimètres de haut en bas; elle est de

forme irrégulièrement ovoïdo, d'un aspect rougeâtre. Une incision faite à la face postérieure met à nu la cavité du grand kyste; ses parois n'ont pas la même épaisseur; du côté droit, elles atteignent jusqu'à 2 centimètres et plus, tandis qu'à gauche les parois ont une grande minceur. La surface interne de ce kyste est inégale, parcourue de plis et de sillons; son aspect est généralement blanchâtre, mais elle est sillonnée de veinules nombreuses, qui rompent l'uniformité de cet aspect. A gauche, au point où la poche kystique est plus mince, sa surface interne est ulcérée. Cette grande cavité a 28 centimètres dans le sens transversal et 20 dans le sens opposé.

Un certain nombre d'autres kystes de bien moindre dimension existent en différents points de la tumeur; leur aspect, leur contenu, leur grandeur sont variables, et l'on pourrait les considérer comme des produits de même nature à des degrés différents d'évolution; les uns donnent un liquide filant, absolument analogue au liquide renfermé dans le grand kyste; les autres renferment du sang pur ou à peine altéré. Quelques-uns sont affaissés sur eux-mêmes et ne renferment rien.

Dans les petits kystes, la paroi n'existe pas à proprement parler, le sang est épanché dans les mailles du tissu utérin; il n'y a pas de membrane enveloppante, et les deux côtés de la cavité sont comme réticulés et s'envoient des prolongements. La cavité de ceux des kystes qui renferment de la sérosité est plus distincte; leurs parois, d'abord rugueuses, inégales, et comme tapissées de dépôts de fibrine, s'aplanissent jusqu'à devenir parfaitement lisses et blanchâtres dans le kyste principal.

Le tissu utérin interposé à ces kystes a pris un énorme développement, sa consistance et sa texture ne sont pas changées, les sinus paraissant très dilatés; sur la surface de section, qui a 16 centimètres sur 10, on en aperçoit de très-volumineux.

L'examen microscopique est venu confirmer ces données. M. Bouchard a trouvé que le kyste était constitué par un tissu riche en fibres musculaires de la vie organique, séparées par une assez grande abondance d'éléments de tissu conjonctif, soit fibres lamineuses, soit noyaux embryoplastiques. Les fibres musculaires sont plus volumineuses en général que les fibres de l'utérus à l'état normal; quelques-unes sont gonflées, granuleuses et très-analogues à celles de l'utérus pendant la grossesse. L'enveloppe péritonéale ne paraît pas altérée. A la face interne, on ne trouve pas que le tissu de la paroi se modifie, et les éléments musculaires arrivent jusqu'au contact du liquide contenu dans le kyste. Cependant, en ce point, les éléments ont subi une sorte de dégénérescence granuleuse qui donne à leur ensemble un aspect gélatineux plus ou moins analogue à celui que présenterait de la fibrine. Le contenu du kyste est séreux; on y trouve une grande quantité de globules rouges de sang extravasé, qui ont conservé tous leurs caractères normaux; quelques globules blancs très-rares, également normaux, et de plus de grandes cellules granuleuses sphériques, quelquefois irrégulières et un peu aplaties, à parois vésiculeuses très-minces renfermant un noyau dans leur intérieur, et rendues presque opaques par une grande quantité de granulations graisseuses.

Le tissu de la paroi du kyste, en certains points, était constitué par une masse jaunâtre, ressemblant plus ou moins à un caillot sanguin en regression.

L'examen histologique de ces parties montrait qu'elles étaient formées par le tissu utérin, dont les éléments étaient fortement infiltrés de granulations graisseuses, et où les mêmes granulations existaient en grande abondance dans les interstices des éléments.

A l'autopsie, on constata que la chaîne de l'écraseur, laissée à demeure, arrivait à 2 centimètres et demi plus bas que le fond de la cavité utérine. Cette cavité avait, de plus, été entamée par une des incisions qui avaient servi à former les lobules. La longueur totale de la cavité de l'utérus était de 15 centimètres; ses parois hypertrophiées ne présentaient pas de lésion appréciable. Les trompes et les ovaires n'offraient rien de particulier.

Voici une variété de kyste que certains chirurgiens auraient confondu sans aucun doute avec ce qu'ils appellent des tumeurs fibro-cystiques, et que l'examen pathologique, fait avec soin, démontre être un kyste de l'utérus, qu'on pourrait désigner sous le nom de *tumeur utéro-kystique*, puisque son point de départ a été le tissu musculaire du fond de l'utérus, que ses parois étaient musculaires et composées d'éléments qui n'étaient autre chose que le tissu utérin hypertrophié et creusé d'une vaste cavité. Ainsi, si l'on appelle fibro-cystiques les kystes qui se forment dans l'intérieur des tumeurs fibreuses, on peut bien avec autant de raison appeler musculo-kystiques ceux qui se développent dans l'épaisseur du tissu utérin hypertrophié. Ces kystes utérins peuvent donc, comme le démontre ce fait, renfermer des liquides analogues à ceux que l'on rencontre dans les kystes de l'ovaire, et offrir tous les signes des kystes de l'ovaire: la ponction même dans ces cas serait inutile pour établir le diagnostic de la véritable nature du kyste. Quant au traitement, il ne peut être non plus celui des kystes de l'ovaire, par l'ovariotomie, car si l'on pouvait avant l'opération reconnaître leur véritable nature, il vaudrait mieux les abandonner à eux-mêmes, et si l'on pouvait les diagnostiquer, le meilleur traitement serait peut-être encore l'injection iodée; autrement, si l'on voulait achever une opération commencée, il faudrait nécessairement faire l'ablation de la plus grande partie de l'utérus, opération toujours très-dangereuse, et qu'il faut chercher à éviter par tous les moyens possibles.

Dans ces cas, la couleur rougeâtre de la surface de la tumeur, son aspect charnu, pourraient éclairer le diagnostic au moment où, le ventre étant ouvert, la tumeur apparaît aux regards. Ce qu'il y aurait de mieux à faire alors ce serait de refermer le ventre plutôt que de chercher à enlever la tumeur.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

MICROSCOPE. — M. *Brachet* adresse de nouvelles remarques sur l'emploi de diverses substances pour les objectifs de microscope. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

ANATOMIE. — M. *L. Hugo* adresse une note relative à une maquette d'anatomie viscérale faisant partie des collections du musée du Louvre. (*Comm.: MM.* Milne Edwards, Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — *Des moyens d'augmenter la longueur des os et d'arrêter leur accroissement; application des données expérimentales à la chirurgie.* Note de M. *Ollier*, présentée par M. Nélaton. — « J'ai démontré, par mes expériences sur les animaux, qu'on peut modifier considérablement l'accroissement des os en les irritant pendant leur période de croissance. Selon qu'on fait porter l'irritation sur tel ou tel point, on augmente la longueur de l'os ou l'on arrête son accroissement. Toute irritation diaphysaire, pourvu qu'elle atteigne un certain degré et qu'elle soit suffisamment persistante, produit un allongement de l'os; qu'elle porte isolément ou simultanément sur le périoste, la moelle et la substance osseuse proprement dite, elle amène des phénomènes hypertrophiques.

» Les moyens de produire cette irritation, et, par suite, l'allongement de l'os, sont très-nombreux et très-variés. Les dilacérations, incisions, excisions, cautérisations du périoste, les irritations de la moelle par perforation, broiement, implantation de corps étrangers sont suivies, chez les jeunes animaux, d'un allongement de l'os.

» L'excès d'accroissement ainsi obtenu est proportionnel à la persistance de l'irritation; il peut aller jusqu'au dixième de la longueur totale de l'os. Chez l'homme, je l'ai trouvé plus considérable encore à la suite de certaines ostéites spontanées.

» Cet allongement de l'os s'opère, non pas par l'accroissement interstitiel de la substance osseuse (cet accroissement interstitiel joue un rôle secondaire), mais par une activité plus grande dans la prolifération des cellules du cartilage de conjugaison. Comme dans l'accroissement normal, c'est ce cartilage qui est l'agent principal et presque exclusif de l'accroissement en longueur.

» L'activité du cartilage se trouve ainsi surexcitée par la propagation de l'irritation; mais l'irritation directe ou sur place du même cartilage, c'est-à-dire celle qui s'obtient en agissant sur son propre tissu par des piqûres, des dilacérations, etc., produit de tout autres résultats. Qu'elle soit légère

ou intense, cette irritation directe du cartilage de conjugaison n'amène jamais un allongement de l'os. Si elle est légère, elle n'influe pas d'une manière appréciable; si elle est intense, elle produit un arrêt proportionnel à l'importance du cartilage irrité, dans l'accroissement de l'os en longueur.

» La destruction partielle ou totale de ce cartilage, par excision ou broiements répétés, arrête complétement ou en partie l'allongement par extrémité osseuse ainsi traitée. Si l'on enlève le cartilage, en le découpant en une rondelle comprenant toute l'épaisseur de l'os, l'arrêt d'accroissement est absolu. Si l'on n'en excise qu'une partie, l'accroissement s'arrête au niveau de la partie enlevée; mais, comme il continue pour les parties du même cartilage laissées intactes, il en résulte, indépendamment d'un arrêt plus ou moins marqué de l'accroissement général de l'os, des déformations variées dans la direction et les courbures de l'organe.

» L'ablation du périoste ou l'évacuation d'une partie de la moelle n'amène pas le même résultat que l'ablation du cartilage, au point de vue de l'accroissement de l'os. Le périoste et la moelle se reconstituent rapidement par la prolifération des éléments restants du même tissu.

» Après l'ablation de longues bandelettes du périoste sur la diaphyse d'un os long, on constate une augmentation de longueur de l'os dénudé. Cette dénudation de l'os agit comme tous les traumatismes qui portent sur la diaphyse, c'est-à-dire par l'irritation qu'elle occasionne sur les autres tissus vasculaires de l'os.

» Ces données expérimentales sont applicables à la chirurgie, et nous pouvons, dans certains cas, arrêter ou activer l'accroissement des os chez l'homme comme chez les animaux.

» Mais ici il n'est pas besoin de faire remarquer que tous les procédés d'irritation dont je me suis servi chez les animaux ne sont pas applicables à l'homme. Plusieurs seraient pleins de dangers, surtout ceux qui agissent sur la moelle. L'irritation du tissu médullaire expose aux accidents septicémiques les plus graves; et, si elle est portée jusqu'à la suppuration, elle est, dans certains cas, presque fatalement suivie de pyohémie; mais si nous devons nous interdire d'attaquer directement la moelle, si nous devons rejeter absolument certains procédés d'irritation, déjà dangereux chez les animaux qui supportent le mieux les traumatismes, nous pouvons, en procédant avec les précautions qui sont de règle dans toute intervention sur l'homme, irriter le périoste ou agir sur le cartilage de conjugaison. Nous aurons ainsi à notre disposition un moyen d'allonger les os (irritation du périoste), et un moyen d'arrêter leur accroissement (irritation directe, destruction du cartilage de conjugaison).

» Ces opérations ne seront pas applicables à tous les os des membres. Plusieurs de ces organes, à cause de leur situation profonde et des rapports de leurs extrémités avec les synoviales correspondantes, ne pourraient pas être abordés sans dangers; mais les os de la jambe et de l'avant-bras, c'est-à-dire ceux pour lesquels ces opérations me paraissent le plus souvent indiquées, fournissent un terrain favorable au point de vue opératoire.

» C'est surtout dans les cas de développement inégal des os parallèles, à l'avant-bras et à la jambe (par ostéite d'un de ces os, par exemple), qu'il sera utile de modifier l'accroissement de ces os, pour remédier aux déformations de la main et du pied qui résultent de cette inégalité d'accroissement. »

Académie de médecine (1).

SÉANCE DU 25 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

Erratum. — Nous nous empressons de rectifier une erreur typographique qui s'est glissée dans le compte rendu de la dernière séance. On a fait dire à M. Durand-Fardel qu'un des précédents orateurs avait *menti* à la vérité. C'est *manqué* que portait le manuscrit.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Woillez* dans la section de pathologie médicale.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Gannat pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Fouquet* sur une épidémie de variole qui a régné dans le Morbihan pendant l'année 1872. (*Même commission.*) — *c.* Le rapport final de M. le docteur *Pilat* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné vers la fin de 1872 dans la commune de Flers (Nord). (*Même commission*). — *d.* Le tableau des vaccinations qui ont été pratiquées, pendant l'année 1872, dans le département du Morbihan. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Un travail de M. le docteur *Grellois* intitulé : ESQUISSE SUR LA PATHOLOGIE DES VILLES ASSIÉGÉES. — *b.* Une note manuscrite sur une épidémie de fièvre pernicieuse intermittente à type pneumonique ou pleurétique qui a régné à Mezel (Basses-Alpes), par M. le docteur *Becq.*

M. *Gosselin* offre, de la part de M. *Panas*, ses Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, etc., etc.

REMÈDES SECRETS. — M. *Lefort* donne lecture d'une série de rapports que la commission des remèdes secrets et nouveaux adresse au ministre de l'agriculture et du commerce. Ces rapports sont parfois fort amusants: ainsi aujourd'hui un quidam, gendarme en retraite, je crois, propose une pommade qui guérit les égratignures, écorchures ou brûlures et même les maux de reins. Un autre demande l'autorisation d'appliquer de ses propres mains un onguent qui doit débarrasser l'humanité de ses cors aux pieds. Un troisième possède une eau merveilleuse pour tuer les mouches. Un quatrième.... mais n'insistons pas sur ces élucubrations thérapeutiques que l'Académie écoute avec la plus profonde indifférence et rejette en masse par la voix de son président.

ÉLECTION. — On procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire dans la section des associés libres. La commission proposait en première ligne M. Pasteur, en seconde M. Leroy de Méricourt, puis en troisième *ex æquo* MM. Bertillon, Brochin, Chéreau et Lhéritier.

Sur 79 votants, M. Pasteur obtient 44 voix et est nommé ; M. Leroy de Méricourt, 26 voix; M. Brochin, 7; M. Lhéritier, 3; et M. Bertillon, 2.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'INSPECTORAT. — M. *Gubler*

(1) M. le docteur Decaisne nous prie de reproduire *in extenso* les conclusions du mémoire qu'il a présenté à l'Académie des sciences (séance du 10 mars) et à l'Académie de médecine (18 mars) sur les *buveurs de vermouth.* Voici ces conclusions :

« De mes observations sur trente-quatre buveurs de vermouth et de l'examen de onze vermouths de qualités et de prix différents, je crois pouvoir conclure :

1° La liqueur connue sous le nom de vermouth et fabriquée avec des vins blancs et un certain nombre de plantes toniques et amères, est un excitant puissant ;

2° Le degré alcoolique du vermouth, quoique moindre que celui de l'absinthe, est en général assez élevé;

3° L'abus du vermouth produit, comme l'abus de l'eau-de-vie et de l'absinthe, les états qu'on a désignés sous les noms d'*alcoolisme aigu* et d'*alcoolisme chronique ;*

4° Sans amener aussi rapidement que l'absinthe l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique, le vermouth détermine en très-peu de temps des désordres dans les fonctions digestives et le système nerveux :

5° Comme pour l'absinthe, un des plus grands dangers du vermouth consiste dans la sophistication qu'on lui fait subir ;

6° La plupart des vermouths livrés à bas prix sont composés de façon à masquer le goût détestable des vins et des plantes de mauvaise qualité qui servent à fabriquer cette liqueur. Dans ce but, une industrie coupable fait souvent entrer dans ces vermouths des liqueurs acides ou minérales plus ou moins nuisibles ;

7° Les vins blancs qui entrent dans la composition du vermouth à bas prix sont la plupart du temps piqués, plâtrés, etc. Les plantes, souvent avariées, n'ont plus qu'une valeur commerciale insignifiante ;

8° Comme le vin de quinquina et les autres vins amers usités en médecine, le vermouth de bonne qualité, c'est-à-dire fabriqué avec des vins blancs irréprochables et des plantes qui n'ont subi aucune altération, doit être employé seulement comme médicament dans certains cas déterminés.

9° Le vermouth, même de bonne qualité et employé généralement comme apéritif devrait être banni de la consommation. »

clôt la discussion par un résumé, un discours très-fin et très-habile, où tout le monde a trouvé son compte, partisans et adversaires, même M. J. Guérin, dont quelques critiques ont été trouvées justes par M. Gubler.

L'orateur, après les préliminaires et les congratulations d'usage, commence par établir ce fait que l'ensemble de ses conclusions a été adopté, appuyé et défendu par la généralité des orateurs qui ont pris la parole. Il s'en félicite, et pour ne pas abuser des moments de l'Académie, se propose de revenir rapidement sur certains points qui ne lui paraissent pas avoir été suffisamment développés : par exemple l'utilité au point de vue scientifique de reprendre, comme l'a demandé M. Boudet, la publication de l'ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES.

Si au dehors il y a encore sur la question deux courants d'idées très-opposées, M. Gubler constate qu'ici, au sein de l'Académie, l'accord est à peu près parfait, les partisans de l'inspectorat demandant son maintien, mais avec des modifications sérieuses, et les adversaires, de leur côté, reconnaissant la nécessité d'une surveillance officielle ou non. Même entente sur le caractère médical que doit avoir avant tout l'inspecteur d'une station thermale.

Où l'antagonisme reparaît, c'est quand il s'agit de savoir si cet inspectorat sera un individu ou un être collectif. M. Gubler reconnaît volontiers, avec M. J. Guérin, qu'il y a une certaine anomalie dans cette réunion en une seule personne du fonctionnaire et du praticien. Sans doute il vaudrait mieux que ces deux fonctions fussent séparées, il y aurait plus de garanties. Mais comment faire? Cette séparation est-elle possible? Il ne le croit pas. Quant à l'inspectorat collectif, on l'a dit avec raison : une responsabilité collective n'en est pas une. Il faut donc un inspectorat individuel, lui seul peut avoir une responsabilité réelle.

Le mot privilége dont on a usé et abusé n'est pas aussi injuste qu'il paraît. Il suffit, pour qu'on puisse s'en servir contre l'inspectorat, que quelques nominations aient été entachées de favoritisme, et malheureusement, ajoute M. Gubler, on peut en citer des exemples.

Maintenant de qui l'inspecteur doit-il tenir ses pouvoirs? de ses pairs? d'une commission locale, régionale, ou de l'État? L'État seul, répond l'orateur, peut donner à l'inspecteur assez d'indépendance pour juger les questions de haut et le dégager de tout intérêt de clocher.

Abordant ensuite la question du libre usage des eaux, M. Gubler regrette l'article 15 de la loi de 1860. Les eaux minérales, quoi qu'en aient dit M. J. Guérin et M. Fauvel lui-même, peuvent être parfois dangereuses; il en est même de toxiques, comme celle du Rio Tinto en Espagne, où l'on trouve 50 centigrammes de sulfate de cuivre (?) par litre, celle de Bouchatel en Afrique, qui contient 16 centigrammes d'arsenic par litre. Et les autres eaux même réputées innocentes ne peuvent-elles pas, à la longue, altérer sérieusement la santé? M. Gubler voudrait donc qu'on prît quelques précautions contre leur usage intempestif; et qu'une ordonnance fût exigée des malades qui se présentent à l'établissement. Et cette ordonnance ne pourrait être celle d'un médecin éloigné, qui ne connaîtrait pas l'état du malade au moment du traitement thermal.

Il se rallie, sur la question du mode de recrutement des inspecteurs, à l'idée de M. Hardy, d'associer l'Académie de médecine à leurs nominations.

M. Gubler proteste enfin, en terminant, au nom de la commission d'Aix. Dans l'ardeur de la défense, on a été injuste envers elle, et M. Fauvel a été trop loin quand il a dit que tout ce qu'on pouvait en dire, c'est qu'elle n'avait pas fait de mal. L'orateur énumère les services qu'elle a rendus, les améliorations qu'elle a demandées et qui, depuis, ont été en grande partie réalisées.

En résumé, M. Gubler, modifiant ses premières propositions, soumet au vote de l'Académie les conclusions suivantes:

1° Reprise de la publication de l'ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES;

2° Maintien de l'inspectorat, au moins dans ses dispositions fondamentales;

3° Suppression du rapport officiel qu'on remplacerait par des travaux plus scientifiques;

4° Adjonction à l'inspecteur d'une commission consultative qui se réunirait au moins une fois l'an;

5° Nomination des inspecteurs sur une double liste présentée à la fois par le comité supérieur d'hygiène et l'Académie de médecine.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE. — Pour terminer la séance, M. Lagneau donne lecture d'un travail sur *la situation de la population de la France d'après le dénombrement de 1872*. L'auteur constate une diminution sensible de la population dans la période de 1866 à 1872, et l'infériorité évidente de la France vis-à-vis des autres nations de l'Europe au point de vue de la natalité. Il signale, parmi les causes de cette infériorité, la longueur du service militaire, la tendance qu'ont les habitants des campagnes à se porter vers les grands centres de populations, et ce fait, sur lequel il insiste tout particulièrement: qu'en France on désire généralement n'avoir que peu d'enfants, pour leur assurer le plus de bien-être possible.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1873.

HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE : ROTATION DE LA TÊTE ET DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX DU CÔTÉ OPPOSÉ A LA LÉSION : DISCUSSION. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE. — TUBERCULE DE LA DURE-MÈRE.

M. *Desnos* présente une observation d'hémorrhagie de la protubérance annulaire avec pièces anatomiques à l'appui.

Il s'agit d'une femme amenée à la Pitié avec une hémiplégie du côté droit. Elle avait été prise la veille d'une perte de connaissance qui avait duré quelques heures. La paralysie était complète quant au mouvement dans les membres supérieurs et inférieurs du côté droit. La face était paralysée du même côté. En outre, on observait une rotation de la tête vers l'épaule droite, ainsi qu'une déviation conjuguée des yeux telle, que l'œil droit regardait en dehors vers la droite et l'œil gauche vers la racine du nez. La rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux s'était donc effectuée du même côté que l'hémiplégie.

L'intelligence n'était pas abolie; les diverses fonctions étaient normales.

Pendant quinze jours, cette femme vécut sans présenter d'autres phénomènes; mais au bout de ce temps il y eut une hémorrhagie foudroyante et mortelle du rein droit.

L'autopsie montra une dégénérescence athéromateuse généralisée des artères de l'encéphale et une hémorrhagie de la protubérance annulaire du volume d'une noisette. Le foyer était composé de sang en consistance de gelée de groseilles : il occupait le lobe gauche et envoyait, par la ligne médiane et le lobe droit, à quelques millimètres au-dessous du plancher du quatrième ventricule et de la protubérance, une très-légère fusée hémorrhagique. Vers sa partie externe, dans le lobe gauche, le foyer avait détruit les points où passent les filets radiculaires des nerfs moteurs de l'œil.

Ce fait tire son intérêt d'abord de sa rareté : les hémorrhagies de la protubérance sont peu fréquentes; sur 386 cas d'hémorrhagies de l'encéphale, Andral n'en a relevé que 9 ayant pour siége le mésocéphale.

Secondement, le fait est curieux parce qu'il n'y a eu ni hémiplégie alterne, ni dyspnée, ni hématurie, phénomènes qui ont été observés dans la plupart des lésions de la protubérance. Il n'y avait non plus ni albuminurie ni glycosurie : cela s'explique par l'intégrité du quatrième ventricule dans les points découverts par M. Cl. Bernard dans ses vivisections.

Troisièmement enfin, l'existence de la rotation de la tête et

de la déviation conjuguée des yeux, *du même côté que l'hémiplégie*, est un fait assez rare et qui semble, jusqu'à présent du moins, appartenir particulièrement aux lésions de l'isthme de l'encéphale (protubérance et cervelet). M. Prévost a réuni trois exemples qui concordent parfaitement avec celui que M. Desnos présente actuellement. Les observations de M. Prévost, tant sur les malades que dans les vivisections sur les animaux, prouvent que lorsque la tête et les yeux sont déviés du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de la lésion encéphalique, il existe une altération des hémisphères cérébraux. Les cas de ce dernier genre sont communs et ont pu être souvent vérifiés.

M. *Brouardel* fait des réserves sur la loi que tendraient à établir les observations de M. Prévost et la dernière de M. Desnos. Dans un cas qu'il a vu récemment, la rotation de la tête et des yeux s'était faite du même côté que l'hémiplégie, et cependant la lésion (foyer hémorrhagique) existait dans le côté opposé à l'hémiplégie, en avant du corps strié.

M. *Gubler*, tout en reconnaissant que le fait de M. Brouardel infirme la théorie, considère l'opinion soutenue par M. Desnos comme étant la règle. Le sens de la déviation des yeux dépend du siége anatomique de la lésion, et il s'explique par la décussation déjà opérée de quelques faisceaux, alors que les autres ne sont pas encore décussés.

Dans son mémoire sur l'hémiplégie alterne, M. Gubler avait déjà signalé et expliqué la déviation conjuguée des yeux. Si la déviation est conjuguée, cela tient à ce que le moteur oculaire externe d'un côté et le filet du muscle droit interne de l'œil opposé, ont une origine commune. Quand le noyau d'origine commune est lésé, il y a déviation par paralysie directe du droit externe d'un côté, et du droit interne de l'autre. Si la lésion siége plus bas, là où la décussation des fibres, née de cette origine commune, est déjà effectuée, la paralysie n'est plus directe, elle se fait du côté opposé à la lésion : la paralysie est croisée.

M. *Desnos* admet les réserves faites par M. Brouardel ; il a voulu communiquer une observation confirmative de faits antérieurs et qui déposent dans un sens déterminé. Dès à présent il conviendrait peut-être d'établir une distinction entre les lésions des hémisphères et celles du centre opto-strié.

Suite de la discussion sur l'érysipèle. — M. *Féréol* lit un long mémoire sur le traitement de l'érysipèle par les applications de collodion.

Effleurant au début de son travail la question posée dans la dernière séance par M. Raynaud, M. Féréol demande s'il est possible d'établir, à la vue d'une plaque érysipélateuse, s'il s'agit d'un véritable érysipèle ou d'une angioleucite ; de savoir si cette plaque est destinée à s'éteindre sur place ou, au contraire, à s'étendre de proche en proche, ou même à se reproduire à distance pour constituer l'érysipèle ambulant. Du moment que cette solution est impossible, il n'y a, au point de vue pratique, que peu d'utilité dans la conception de M. Raynaud sur l'érysipèle. M. Féréol réduit la question à savoir s'il est utile ou non d'employer une médication locale dans tout érysipèle.

Si l'on admet, avec M. Raynaud, que les ganglions puissent faire une barrière contre l'extension de l'érysipèle, il est fort logique de multiplier les obstacles, et, théoriquement du moins, les applications de collodion au pourtour de la plaque érysipélateuse semblent de nature à s'opposer mécaniquement à ses progrès. Mais les faits valent mieux que la théorie, et l'expérimentation peut résoudre la question.

Depuis longtemps déjà M. Féréol avait appliqué du collodion directement sur les plaques érysipélateuses, d'après les recommandations de M. Robert de Latour, mais il l'avoue, cela fut toujours sans succès. Devant les affirmations de MM. Vidal et Bourdon sur les bons résultats des bandes de collodion tout autour de la plaque érysipélateuse, M. Féréol a repris l'expérience dans trois cas récents.

Dans le premier fait, l'érysipèle était bénin, occupait l'oreille, et s'est éteint sur place. Est-ce à la ceinture de collodion qu'il faut attribuer ce résultat? M. Féréol ne l'affirme pas ; il se borne à ranger le fait à côté de ceux cités par MM. Bourdon et Vidal.

Dans le second, la barrière de collodion a été impuissante à arrêter la marche de l'érysipèle vers le cuir chevelu ; cependant à peine l'éruption eut-elle dépassé la barrière qu'elle s'est éteinte en peu de temps. Remarquons que sous les applications réitérées de collodion il s'est produit de petits abcès miliaires, et enfin que l'enlèvement du collodion après la guérison, surtout quand les applications ont été faites sur le cuir chevelu (les cheveux ayant été coupés ras), constitue une difficulté sérieuse, au dire de M. Féréol.

La troisième expérience porte sur un cas d'érysipèle fort grave, étendu au pharynx, à la bouche et à la face (1). Le collodion, appliqué sur les limites de la plaque érysipélateuse, n'a pas empêché l'envahissement du cuir chevelu et des oreilles.

Ainsi donc, voilà trois faits dont deux démontrent l'impuissance des barrières de collodion. L'expérience est à continuer.

M. *Vidal*, répondant à quelques-uns des arguments de M. Raynaud, cherche à démontrer que l'érysipèle et l'angioleucite ne constituent pas deux états locaux identiques ne différant que par les symptômes généraux, et enfin que la lymphangite faciale n'est pas fréquente chez les scrofuleux. Si l'érysipèle et l'angioleucite sont une seule et même chose, il faut supprimer l'un des deux termes.

Les scrofuleux sont, en effet, prédisposés aux maladies du système lymphatique, mais c'est surtout sur les ganglions que porte la prédisposition. Quant aux vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, ils ne sont pas plus souvent atteints que chez les autres sujets. Ces vaisseaux ont même une tolérance remarquable et en contradiction avec l'impressionnabilité des ganglions, ainsi que l'ont remarqué depuis longtemps les chirurgiens et les médecins chargés des services de scrofuleux.

Enfin, les scrofuleux subissent le sort commun en ce qui concerne l'érysipèle, aussi bien dans ses conditions étiologiques (contagion, influence nosocomiale) que dans sa symptomatologie. La seule différence est que chez eux l'érysipèle est moins grave.

M. Vidal, touchant la question du traitement par les zones de collodion, croit que ce moyen retarde le plus souvent la marche envahissante de l'érysipèle, et qu'il n'a par lui-même aucun inconvénient, à l'exception de la difficulté qu'il y a à débarrasser la peau de l'enduit collodionné. Au moyen de l'axonge et des cataplasmes, on peut cependant en trois ou quatre jours nettoyer la peau.

M. *Raynaud* rapporte un insuccès tout récent du collodion, lequel n'a pas empêché l'érysipèle de s'étendre. Il estime que les faits rapportés tout à l'heure par M. Féréol sont loin d'être favorables à la méthode.

Répondant ensuite à M. Vidal, M. Raynaud reconnaît qu'il ne peut assigner de caractère objectif différentiel entre l'angioleucite et l'érysipèle.

L'angioleucite la plus simple présente un liséré comme l'érysipèle. Quant à l'engorgement ganglionnaire, que Chomel regardait comme un signe de l'érysipèle, M. Raynaud le considère comme n'étant que l'expression de l'existence de l'inflammation des muqueuses nasales, buccales ou pharyngées, méconnue avant l'apparition à la peau. N'est-il pas d'ailleurs contraire à tout ce que nous savons en pathologie de considérer l'engorgement ganglionnaire comme primitif, comme antérieur à la lésion de la membrane dont le ganglion reçoit les lymphatiques?

Ce qui distingue donc l'angioleucite de l'érysipèle, c'est que cette dernière maladie a les caractères généraux des affections

(1) Dans la séance du 14 mars, M. Féréol a annoncé que ce malade était mort par suite de l'extension de l'érysipèle aux bronches.

septiques. C'est l'ensemble de la maladie qui établit la distinction.

Chez les scrofuleux les érysipèles sont fixes, peu ambulants, et à réaction modérée.

M. *Vidal* déclare n'avoir jamais vu dans l'érysipèle les traînées rouges des troncs lymphatiques enflammés, dessinées sous les téguments, comme dans l'angioleucite; cependant les vaisseaux de cet ordre qui suivent la veine faciale et la veine angulaire sont assez volumineux.

Si l'érysipèle ne siégeait que dans les lymphatiques, comment expliquer aussi la stase dans les capillaires sanguins, la transsudation, la migration des globules blancs, signalés par M. Vulpian dans l'érysipèle.

M. *Raynaud* dit qu'à la face le réseau capillaire lymphatique est extrêmement développé, à ce point qu'il peut cacher les troncs enflammés, et que par conséquent on ne peut y rencontrer, comme sur les membres, les traînées rouges de la lymphangite.

M. *Lailler*, adversaire des opinions de M. Raynaud, reproduit une partie des arguments déjà présentés. Il ajoute que, contrairement aux assertions de ce dernier, l'angioleucite présente quelquefois des phénomènes généraux fort graves, et même quelquefois de nature infectieuse, dans les maladies puerpérales par exemple.

La suite de la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

— M. *Lancereaux* rapporte quelques faits de *contagion de la rougeole pendant la période d'invasion*. Ces faits sont en complet accord avec les opinions exposées autrefois à la Société par M. Girard de Marseille (séance du 23 juillet 1869, *Note sur la transmission de la rougeole, la durée de son incubation et le pointillé pharyngien caractéristique de cette première période*. — Voy. *Gaz. hebd.*, 1869, p. 603).

M. *Lancereaux* rapporte que Mayr de Vienne a pu inoculer la rougeole en déposant sur la muqueuse nasale de deux enfants bien portants du mucus nasal pris sur un malade au moment de l'éruption.

M. *Bourdon* rappelle que Blache et M. Roger ont professé les mêmes opinions sur la contagiosité de la rougeole. M. *Vidal* cite une observation de contagion pendant la période d'incubation.

M. *Bourdon* dit avoir constaté à plusieurs reprises l'éruption rouge pointillée dont a parlé M. Girard de Marseille, et qui lui permettait de prédire plusieurs jours à l'avance l'éclosion de la rougeole avant tout autre phénomène prodromique.

— M. *L. Colin* montre une tumeur tuberculeuse développée à la face interne de la dure-mère, dans la fosse cérébelleuse gauche, sans adhérence avec le cervelet, et trouvée à l'autopsie d'un soldat mort d'une tuberculisation aiguë généralisée.

Ce tubercule, gros comme une petite cerise, n'avait déterminé aucun symptôme cérébral appréciable; et cependant la lésion était ancienne, car sa présence avait déterminé un commencement de résorption de la table interne de l'occipital, dans une étendue fort limitée du reste.

— A la fin de la séance, M. *Rames* est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

A. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MARS 1873.

RÔLE DE LA CORDE DU TYMPAN. — PARALYSIE RHUMATISMALE DU NERF RADIAL : VULPIAN. — MORT SUBITE D'UN ENFANT PAR INTRODUCTION DU CHYME DANS LES VOIES AÉRIENNES : PARROT. — SUR L'INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE : GRÉHANT. — UNE LÉSION NON ENCORE DÉCRITE DU TISSU ÉLASTIQUE DU POUMON : CORNIL.

M. *Vulpian* a constaté que l'action vaso-motrice de la corde du tympan sur les vaisseaux de la langue, c'est-à-dire la dilatation des vaisseaux par l'excitation de la corde du tympan, est observée sur les chiens atropinisés par l'injection sous-cutanée. Ce phénomène est comparable à celui que Heidenhain a constaté à propos de la conservation de la puissance sécrétoire de la corde du tympan à l'égard de la glande sous-maxillaire chez des animaux atropinisés.

— M. *Vulpian*, ayant eu occasion d'examiner un malade atteint de paralysie rhumatismale du radial, a constaté que l'électricité appliquée sur le trajet du nerf radial à l'épaule et au coude, c'est-à-dire au point où le radial est presque sous-cutané, ne développe aucune contraction dans les muscles auxquels se distribue ce nerf. M. Vulpian appelle l'attention sur ce phénomène particulier d'une paralysie motrice dans laquelle on ne trouverait ni altérations musculaires, ni altérations des nerfs, et qui semble singulièrement se rapprocher du mode d'action du curare. Il y a dans ces faits une inconnue à dégager.

M. *Carville* demande si l'on ne pourrait expérimentalement déterminer la paralysie *à frigore;* mais, comme le fait remarquer M. Vulpian, on a déjà essayé vainement l'action du froid. Chez les grenouilles congelées on trouve des glaçons dans les muscles, et cependant la contractilité, la motricité volontaire, se reproduisent. Il en a été de même pour des cobayes soumis à la congélation partielle.

— M. *Parrot*, en 1868 (*Gaz. hebd.*, p. 489, 1868), a communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas de mort causée par l'introduction du chyme dans les voies aériennes. Il vient d'observer un nouveau cas de ce genre. Il s'agit d'une petite fille d'un an, qui, allaitée au biberon, fut couchée à six heures du soir et mourut à minuit, présentant les signes d'une dyspnée intense. A l'autopsie, faite dix heures après la mort, on trouva les deux lobes inférieurs du poumon ramollis, friables, grisâtres, exhalant une odeur butyreuse, en résumé, ayant subi l'action du suc gastrique. De plus, dans la trachée et les bronches on retrouvait du lait altéré. Dans ce fait, le lait contenu dans l'estomac, et sans doute ingéré en excès, a été régurgité et, à cause de la position horizontale, a pénétré dans le système aérien.

Au point de vue médico-légal, des faits de ce genre ont une grande importance; il faut que les médecins sachent que les enfants allaités peuvent mourir subitement par une cause de mort qui n'a encore été signalée que par M. Parrot, qui n'a été observée qu'à l'hôpital des Enfants, mais qui est peut-être plus commune qu'on ne pourrait le penser, à considérer le petit nombre des faits observés. D'ailleurs les observations recueillies chez des adultes par M. Foville prouvent que les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, mais ont été observés chez les aliénés.

— M. *Gréhant* conclut des expériences qu'il continue sur l'action toxique de l'oxyde de carbone, qu'il suffit de la persistance dans l'atmosphère respirée d'une quantité d'oxyde de carbone très-faible, un millième, pour que l'animal intoxiqué partiellement par l'oxyde de carbone ne puisse éliminer de son sang l'oxyde de carbone fixé dans les globules et qui est dans le sang à l'état de combinaison, c'est-à-dire fixé par l'hémoglobine. La conclusion pratique de ces expériences est qu'un individu peut être empoisonné par de l'oxyde de carbone existant en très-minimes proportions dans l'atmosphère qu'il respire. Un séjour prolongé dans la pièce où l'oxyde de carbone n'existe qu'en quantités minimes empêche, en quelque sorte, la désintoxication, d'où le précepte déjà vulgaire d'exposer le plus vite possible au grand air les individus intoxiqués par l'oxyde de carbone.

— M. *Cornil* présente des préparations entièrement démonstratives d'une lésion jusqu'à présent inconnue des fibres élastiques des alvéoles pulmonaires. Elles ont été observées chez un syphilitique qui est mort avec des altérations pulmonaires qui avaient simulé la phthisie. Il existait une pneu-

monie catarrhale double, rappelant dans son aspect la pneumonie caséeuse des phthisiques; d'ailleurs on ne trouva pas de tubercules, mais les fibres élastiques des alvéoles pulmonaires étaient plus grosses, plus épaisses, plus transparentes, plus réfringentes que dans l'état normal, et elles présentaient une altération singulière : malgré toutes les précautions prises pour la préparation, elles offraient des brisures, des cassures dans leurs divers diamètres; elles ressemblaient ici à des lamelles vitreuses brisées, là elles étaient comme séparées en plusieurs divisions fibrillaires, enfin en quelques points les fibres élastiques étaient segmentées en forme de granulations brillantes arrondies et disposées en chapelet.

Ces altérations semblaient coïncider avec la destruction, à leur niveau, des vaisseaux des alvéoles; de sorte que M. Cornil est porté à les considérer comme des lésions nécrobiotiques. Alors on devrait les retrouver dans la gangrène pulmonaire. Ces faits peuvent être rapprochés des descriptions de la pneumonie ou de la phthisie syphilitique, et de l'endocardite syphilitique, mais ils n'ont pas été encore signalés, à notre connaissance. Il serait important dans un cas analogue d'examiner les lames élastiques de la colonne vertébrale, ou ligaments jaunes, et en général les artères et tous les tissus riches en fibres élastiques.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Mode de préparation de la propylamine, par le docteur Perret.

L'auteur, n'ayant, dit-il, rencontré qu'une seule fois de la propylamine qui ne fût composée *presque* exclusivement d'*ammoniaques plus ou moins fortes* et *puantes*, propose le procédé de préparation suivant :

Il consiste à mettre en fermentation l'appareil digestif des vaches, veaux, moutons, bœufs (après l'avoir lavé, coupé ou haché), avec 4 fois son poids d'eau ou au plus 6 fois, et 1/15 de carbonate de potasse ou de soude sec à la température de 15 à 18 degrés, pendant trente-deux à trente-six heures.

On passe le magma au tamis peu serré (en fil de fer), et le liquide recueilli est additionné de la moitié de son volume de soude caustique (lessive des savonniers à 40 degrés), mis dans un alambic et distillé très-doucement.

Le gaz méthyliaque s'échappe le premier en grande abondance et boursoufle la masse considérablement; on modère le feu, et, cette réaction passée, la propylamine mêlée de gaz méthyliaque et ammoniac, très-légèrement cependant, passe à son tour. Elle est totalement contenue dans la huitième première partie : soit, si vous avez 8 litres de solution, toute la base sera dans le premier litre.

Vous saturez avec l'HCl et évaporez la solution filtrée à siccité; le chlorhydrate sec est broyé avec 3 fois son poids de lessive à 40 degrés, puis distillé dans une cornue munie d'un tube qui vient affleurer la surface de l'eau distillée mise dans le récipient. La propylamine s'y dissout, sature l'eau, et, lorsque les bulles se dégagent de la surface du liquide sans s'y dissoudre, on change de récipient et l'on met une nouvelle eau.

Cette solution, claire, limpide, possède une odeur ammoniacale accompagnée d'une odeur de marée insupportable, mais s'évaporant assez vite. Elle présente toutes les réactions annoncées par Wertheim, qui, en 1850, a fait un travail sur cette base, cristallisant très-bien avec les acides en formant des sels définis à 4 équivalents d'eau.

Les sels, sulfates, chlorhydrates, gallates, cristallisent avec la plus grande facilité en prismes à 4 pans aplatis ou en aiguilles enchevêtrées et très-brillantes.

Les sels n'ont pas d'odeur; ils ont une saveur fraîche non désagréable. (*Union médicale.*)

Exploration phonométrique de la poitrine et de l'abdomen, par le docteur Paul Guttmann.

Le nouveau mode d'investigation décrit par l'auteur, quoique peu connu, n'est pas absolument nouveau, et récemment encore le docteur Baas a publié un intéressant travail sur ce sujet (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1872, Bd XI, p. 9-12). La méthode décrite par ces deux auteurs consiste à appliquer sur les parois thoraciques ou abdominales un diapason mis en vibration et à juger d'après l'intensité du son produit par l'instrument le degré de sonorité ou de matité des organes situés au niveau de son point d'application.

Toute la méthode repose sur le principe suivant : le son émis par un diapason qui vibre est notablement renforcé quand on place l'instrument sur une table ou sur une caisse vide; tandis qu'aucun bruit n'est entendu si l'on pose le diapason sur la paume de la main ou sur la cuisse.

Les mêmes phénomènes se produisent sur le thorax et sur l'abdomen, et l'on peut constater des différences de sonorité analogues, selon que le diapason vibrant est appliqué sur les parois thoraciques qui correspondent aux poumons ou sur les parties molles qui recouvrent le foie. La phonométrie se pose donc le même problème que la percussion, mais n'en peut juger qu'un des termes; c'est-à-dire l'intensité de résonnance des parties explorées, tandis que la percussion ne se borne pas à faire constater la présence de la sonorité ou de la matité, elle fournit encore d'importantes et nombreuses données auxquelles la phonométrie doit rester étrangère.

Ces *desiderata* ne pouvaient échapper au docteur Guttman; aussi ne présente-t-il son nouveau procédé d'investigation que comme un moyen de contrôle et comme un complément de l'examen physique.

Il a fait usage dans ses recherches d'un diapason accordé au *la*, qui, à l'aide d'un curseur dont étaient munies ses deux branches, pouvait descendre jusqu'au *fa*, c'est-à-dire de cinq demi-tons. Le ton le plus bas, le *fa*, était produit par le plus grand rapprochement des lames et correspondait par conséquent au point le plus élevé du curseur. L'auteur fait remarquer que dans la plupart des cas il mettait le diapason au *fa*, parce qu'il lui avait semblé que les différences de résonnance entre les organes creux et les organes pleins étaient plus distinctement appréciées avec le ton de *fa* qu'avec un ton plus élevé.

La phonométrie peut être immédiate ou médiate; en d'autres termes on peut appliquer le diapason directement sur la paroi thoracique (le sternum et la clavicule sont en général les points d'élection dans ce cas), ou médiatement, sur un plessimètre exactement appliqué sur la poitrine. La phonométrie immédiate est désagréable au malade, parce qu'elle exige une pression souvent pénible; elle ne répond pas, en outre, à son but et peut rendre même les résultats fautifs dans certains cas, notamment pour l'examen des parties molles du thorax, et en particulier des espaces intercostaux, des régions sus-claviculaires et sus-épineuses. Toutes ces parties, offrant une trop faible résistance au diapason, diminuent par cela même la résonnance.

Si l'application d'un plessimètre, même étroit, est rendue impossible par suite des inégalités particulières du thorax, on peut se servir en pareil cas du doigt comme point d'appui du diapason. Ne pouvant suivre l'auteur dans les détails de ses nouvelles recherches, nous nous bornerons à en présenter ici les principaux résultats.

Après avoir établi un parallèle entre la phonométrie et la percussion et reconnu l'incontestable supériorité de ce dernier moyen d'exploration, le docteur Guttmann signale plusieurs cas morbides dans lesquels il a comparé les résultats fournis par la phonométrie à ceux que donnait la percussion.

Dans l'*infiltration tuberculeuse du poumon*, l'exploration phonométrique accusait une diminution de résonnance au niveau

des parties malades, comparativement à la sonorité fournie par les points correspondants du poumon sain. Mais ces différences étaient beaucoup plus sensibles à la percussion. En outre, le périmètre des parties indurées ne pouvait pas être aussi exactement délimité par la phonométrie que par la percussion. Enfin, les indurations légères du poumon échappaient à la première, tandis qu'elles étaient révélées par la seconde.

« Je n'ai jamais pu diagnostiquer phonométriquement, dit-il, les *cavernes pulmonaires*, même quand elles étaient volumineuses et superficielles; tout au plus pouvait-on percevoir une diminution de résonnance produite par les parties indurées qui circonscrivaient la caverne. »

Les *épanchements pleuraux* produisent une très-notable diminution de résonnance du diapason, mais il est impossible de circonscrire exactement par la phonométrie les limites de l'épanchement.

Dans un cas de *pneumonie*, le périmètre de la non-résonnance au diapason ne fut pas aussi nettement délimité que celui de la matité au plessimètre. Dans les *dilatations* ou *hypertrophies du cœur*, la matité phonométrique est moins étendue que la matité obtenue à l'aide de la percussion. En résumé, on peut, d'après ce qui précède, admettre avec l'auteur :

1° Que la phonométrie est une méthode d'exploration qui exige beaucoup plus de temps que la percussion.

2° Elle est loin d'égaler en netteté et en précision cette dernière.

3° Elle n'indique en effet ni les nuances de tonalité, ni les différents degrés de résistance des parties que la percussion digitale révèle.

4° La phonométrie ne sert dans l'examen des viscères abdominaux qu'à déterminer les limites du foie et de la rate.

Elle ne peut que confirmer, par une diminution de résonnance du diapason dans certains états pathologiques (vastes épanchements abdominaux, tumeurs viscérales, etc.) ce que la palpation et la percussion nous font beaucoup mieux reconnaître.

Dans tous les cas où les signes plessimétriques seront douteux, les phénomènes phonométriques seront plus incertains encore. En un mot, on peut dire que cette nouvelle méthode est beaucoup plutôt une curiosité scientifique qu'un véritable moyen d'investigation.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude générale des maladies régnantes et des constitutions médicales observées à Lyon de 1864 à 1872, par M. le docteur Fonteret. — 1 vol. in-8°, 1873; Paris, librairie G. Masson.

L'étude des maladies régnantes fonctionne à Lyon, de manière à la rendre aussi fructueuse que possible. Une commission *permanente*, nommée dans ce but par la Société de médecine, comprend au moins un chef de service de chacun des hôpitaux, un membre du conseil d'hygiène, un médecin du dispensaire, le médecin des épidémies, un professeur de l'école vétérinaire, un pharmacien. Tous les trois mois, cette commission réunit, dans une séance spéciale, les documents communiqués, soit par ses membres, soit par tous les confrères auxquels elle a fait appel. Elle se met en rapport avec les sources officielles les plus sûres pour avoir les divers renseignements statistiques et météorologiques capables d'éclairer et de féconder ses recherches. Enfin, le résultat de son travail, condensé dans un rapport et présenté à la Société de médecine, qui, après délibération et additions s'il y a lieu, l'approuve et le publie en son nom.

C'est ce travail dont l'infatigable et judicieux secrétaire de la commission a réuni les produits dans le volume que nous annonçons. En même temps que de précis et précieux détails sur la santé publique à Lyon pendant huit années, nos lecteurs y trouveront le modèle d'une organisation qui, appliquée dans toutes les grandes villes, mettrait la science et l'autorité en possession de documents d'un prix inestimable.

Recommandons avec insistance un appendice qui n'est point un hors-d'œuvre : c'est le rapport rédigé par le secrétaire de la commission sur un projet d'agrandissement du principal cimetière de Lyon, rapport qui, par la netteté et la vigueur de ses conclusions, a eu l'honneur de faire ajourner, sinon abandonner, la réalisation d'une mesure éminemment préjudiciable à l'hygiène de la cité lyonnaise.

P. D.

Traité pratique des maladies des yeux, par Sœlberg Wells, professeur d'ophthalmologie au King's College, à Londres. Un fort volume grand in-8 avec figures.—Traduit de l'anglais; librairie Germer Baillière, 1873.

Le public français attendait l'apparition d'un ouvrage d'oculistique plus condensé que ceux qui ont paru chez nous jusqu'à ce jour, et le livre de Sœlberg Wells était de nature à satisfaire son désir. L'exposition méthodique et simple du chirurgien anglais, le choix qu'il fait des nombreuses autorités scientifiques avec lesquelles il a eu des relations directes et sur lesquelles il appuie sa riche expérience personnelle, assuraient à l'édition française du Traité pratique des maladies des yeux le succès immense que ce travail mérite sous tous les rapports. Mais comment la traduction est-elle restée tellement au-dessous de l'original et pourquoi ne voit-on pas le nom du traducteur inscrit à côté de celui de l'auteur? Il eût été intéressant de savoir si c'est un personnage médical ou un autre qui écrit tout à son aise *boursouflure* au lieu de saillie; *canif* au lieu de couteau; *bulbes* et *vergettes* en place de cônes et de bâtonnets; *membrane de Schneiderian*, etc., etc. J'en passe mille autres qui se rencontrent à chaque page.

L'édition anglaise portant le millésime 1870 ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'exécution typographique; les figures intercalées dans le texte en sont parfaites; de plus, les planches coloriées représentant des dessins ophthalmoscopiques et *supprimées* dans l'édition française, font du traité de Sœlberg Wells un résumé complet de la science oculistique qui justifie parfaitement le titre de l'ouvrage.

Nous avons lieu d'espérer que bientôt une traduction plus digne de l'original et revue cette fois par l'auteur, permettra au public médical de notre pays de mieux apprécier la valeur scientifique du chirurgien anglais, et qu'elle ne fera pas regretter la traduction actuelle qui est par trop défectueuse.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine. — Ouverture des cours de MM. les professeurs Charcot et Trélat.

Vendredi dernier l'affluence était grande dans l'amphithéâtre de la Faculté. Deux des nouveaux professeurs inauguraient leurs cours, et l'attrait de ce double début avait amené sur les bancs une foule d'auditeurs, dont la présence donnait comme un air de fête à l'École. Véritable fête, en effet, pour tous ceux qui ont à cœur les intérêts de notre Faculté et le succès de son enseignement. L'attente générale n'a point été trompée, et les élèves n'ont pas marchandé leurs applaudissements aux deux jeunes professeurs, que beaucoup d'entre eux entendaient pour la première fois.

M. Charcot avait pris pour sujet de sa leçon d'ouverture Les progrès de l'anatomie pathologique. Rendant justice à ses devanciers et, entre tous, à une de nos gloires les plus incontestées, M. le professeur Cruveilhier, il a montré tous les services que les nouveaux procédés d'investigation anatomique rendaient

chaque jour à la pathologie. Prenant pour exemple les lésions des centres nerveux, il a signalé les principaux résultats fournis par l'anatomie pathologique, telle que le microscope nous permet de le faire aujourd'hui. L'exemple ne pouvait être mieux choisi, et le savant professeur aurait pu réclamer comme siennes une grande partie des recherches intéressantes dont il exposait les résultats.

La parole de M. Charcot est nette et facile; son débit calme, son geste très-sobre. Ses auditeurs habituels de la Salpêtrière connaissaient depuis longtemps les qualités très-remarquables dont il a fait preuve aujourd'hui sur un plus grand théâtre, et qui lui ont valu un très-légitime succès.

Quelques minutes après, M. Trélat s'est présenté devant le même auditoire, et recevait l'accueil le plus sympathique.

M. Trélat est heureusement doué pour l'enseignement. Sa parole est aisée, rapide, abondante. Ce sont là de précieuses qualités, hautement appréciées par les élèves, et qui assurent habituellement dans les Écoles, à celui qui les possède, les faveurs de l'auditoire.

Le professeur, après un court préambule sur l'importance de l'enseignement oral, a rapidement parcouru l'histoire de la chirurgie, dont il a tracé à grands traits les principales phases, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. C'était une vue d'ensemble où chaque époque était caractérisée par quelque progrès important et représentée par une grande figure chirurgicale. Après avoir suivi à travers les âges l'évolution de la science chirurgicale et montré en quelques mots l'influence exercée sur ses progrès par l'état des sociétés au milieu desquelles elle se développait, M. Trélat l'a conduite jusqu'à nos jours ou plutôt jusqu'au commencement de notre siècle, où il la reprendra dans sa deuxième leçon.

L'auditoire a accueilli avec beaucoup de faveur cette large esquisse historique tracée avec beaucoup de sûreté, relevée çà et là de quelques heureux détails, et qui, pour être complète, eût demandé un peu plus que le temps réglementaire. L'impression a été excellente et fort heureusement traduite par un de ceux que son talent a le plus habitué à ce genre de succès, et qui, complimentant ses nouveaux collègues, déclarait « la journée bonne pour la Faculté ». — On ne saurait mieux dire.

— Disons aussi que les exercices d'anatomie pathologique qu'on sait institués à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié et à la Charité, ont été inaugurés avec grand succès, le 19 mars, dans ce dernier hôpital, par M. Cornil, agrégé de la Faculté.

B.

BANQUET DE L'AGRÉGATION.

La Société des agrégés souhaitait, il y a quelques jours, dans les salons de l'hôtel du Louvre, la bienvenue aux élus du dernier concours. Le banquet était présidé par le doyen de la Faculté, aux côtés duquel plusieurs professeurs avaient pris place. Dans les toasts qui, suivant l'usage, se sont succédé au dessert, s'est exprimé le désir général de voir la position des agrégés à la Faculté modifiée dans le sens d'une participation plus large à l'enseignement. MM. Wurtz, Béhier, Chauffard, Trélat, adoptent en principe les projets d'institutions nouvelles, réclamées à plusieurs reprises par le corps des agrégés, dont MM. Tillaux et Hayem s'étaient faits les interprètes dans la circonstance. Déjà plusieurs tentatives incomplètes ont eu lieu dans ce sens. L'institution des cours du soir, accueillie avec faveur, n'a pas eu tout le succès qu'on en attendait. On pouvait le prévoir. Chacun de ces cours, limité à quelques leçons, n'embrasse qu'un sujet très-circonscrit; il n'en résulte pas un enseignement suivi; ce ne sont que des conférences sur un point de la science choisi par le professeur, et les élèves ne peuvent y être attirés que par le double attrait du sujet indiqué et du talent avec lequel il est développé. Quoi qu'il en soit, l'institution de ces conférences a montré qu'un appel fait au zèle des agrégés serait toujours entendu, et les professeurs n'ont pas manqué.

On voudrait mieux aujourd'hui; on demanderait que l'agrégé fût placé aux côtés du professeur, sous la direction duquel il compléterait l'enseignement; on voudrait faire en sorte que l'élève ne fût pas obligé de sortir de l'école pour acquérir dans l'espace de cinq ans les notions qui lui sont demandées pour le doctorat. A côté de l'enseignement plus élevé du professeur se placerait l'enseignement élémentaire de l'agrégé. Chacune des branches des connaissances médicales serait exposée en une ou deux années, suivant son importance, et les cours seraient réglés de telle manière que l'élève pût commencer et suivre sans interruption ses études, et ne fût pas forcé d'aller chercher ailleurs les connaissances qui lui sont nécessaires pour bénéficier d'un enseignement trop avancé pour lui. Nous nous souvenons des mécomptes d'un étudiant aux débuts de ses études anatomiques et assistant à une première leçon dans le grand amphithéâtre : le programme du cours de cette année comprenait l'étude de la peau et des organes des sens, et ce cours était le seul qui se fît officiellement.

Le nombre des agrégés est suffisant pour satisfaire largement aux besoins de l'enseignement. Aujourd'hui leur rôle est presque nul. Il peut arriver à tels d'entre eux de terminer leur exercice sans avoir fait un cours et sans avoir rempli d'autres fonctions que celles d'examinateur. Il s'agirait d'augmenter leur position à tous les points de vue et d'utiliser les forces vives qu'ils représentent au profit de l'instruction des élèves. Tout agrégé serait chaque année chargé d'un cours dont la durée resterait à déterminer. Une pareille mesure trouverait peut-être dans son application quelques difficultés pratiques, mais l'émulation qui en résulterait entre les jeunes professeurs, le bénéfice certain qu'en retireraient les élèves, valent bien quelques sacrifices.

Nous ne croyons pas qu'elle rencontre dans le corps des professeurs une opposition sérieuse; elle y trouverait plutôt un énergique appui. Les difficultés, si elles surgissent, viendraient d'ailleurs; mais on finirait par céder à l'élan général et par seconder tous ces hommes de bonne volonté qui trouvent leur voie et ne demandent qu'à s'y engager avec le soutien de quelques encouragements.

PROJET D'UN INSTITUT LYONNAIS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES EXPÉRIMENTALES.

Lyon possède une Faculté des sciences, elle a des hôpitaux, une école de vétérinaire célèbre, une école secondaire de médecine; elle a des Sociétés savantes : mais Lyon demande une Faculté de médecine; il lui faut, enfin, le couronnement aujourd'hui obligé de tout cet ensemble scientifique, un *institut pour favoriser le développement des sciences expérimentales*.

L'honorable maire s'exprime ainsi devant le conseil municipal : « La ville de Lyon, qui a su se placer au premier rang des centres industriels et commerciaux de l'Europe, doit avoir la légitime ambition d'en devenir aussi l'un des premiers foyers scientifiques. » Et il propose à son conseil d'affecter aux services de l'institut projeté l'emplacement de l'ancienne halle aux grains, et de voter un premier crédit de trois cent mille francs.

Deux projets sont en présence : le projet d'une institution lyonnaise pour l'avancement des sciences expérimentales; le projet plus restreint d'une institution destinée à favoriser les études de biologie. Lyon, par l'organe de son maire, adopte le premier, le plus grand : nous ne pouvons qu'applaudir. Cependant, les frais d'installation d'un établissement aussi vaste s'élèvent à la somme de neuf cent mille francs; c'est beaucoup ! La ville, nous ne le savons que trop, ne peut actuellement couvrir cette dépense. Mais on procédera graduellement; et, comme le propose la commission chargée d'exprimer

son avis sur la création de l'institut au point de vue particulier des sciences biologiques, on n'installera tout d'abord que les locaux affectés aux études de médecine expérimentale.

Qu'il faut se défier des titres ! et que nous sommes loin du premier projet et même du second ! Il s'agissait de créer un institut pour l'avancement des sciences expérimentales, c'est-à-dire de toutes les sciences; car il n'existe pas de science qui ne soit expérimentale : le second projet demandait la création d'un institut biologique qui devait sans doute comprendre toutes les sciences ayant pour objet l'étude des phénomènes vitaux, la botanique, la zoologie, l'anthropologie; et voilà qu'il ne s'agit plus que de médecine !

Le projet de MM. Tripier, Ollier, Lartet, Chauveau et Chavannes vise donc la création de laboratoires destinés à faciliter les recherches expérimentales qu'il est quelquefois nécessaire d'instituer en médecine pratique. Je vais reproduire très-fidèlement la substance de leur projet d'organisation qui mérite d'être étudié d'ailleurs.

L'institut lyonnais, créé pour favoriser le développement de la médecine, sera indépendant, libre de toute attache scientifique, en un mot, il sera autonome.

Exclusivement consacré aux travaux de recherches expérimentales, ses laboratoires seront mis à la disposition de tous les hommes de science qui s'occupent de médecine et de biologie, de toutes les personnes, même étrangères à l'ordre scientifique, dont les projets de travaux seront reconnus à la fois intéressants et réalisables par le directeur de l'établissement.

Le programme des études et des recherches sera vaste : il comprendra sans exception tous les sujets de la science médicale qui se prêtent aux applications de la méthode expérimentale : physiologie normale et pathologique, chirurgie, pathologie médicale, thérapeutique, opérations, hygiène, toxicologie, etc.

Pour répondre à tous les besoins de ce programme, l'institution comprendra des laboratoires de physiologie expérimentale, de physique et de chimie appliquées à la biologie, d'histologie, de zoologie parasitaire, des salles de dissection, de dessin et de photographie, un cabinet de collections, une bibliothèque, un arsenal, etc.

L'institut, enfin, sera placé sous la direction d'un homme savant, *largement rétribué*. Il aura sous ses ordres des aides et un secrétaire chargé de rédiger et de publier le bulletin des travaux accomplis dans les laboratoires.

Voilà un projet très-libéral, très-large et bien ordonné ! Nous souhaitons qu'il soit adopté et surtout promptement mis à exécution.

V. A.

Projet de loi sur la médecine. — Dans la séance du 20 mars, l'Assemblée nationale a décidé qu'elle ne passerait pas à la seconde délibération sur le projet de loi de M. Naquet, dont nous avons entretenu nos lecteurs.

Pétition relative a l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers. — La pétition que nous avons publiée dans notre dernier numéro et que nous avions cru déjà votée par la *Société de l'Élysée*, peut-être même adressée au président de l'Assemblée nationale, n'était qu'un *projet de pétition*, élaboré par une commission dans laquelle figuraient MM. L. Le Fort, Gallard, Linas, Fieuzal, Rotureau, et d'autres. La discussion sur ce projet doit s'ouvrir le 7 avril.

Faculté de médecine de Paris. — 1° *Prix Corvisart*. (Concours de 1872.) — La question proposée était : « Des paraplégies ». La Faculté partage le prix de 400 fr. de la manière suivante : 1° une médaille de vermeil et une somme de 200 fr., à M. Brière (Alfred), interne à l'Hôtel-Dieu; 2° une médaille de vermeil et une somme de 200 fr., à M. Letourneur, interne à la Pitié.

Question proposée au concours pour l'année 1873 : « Observations recueillies dans les cliniques de la Faculté sur les diverses formes de la pleurésie. »

2° *Prix Montyon*. — Il ne s'est pas présenté de candidats pour ce prix.

3° *Prix Barbier*. (Concours de 1872.) — La Faculté a accordé le prix à M. Defois (Pierre-Jacques), interne à l'hôpital des Cliniques, pour son appareil à injections histologiques.

4° *Prix Chateauvillard*. (Concours de 1872.) — La Faculté a partagé le prix de 2000 fr., savoir : 1° 1000 fr. à M. le docteur Luys, pour son ouvrage intitulé: *Recherches sur la structure de l'encéphale*; 2° 1000 fr. à M. le docteur Legrand du Saulle, pour son ouvrage sur le *Délire de persécution*.

Prix Lacaze. — La Faculté a accordé ce prix à M. le docteur Pidoux (Études générales et pratiques sur la phthisie). Elle a accordé une mention honorable à M. Lépine (De la pneumonie caséeuse et de l'unité de la phthisie).

Thèses récompensées. — 1re classe (médailles d'argent) : MM. Guyochin, Huchard, Hybord (Paul), Langlet, Lendrieux, Niederkorn, Piéchaud, Pichet et Sueur.

2° classe (médailles de bronze) : MM. Arzerouny-Miliran, Bailly, Blaquart, Foucault, Hestrès, Hœpffer, Hybord (Albert), de Lanessan, Lingraud, Muron, Quinquaud, Rébatel, Schaan, Verdun, Voulet et Webert.

3e classe (mentions honorables) : MM. Audineau, Bottarel, Beverley, Blanc, Blazard, Carville, Caubet, Cordier, Crevaux, Fabre, Gigard, Gromier, Hekimian, Herbet, Letona, Lovêque, Marais, Maurioc, Onfrey, Pourteyron, Rigaudin, Robuchon, Solmon, Straub, de Welling.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est terminé vendredi dernier par la nomination de M. le docteur Daniel Mollière.

— Projet d'hôpital a Cauterets. — Sur l'initiative d'un baigneur et avec l'appui de l'Association médicale de Cauterets, un comité d'organisation s'occupe de fonder dans cette station un établissement hospitalier. Le montant des souscriptions s'élève actuellement à près de 20 000 francs.

Nécrologie. — M. Ducoux, député à l'Assemblée nationale, ancien préfet de police, directeur général de l'administration des Petites voitures, qui vient de mourir, était docteur en médecine. M. Ducoux n'avait que soixante-cinq ans.

— M. Marcq, médecin et maire à Laval (Aisne), depuis 1831, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-neuf ans. C'est un véritable deuil pour la commune de Laval, où chaque jour était marqué par un de ses bienfaits.

Protection de l'enfance. — M. le docteur Théophile Roussel, député à l'Assemblée nationale, a déposé un projet de loi ayant pour objet la protection des enfants du premier âge, et particulièrement des nourrissons.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 15 au 21 mars 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 9. — Typhus, 0. — Érysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 52. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 20. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 228. — Affections chroniques, 378 (1). — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 23. — Total, 827.

Londres : Décès du 9 au 15 mars 1873, 1499. — Variole, 2 ; rougeole, 5 ; scarlatine, 12 ; fièvre typhoïde, 18 ; érysipèle, 8 ; bronchite, 280 ; pneumonie, 78 ; diarrhée, 25 ; diphthérie, 3 ; croup, 16 ; coqueluche, 59.

(1) Sur ce chiffre de 378 décès, 176 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — Sommaire. Académie de médecine : L'inspectorat des eaux minérales. — Travaux originaux. Thérapeutique : Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire. — Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Revue des journaux. Mode de préparation de la propylamine. — Exploration phonométrique de la poitrine et de l'abdomen. — Bibliographie. Étude générale des maladies régnantes et des constitutions médicales observées à Lyon de 1864 à 1872. — Traité pratique des maladies des yeux. — Variétés. Faculté de médecine. Ouverture des cours de MM. les professeurs Charcot et Trélat. — Banquet de l'agrégation. — Projet d'un institut lyonnais pour l'avancement des sciences expérimentales.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 3 avril 1873.

Académie des sciences (17 mars) : MOYENS D'AUGMENTER LA LONGUEUR DES OS ET D'ARRÊTER LEUR ACCROISSEMENT : OLLIER. — *Clinique hospitalière :* BLENNORRHAGIE CORDÉE ; PYOHÉMIE ; MORT : M. JUBIOT.

Dans le dernier compte rendu de l'Académie des sciences (voy. *Gaz. hebd.*, p. 200, n° 13), nous avons publié l'analyse d'une communication de M. Ollier concernant les effets produits par les irritations des os sur leur accroissement. L'importance et l'originalité des faits signalés par le persévérant expérimentateur nous obligent à insister sur leur signification.

Au point de vue expérimental, M. Ollier met en relief une propriété remarquable du périoste, ou plutôt du tissu osseux diaphysaire irrité, laquelle contraste singulièrement avec les effets produits par l'irritation du cartilage de conjugaison.

En effet, irritez le périoste de la diaphyse, enlevez des bandelettes de périoste pour mettre l'os à nu, le tissu osseux irrité forme un nouveau tissu qui, sous l'influence de cette irritation, se développe avec une telle activité que l'os est allongé. Au contraire, irritez, détruisez en partie le cartilage de conjugaison, qui normalement est l'origine de l'accroissement en longueur, l'irritation amène un arrêt de développement ou d'accroissement de l'os en longueur, arrêt proportionnel à l'importance du cartilage irrité. Donc, au point de vue expérimental, on conçoit la possibilité de déterminer, soit l'augmentation de la longueur des os par l'irritation du périoste diaphysaire, soit l'arrêt de l'accroissement par l'irritation du cartilage de conjugaison.

Un fait expérimental fait prévoir presque toujours une application pratique; celle-ci peut être plus ou moins éloignée. M. Ollier dès à présent indique la possibilité d'utiliser ces données scientifiques. Ne pourrait-on pas, chez l'homme, favoriser dans certains cas l'accroissement de l'os en longueur par des irritations du périoste diaphysaire? Dans les membres, lorsque deux os parallèles, le cubitus et le radius, le péroné et le tibia, présentent dans leur accroissement des variations dues à l'ostéite d'un des deux os, ne pourrait-on activer le développement de l'un par l'irritation de la diaphyse, ralentir le développement de l'autre par l'irritation du cartilage de conjugaison? Théoriquement, c'est-à-dire en concluant des expériences sur les animaux et des faits cliniques souvent observés chez l'homme, on conçoit la possibilité d'une intervention de ce genre.

Peut-être à ce point de vue de l'intervention chirurgicale, l'application des données expérimentales impose-t-elle des réserves. Les chirurgiens modernes craignent, à bon droit, les lésions osseuses: cependant les succès des résections sous-périostées pourront encourager les opérateurs à tenter un mode d'intervention qui ne dépasse pas en hardiesse bien des opérations auxquelles on s'est habitué peu à peu après les avoir considérées comme des exemples de hardiesse chirurgicale.

L'irritation du périoste par des piqûres, des incisions sous-cutanées faites avec prudence, ne semble pas à M. Ollier une opération très-grave, puisqu'il admettrait même la cautérisation du périoste. Mais, à notre avis, dussions-nous sembler chirurgien trop craintif, c'est déjà courir des risques dont nous ne pouvons apprécier l'importance. Quant à la destruction du cartilage de conjugaison, pour arrêter l'accroissement du cubitus, dans un cas où le radius serait allongé par une hypertrophie consécutive à de l'ostéite, nous n'oserions tenter l'opération, et nous ne voudrions pas la conseiller jusqu'au moment où M. Ollier aurait apporté des exemples cliniques prouvant à la fois l'innocuité et l'efficacité d'une intervention dont le premier il signale la possibilité.

A. H.

FEUILLETON.

Réorganisation des services sanitaires dans l'armée anglaise.

Au lendemain de la guerre de Crimée, le gouvernement de Sa Majesté Britannique, justement impressionné par les faits qu'il avait pu étudier pendant cette longue et glorieuse campagne, n'hésita pas à modifier profondément l'organisation des services médicaux de son armée, et pour régler définitivement la situation des médecins militaires, ainsi que leurs attributions, promulgua le *warrant* d'octobre 1858.

Malheureusement l'état-major général de l'armée anglaise *horse-guards*, mit un mauvais vouloir très-réel dans l'application de ce warrant, en faussa même certains principes, et bientôt le découragement ne tarda pas à remplacer la satisfaction d'abord éprouvée par le corps médical. Cette situation se traduisit par de nombreuses réclamations, des démissions et surtout par l'insuffisance du recrutement annuel. Les jeunes docteurs anglais perdirent l'habitude de se présenter pour le service de l'armée et celui de la marine; seuls les Irlandais continuèrent à y venir, encore en fort petit nombre ; on admettait du reste qu'ils étaient sollicités plutôt par la nécessité d'acquérir une position immédiate que par les avantages qu'ils espéraient y rencontrer au point de vue de leur avenir.

Les événements militaires dont l'Europe vient d'être le théâtre ont démontré à tous les gouvernements la nécessité d'organiser fortement les services sanitaires de leurs armées, d'en augmenter les effectifs et surtout de les confier exclusivement aux hommes compétents, aux médecins.

L'Angleterre, qui la première en Europe avait proclamé ce principe dans les ambulances de la Crimée, n'a eu garde de rester en arrière. Une haute commission nommée par la reine a présenté un rapport détaillé, à la suite duquel vient d'être promulgué l'ordre royal du 1er mars 1873 que nous trouvons

La blennorrhagie n'est pas considérée comme une maladie très-grave, et trop souvent elle est traitée avec légèreté. Cependant il y a des cas où elle tue les malades, non par elle-même, mais par ses complications. Nous n'entendons pas parler ici des rétrécissements et de leurs graves accidents, mais de complications plus aiguës.

MM. Bourdon et Meuriot (1867) ont signalé un fait de mort attribuable à la blennorrhagie, mais il y avait eu rhumatisme blennorrhagique avec endocardite ulcéreuse, de sorte que la cause de la mort n'est pas imputable directement à la blennorrhagie.

Dans certaines arthrites blennorrhagiques, on a pu voir la suppuration suivie de mort, comme dans le cas de Moffait (Thèse, 1820), mais le malade avait été plusieurs fois soumis au cathétérisme.

Le fait rapporté par M. Jubiot et recueilli dans le service de M. Villeneuve fils à l'hôpital de la Conception de Marseille montre une série moins complexe d'accidents entre la blennorrhagie et la mort.

En effet, il s'agit d'un homme de vingt-trois ans atteint de blennorrhagie des plus intenses, accompagnée d'érections continues, donnant à la verge l'aspect connu de la chaudepisse cordée. On applique vingt sangsues à la racine de la verge. Deux jours plus tard, on trouve au niveau du point culminant de la courbure une eschare qui, après la chute, laisse à nu les corps caverneux et le canal de l'urèthre dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Cinq jours plus tard apparaissent des frissons, et le lendemain le malade se plaint de douleurs articulaires dans les membres supérieurs. Pendant quelques jours il y a amélioration, mais environ cinq jours plus tard on constate un épanchement purulent dans l'articulation huméro-cubitale droite, puis le malade est pris de délire et meurt après une hémorrhagie artérielle par la plaie de la verge. A l'autopsie, on trouve une dénudation des corps caverneux, l'urèthre étant intact, il y a phlébite des veines des plexus prostatiques, enfin dans le poumon gauche et le foie il y a des abcès métastatiques, une collection purulente dans les muscles du bras droit, et du pus dans l'articulation du coude droit. La marche des accidents est très-nettement expliquée par l'autopsie, uréthrite, inflammation des corps caverneux, phlébite des plexus de la verge et de la prostate, pyohémie, et cette observation est aussi intéressante par sa rareté que par sa précision. A. H.

— Mercredi dernier, une assistance inaccoutumée se faisait remarquer dans l'amphithéâtre des Cliniques de l'Hôtel-Dieu. En face des élèves serrés sur les banquettes se groupaient autour du professeur, M. Béhier, des collègues de la Faculté, des représentants de l'administration de l'assistance publique, la famille et d'anciens internes du regretté Grisolle. C'est que M. Béhier devait, en ouvrant son cours du semestre d'été, payer une dette de cœur à son prédécesseur et ami. Il l'a fait en termes chaleureux. Grisolle a maintenant son *éloge*, qui est en même temps une juste appréciation de son caractère et de sa valeur. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ce discours, qu'on trouvera plus loin (p. 224).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Études expérimentales sur l'inoculabilité du sang, dans un cas de pyohémie spontanée, par le docteur Maurice Raynaud, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté.

Les expériences dont le récit va suivre ont été faites à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de novembre 1871, très-peu de temps après les premières communications de M. Davaine à l'Académie de médecine, relatives à la septicémie.

L'universel intérêt qu'ont éveillé dès l'abord ces belles recherches, loin de s'atténuer, va grandissant tous les jours. De toutes parts les expérimentateurs se sont mis à l'œuvre pour vérifier les faits surprenants annoncés du haut de la tribune académique par cet habile chercheur, et les résultats déjà obtenus dans cette direction sont de nature à faire espérer une abondante récolte de faits nouveaux et importants. Chacun sent d'instinct qu'il y a là tout un avenir ouvert à l'étude des maladies infectieuses et virulentes, et qu'il ne s'agit pas seulement d'un fait isolé propre à piquer la curiosité, mais d'une méthode probablement applicable à un très-grand nombre de cas, et que l'on pourrait appeler *méthode des inoculations successives*.

Le péril, dans les sujets de ce genre, c'est qu'une foule de questions, qui s'appellent les unes les autres, surgissent à la fois dans un ordre souvent confus et tumultueux, et s'opposent à la claire vue des choses. On s'en est bien aperçu lorsque, dès les premières séances de l'Académie, qui ont suivi la communication de M. Davaine, la question de la gangrène, celle du choléra des poules, et bien d'autres encore, sont venues se jeter à la traverse de celle de la septicémie proprement dite.

---

inséré dans les Army circulars. Nous ignorons encore si le nouveau warrant renferme toutes les propositions faites par la commission.

Les bases de la nouvelle organisation sont les suivantes :

La direction et l'exécution du service médical des armées sont confiés au corps des médecins militaires (*Medical officers*) qui, pour l'exécution, est assisté de l'*Army Hospital corps*.

Le corps des *medical officers* se recrute parmi les jeunes docteurs pourvus des deux diplômes donnant le droit d'exercer la médecine et la chirurgie dans le Royaume-Uni. Admis à faire un stage dans un hôpital militaire, ils doivent, après cette période d'instruction professionnelle, subir un examen portant sur l'hygiène militaire, la pathologie médicale, la chirurgie et l'étude des maladies des armées. Cet examen passé avec mérite, les jeunes docteurs font dès lors partie du corps médical de l'armée avec le grade de *surgeon*. Leur commission est antidatée et donne droit à un rappel de solde de 5 schillings (6 francs 30) par jour depuis la date de leur entrée en stage.

La hiérarchie du corps médical est fixée ainsi qu'il suit :

Surgeon-general. — Assimilé au *brigadier général* (général de brigade) pendant les trois premières années, au *major général* (général de division) à partir de cette date, ou, quelle que soit l'ancienneté, dès le jour de l'entrée en campagne.

Deputy-surgeon-general. — Assimilé au lieutenant-colonel pendant les cinq premières années, au colonel après cette date.

Surgeon-major. — Assimilé au *major* (chef de bataillon) et au lieutenant-colonel après vingt ans de services dans ce grade ou dans le grade inférieur.

Surgeon. — Assimilé au lieutenant pendant les six premières années, puis au capitaine après cette date.

Les tarifs de solde et de retraite s'accroissent dans chaque grade avec l'ancienneté de services. Ils demeurent ainsi fixés :

S'il est bon que toutes les questions que réunit un lien logique soient posées dans un débat de cette nature, il est encore meilleur, et il est même absolument indispensable, si l'on ne veut arriver à la confusion la plus complète, qu'elles le soient isolément et successivement.

Or, les phénomènes observés par M. Davaine soulèvent deux ordres de questions : questions de fait, questions d'interprétation.

Sur les faits, il sera facile, on doit l'espérer, de se mettre promptement d'accord. L'efficacité des inoculations pratiquées avec des quantités de sang presque infinitésimales était un fait assez étrange pour causer un profond étonnement; mais, quelques contestations qui se soient élevées à cet égard, on peut dès à présent affirmer que la lumière est faite, et quiconque voudra répéter les expériences de l'auteur, en se plaçant dans les mêmes conditions que lui et en opérant sur les mêmes espèces animales, obtiendra les mêmes résultats.

Quant à l'interprétation, M. Davaine en a une à laquelle on ne reprochera certes pas de manquer de netteté. Il s'agit pour lui d'une véritable fermentation putride, s'effectuant dans un organisme vivant, et ne différant de la fermentation putride ordinaire qu'en ce qu'elle est absolument inodore, les produits fétides de la putréfaction, étant éliminés au fur et à mesure de leur formation, par les voies excrémentielles.

C'est sur cette unique question d'interprétation que je voudrais aujourd'hui élever sinon une contradiction absolue, du moins un doute qui me paraît reposer sur les considérations les plus sérieuses.

Dans la plupart des expériences qui ont été faites jusqu'à ce jour, le point de départ des inoculations a été une matière albuminoïde en état de putréfaction complète, *obtenue à l'air libre*. Dans les premières expériences de M. Davaine, il s'agissait de sang de bœuf pris à l'abattoir ; dans celle dont M. Bouley a récemment entretenu l'Académie, il s'agissait de plaies gangréneuses situées à l'extérieur, ou de lambeaux de poumons gangréneux pris sur le cadavre. Le hasard m'a mis sous les yeux précisément le poumon du sujet dont le sang a servi à ces dernières inoculations. Il provenait du service de mon collègue M. Lancereaux, qui vient de publier l'observation dans les Archives; c'était un beau spécimen de détritus putride infect. Il n'est certainement pas sans intérêt de savoir que l'inoculation du sang d'un individu mort de gangrène a été suivie de mort, tandis que l'inoculation de la sanie gangréneuse elle-même a donné un résultat négatif ; encore conviendrait-il de multiplier les expériences sur ce dernier point. Mais peut-on affirmer que le sang d'un cadavre, plus de vingt-quatre heures après la mort, ne soit pas en pleine décomposition putride ? Et en ce cas quelle est la valeur de ces expériences?

Pour le dire en passant, et ceci n'a pas été assez remarqué, c'était aussi de matières albuminoïdes quelconques en pleine décomposition putride que Bergmann avait retiré cette fameuse *sepsine*, sur laquelle il a été tant discuté, si bien qu'il est toujours permis de se demander si les plaies qui servent de porte d'entrée, soit à la septicémie, soit à la pyohémie, se trouvent bien dans des conditions physiques et chimiques que l'on puisse rigoureusement comparer à celles où se produirait la sepsine.

En constatant cette particularité, je n'entends nullement en faire un reproche aux expérimentateurs, car chacun est libre d'expérimenter dans les conditions qui lui plaisent, pourvu toutefois qu'il ne tire des résultats obtenus que les conséquences qui s'en déduisent immédiatement.

Ce qui ressort bien clairement des expériences de M. Davaine, c'est que l'inoculation de matières putrides à certains animaux communique à leur sang la propriété de devenir toxique pour d'autres animaux de même espèce à des doses extrêmement petites. Cette condition est-elle la seule dans laquelle se produisent des phénomènes analogues? Peut-elle en être considérée comme la cause suffisante et nécessaire? C'est ce qui paraît moins démontré.

Dans les expériences de MM. Coze et Feltz, qui ont inspiré celles de M. Davaine, des inoculations avaient été faites avec du sang provenant de malades atteints d'affections pyrétiques diverses : variole, scarlatine, fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, etc., et ces inoculations avaient été suivies de succès.

En ce qui concerne la pyohémie, dans les conditions où nous l'observons habituellement, il est une circonstance très-propre à augmenter les obscurités dont est entourée l'étiologie de cette redoutable maladie, et qui rend extrêmement difficile d'établir les limites qui la séparent de la septicémie; à ce point que d'excellents esprits regardent la pyohémie et la septicémie comme deux variétés d'une seule et même maladie, variétés reliées entre elles par de nombreux intermédiaires. Cette circonstance embarrassante au plus haut point c'est que, dans l'un et l'autre cas, il existe une porte d'entrée pour l'agent infectant ou supposé tel. Comme on se trouve en présence d'une plaie ouverte, on peut toujours supposer la pénétration d'un ferment putride par cette voie, soit que ce ferment ait été apporté du dehors, ou que les liquides qui baignent la plaie aient subi sur place la fermentation putride.

Mais à côté de ces cas, qui sont incomparablement les plus communs, en existe-t-il d'autres où les liquides de l'économie subissent primitivement et sans provocation extérieure des modifications semblables à celles qui se produisent par la pénétration accidentelle ou expérimentale d'un ferment putride? Existe-t-il, en d'autres termes, une septicémie spontanée? Et dans ce cas, la maladie, née ainsi de toutes pièces, est-elle inoculable? Telle est la question qu'un hasard heureux m'a mis à même d'étudier sous une face qui me semble nouvelle.

Ayant rencontré sur mon chemin un fait de ce genre, diagnostiqué tel pendant la vie, j'ai résolu d'examiner ce qui

Tarifs de la solde et des retraites du corps des médecins militaires en Angleterre.

GRADES.	SOLDE (PAR JOUR).	L.	S.	D.		fr.	c.	RETRAITE (PAR JOUR).	L.	S.	D.		fr.	c.
SURGEON GENERAL	....	2	»		soit	50	40	Après 20 ans de services.........	1	10	»	soit	37	80
	Après 25 ans de services....	2	5	»	—	56	70	Après 25 ans..................	1	13	6	—	42	23
	Après 30 ans..............	2	7	»	—	59	22	Après 30 ans..................	1	17	6	—	47	27
	Après 35 ans..............	2	10	»	—	63	00							
DEPUTY SURGEON GENERAL.	....	1	10	»	—	37	80	Après 20 ans de services.........	1	1	»	—	26	46
	Après 25 ans de services....	1	12	»	—	40	32	Après 25 ans..................	1	2	6	—	28	32
	Après 30 ans..............	1	15	»	—	44	10	Après 30 ans..................	1	5	6	—	32	10
	Après 35 ans..............	1	16	»	—	46	62							
SURGEON MAJOR.	....	»	16	17	—	21	86	Après 10 ans de services.........	»	11	6	—	14	46
	Après 15 ans de services....	1	»	»	—	25	20	Après 15 ans..................	»	13	6	—	16	98
	Après 20 ans..............	1	4	»	—	30	24	Après 20 ans..................	»	16	6	—	20	76
	Après 25 ans..............	1	7	»	—	34	02	Après 25 ans..................	1	»	»	—	25	20
SURGEON.	....	»	10	»	—	12	60	Au-dessous de 5 ans de services...	»	6	»	—	7	56
	Après 5 ans de services.....	»	12	6	—	15	72	Après 5 ans de services..........	»	8	»	—	10	08
	Après 10 ans..............	»	15	»	—	18	90	Après 10 ans..................	»	10	»	—	12	60

adviendrait de l'inoculation faite sur des animaux avec du sang *vivant* pris sur la malade en observation.

Les faits de cette nature sont loin d'être communs; on les rencontre pourtant de loin en loin dans les hôpitaux. Ils n'ont jamais été acceptés sans réserves. C'est sur des observations de ce genre que Tessier avait édifié autrefois sa théorie de la fièvre purulente. A cette époque, la doctrine de la phlébite jouissait de la faveur générale, et les faits rapportés par Tessier furent considérés par la plupart des auteurs comme des cas de phlébite méconnus. En admettant cette explication pour vraie, toujours est-il qu'il s'agirait de phlébites non traumatiques, survenues du moins sans solution de continuité à la peau, et qu'au point de vue qui nous occupe actuellement, ce seraient encore là des cas d'auto-infection développés en l'absence de tout ferment venu du dehors. A tout prendre, ces phlébites infectieuses, suivies d'accident mortel, ne seraient ni plus ni moins étranges que ces endocardites ulcéreuses sur lesquelles l'attention a été particulièrement appelée depuis quelques années, et qui, elles aussi, s'accompagnent de phénomènes d'intoxication générale, sans qu'il soit possible de soupçonner l'introduction d'un principe étranger quelconque dans le torrent circulatoire.

Quoi qu'il en soit, pour que les expériences qui vont être relatées puissent être appréciées à leur juste valeur, il me paraît indispensable de les faire précéder de l'histoire clinique de la malade qui a fourni le sang inoculé.

Obs. — La nommée R... (Marie), âgée de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 novembre 1872, salle Sainte-Marie, n° 7. Cette femme est habituellement d'une santé excellente. Elle a eu six enfants. Les accouchements ont été faciles; le dernier remonte à neuf mois.

Dans la nuit du 1er au 2 novembre, elle fut prise subitement d'un frisson qui ne fut pas de longue durée, qui fut suivi de fièvre avec céphalalgie et soif intense. Le lendemain elle se trouvait beaucoup mieux: cependant le mal de tête durait encore. Jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital elle conserva de l'appétit.

Le jour même de son entrée, 6 novembre, nouveaux frissons qui ne durent guère plus longtemps que le premier. A la visite du 7 je la trouve avec un violent accès de fièvre; mon attention est particulièrement attirée par un gonflement douloureux qui occupe, du côté droit, la partie postérieure de la région parotidienne. Ce gonflement paraît occuper plutôt les ganglions lymphatiques que la glande parotide elle-même. Il n'existe rien de semblable du côté opposé. En raison de l'état saburral, j'ordonne un éméto-cathartique.

Le 8 novembre, la malade se trouve assez bien pour que je me dispense de lui faire une prescription. Elle souffre moins du cou et de la tête; le gonflement a diminué. Elle se lève dans la journée.

Le 9, l'état est excellent dans la matinée; mais dans la journée la malade est reprise de frissons et de fièvre. Il se manifeste aux mains et aux pieds de vives douleurs accompagnées de contractures.

Cette contracture des extrémités dure encore, quoique diminuée, le lendemain, 10. La malade accuse une douleur intense dans les pieds, dans les mains et au cou; elle ne peut remuer la tête sans souffrir beaucoup de l'articulation occipitale. Je crois à une légère attaque de tétanie, et je laisse la malade à l'expectation.

Le lundi, 11, les choses ont complétement changé d'aspect. Les contractures n'existent plus, les douleurs ont entièrement disparu. En ce moment l'intelligence est intacte, mais pendant la nuit il y a eu délire, frisson, fièvre et diarrhée. Au poignet droit et au cou-de-pied gauche nous trouvons une rougeur érysipélatoïde couvrant une étendue d'environ 5 centimètres carrés et paraissant siéger au niveau des gaînes tendineuses des extenseurs des doigts et du tibial antérieur. Cette rougeur ne s'accompagne d'aucune douleur à la pression. Il existe au niveau du sacrum une large plaque ecchymotique entourée d'une rougeur semblable à celle qu'on observe au poignet.

Pouls petit, irrégulier, à 120. Température vaginale à 40 degrés. Langue sèche. Un peu de gargouillement iliaque. Point de météorisme. Rate peu volumineuse. Rien à l'auscultation du cœur. La matité hépatique ne dépasse pas ses limites normales. Teinte subictérique des conjonctives. Râles muqueux à la base des deux poumons.

Du côté de la parotide on ne trouve plus rien qu'un peu de desquamation. Il n'existe plus ni rougeur, ni gonflement, ni douleur. — Traitement : sulfate de quinine, 1 gramme; alcoolature d'aconit, 4 grammes.

Le 12. Il y a eu cette nuit un délire bruyant; il y a encore ce matin du subdélirium. Douleur vive au niveau des deux poignets et de l'articulation tibio-tarsienne gauche; dilatation des veines dorsales du pied; même état du sacrum. Le facies typhique est des plus prononcés. Pouls, 120; température, 40°,3.

Étant donnée cette situation, il est impossible de méconnaître tous les phénomènes de la pyohémie. Dans le but de rechercher quel a pu en être le point de départ, j'examine avec le soin le plus minutieux toute la surface du corps, sans qu'il soit possible d'y découvrir non-seulement la moindre plaie, mais même la moindre excoriation.

Soir. — Pouls, 130; température, 41°.

Le 13, l'état a encore considérablement empiré. Altération profonde des traits; yeux excavés; teinte subictérique de la peau, joues plaquées de rouge; langue sèche. Gonflement du poignet droit; eschare au centre de la plaque érythémateuse du sacrum, tuméfaction avec rougeur des articulations des coudes. Douleurs des épaules, des genoux, des hanches sans rougeur ni gonflement; bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps; râles nombreux dans la poitrine. Température, 40°. Tout fait présager une fin prochaine.

Le 14, nous apprenons en effet que la malade a succombé pendant la nuit.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. — Le cadavre présente, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche (siége principal de la rougeur pendant la vie), un amincissement avec transparence remarquable de la peau. A ce niveau, en ouvrant la gaîne du tendon du jambier antérieur, on la trouve pleine de pus et la synoviale de cette gaîne marbrée de taches ecchymotiques.

Il existe également du pus en quantité notable dans les gaînes des extenseurs de la main droite, et même des abcès dans l'épaisseur des muscles de la région antibrachiale. Infiltration purulente étendue dans le tissu cellulaire sous-cutané des deux coudes, occupant à peu près le quart supérieur du cubitus. On n'a pas trouvé de pus ni dans l'articulation phalango-phalanginienne de l'annulaire gauche (rouge et gonflée pendant la vie), ni dans l'articulation coxo-fémorale droite, qui avait également été douloureuse. Ni le foie, ni les poumons ne contiennent d'abcès métastatiques; seulement dans les deux poumons il existe, au nombre de

---

L'assimilation des grades est complète et effective et donne droit à tous les honneurs ou prérogatives attachés à chaque grade.

L'avancement au grade de surgeon-major ne peut avoir lieu qu'après un examen spécial; les candidats reconnus aptes au grade supérieur sont classés d'après leur ancienneté respective et ont droit, au fur et à mesure des vacances, à toutes les places vacantes par décès ou promotion. Les tours du choix sont réservés pour toutes les places vacantes par démission ou retraite; ils ne peuvent porter que sur des candidats ayant satisfait à l'examen. En tout temps, pour des services distingués dont l'énumération doit accompagner le décret de nomination, un surgeon peut être promu surgeon-major en dehors de toutes les conditions d'ancienneté. Les surgeons servant dans l'Inde sont nommés de droit surgeons-majors après douze ans de grade.

Les avancements au grade de deputy-surgeon-general et de surgeon-general sont donnés au choix sur la proposition du commandant en chef de l'armée, qui doit mentionner les titres spéciaux des officiers présentés à la sanction royale.

Indépendamment de la solde fixée par le tarif ci-joint, les médecins exerçant la direction des services sanitaires dans une armée en campagne, une colonne expéditionnaire ou une colonie, reçoivent un supplément fixé à : 1 livre sterling (25 francs 20) par jour pour le médecin en chef d'une colonne de plus de 10 000 hommes, 15 schillings (18 francs 90) si elle est de 5000 à 10 000 hommes, 10 schillings (12 francs 60) pour une colonne de moins de 5000 hommes, 5 schillings (6 francs 30) pour une colonne ou une colonie dont la garnison est de 1500 hommes.

L'effectif des différents grades est fixé, pour l'exercice 1872-1873, à 6 surgeons-generals, 21 deputy-surgeons-generals, 564 surgeons-majors ou surgeons.

La retraite est acquise à vingt ans de services effectifs, mais les titulaires peuvent rester en activité jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans pour les surgeons-generals et deputy-sur-

quatre à cinq, de petits foyers de congestion avec hémorrhagie interstitielle siégeant à la périphérie de l'organe, et que l'on pourrait prendre peut-être pour le premier stade de la formation d'abcès métastatiques. Il existe en outre une hypérémie générale intense des deux poumons, surtout à la base. Quelques tubercules crus disséminés aux deux sommets; au sommet droit il existe même une excavation de la grosseur d'un haricot complétement enkystée.

En fendant les deux reins on voit sourdre des bassinets une matière louche, d'aspect purulent; cependant il a été impossible d'y trouver des abcès proprement dits.

L'absence de lésions dans la muqueuse intestinale éloigne toute idée de fièvre typhoïde.

La rate présente un volume et une consistance normale.

Derrière le sterno-cléido-mastoïdien droit, au niveau de la région parotidienne, existe une masse de ganglions tuméfiés. Au milieu de ce paquet ganglionnaire se trouve une collection purulente de la grosseur d'une noix environ, et qui paraît développée dans un ganglion. Malgré le soin apporté à la dissection, il ne nous a pas été possible de déterminer d'une manière exacte le rapport qui existe entre cet abcès et le système veineux. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il est contigu à la veine jugulaire interne, mais qu'il n'affecte avec elle aucune communication directe. A l'intérieur de ce gros vaisseau on ne trouve ni pus, ni caillot, ni aucune modification de la tunique interne. Du ganglion suppuré on voit partir quelques veinules extrêmement déliées, turgescentes, et dont plusieurs *nous ont paru* contenir du pus.

On voit que, sur le rôle qu'il faut attribuer, dans l'histoire de cette malade, à l'abcès développé dans la région parotidienne, l'autopsie elle-même n'a pas pu lever tous les doutes. Cet abcès avait été extrêmement précoce, s'était montré dans les premiers jours de la maladie, et avant le développement des graves accidents d'infection générale qui ont terminé la scène. Le gonflement inflammatoire avait disparu au moment même de l'invasion de ces accidents, et cette circonstance avait fait naître dans mon esprit la pensée qu'il pourrait bien s'agir d'un abcès terminé par issue directe dans le tronc de la veine jugulaire. Cette supposition une fois démentie par l'examen nécroscopique, reste la question de savoir si la pénétration du pus dans le torrent circulatoire ne se serait pas effectuée par des veines d'un très-petit calibre.

Malgré l'incertitude qui reste sur ce dernier point, ce qui est constant c'est que, d'une part, cette malade ne portait sur le corps aucune trace de plaie extérieure, et que d'autre part elle a succombé à des accidents suraigus que l'on ne peut assimiler qu'à ceux qu'on voit se développer chez les amputés. Un frisson violent ouvre la scène; il est suivi d'autres frissons irréguliers quant à leur moment d'apparition; bientôt se montrent des douleurs articulaires multiples, de la rougeur et du gonflement le long des gaînes tendineuses, de la fièvre, du délire, une teinte subictérique de la peau, la température atteint 41 degrés, et la malade succombe dans un état typhique des plus prononcés. L'autopsie révèle des abcès multiples développés dans les gaînes tendineuses et dans les masses musculaires en différents points du corps. Abstraction faite du traumatisme, il est indéniable que cette histoire est calquée sur celle des sujets que l'on voit tous les jours périr dans les services de chirurgie à la suite des grandes opérations. Tel fut également l'avis de mon collègue M. Féréol, qui vit avec moi la malade.

Voici maintenant la relation des expériences dont la maladie de cette femme a été l'occasion :

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Le 12 novembre 1872, à dix heures du matin, au moment où la gravité et la généralisation des accidents ne laissaient plus aucun doute sur la nature du mal, dix gouttes de sang environ, retirées par une piqûre pratiquée à la salvatelle, furent immédiatement injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région cervicale d'un lapin.

Ce *premier lapin*, pendant les cinq jours qui suivirent cette injection, se tenait couché dans un coin de sa cabane, mangeait peu, avait une respiration très-accélérée et de la diarrhée. Il était manifestement sous une influence morbide; il finit néanmoins par se rétablir complétement.

Deuxième lapin. — Le 17 novembre, à deux heures de l'après-midi, une goutte du sang du premier lapin, encore évidemment malade, fut injectée à un second lapin. Ce dernier offrit les mêmes symptômes que le premier : perte d'appétit, accélération de la respiration, diarrhée, œil terne, etc. Le 24 novembre il mourut à dix heures du matin, six jours et vingt heures après l'injection. A l'autopsie on trouva quelques ecchymoses et des infarctus pulmonaires. Rien dans le péritoine ni dans les organes abdominaux.

Troisième lapin. — Le 24 novembre, à dix heures et demie du matin, une goutte de sang fut prise dans le cœur du deuxième lapin, encore chaud (il venait de succomber il y avait à peine un quart d'heure); cette goutte fut diluée au millième dans l'eau distillée et une goutte de ce mélange fut injectée dans le tissu cellulaire d'un troisième lapin. Cet animal était mort le lendemain, à sept heures du matin, vingt heures après l'injection. L'autopsie, faite le matin même, ne montra que des lésions fort insignifiantes; on ne put constater que quelques ecchymoses pulmonaires.

Quatrième lapin. — Une goutte de sang prise dans le cœur du troisième lapin fut diluée au millionième, et une goutte de ce mélange (par conséquent un millionième de goutte de sang) fut injectée dans le tissu cellulaire d'un quatrième lapin. L'injection ayant eu lieu le 25 novembre à dix heures et demie du matin, l'animal mourut le 26, à quatre heures du soir, environ au bout de trente heures. L'autopsie ne montra aucune lésion apparente.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Premier lapin. — Le 13 novembre 1872, lendemain du jour où une injection avait été faite au premier lapin de la première série, dix gouttes du sang de la même malade furent injectées *dans la veine axillaire* gauche d'un premier lapin, à trois heures de l'après-midi. Aussitôt après l'injection, l'animal cessa de manger; respiration rapide, diarrhée, etc. Il mourut le 17 novembre, à dix heures du matin. A l'autopsie, on trouva, au niveau du point où l'injection avait été faite, un vaste phlegmon. Des fausses membranes purulentes tapissaient le péritoine, principalement au niveau du foie. Il y avait un vaste abcès métastatique à la base du poumon gauche.

Deuxième lapin. — Le premier lapin étant encore chaud, deux gouttes de sang furent prises dans le cœur et injectées dans le tissu cellulaire

---

geons-generals, de cinquante-cinq ans pour les surgeons-majors et surgeons. Après trente-cinq ans de service, tout médecin peut être proposé pour recevoir, à titre honorifique, le grade supérieur à celui qu'il occupe réellement.

Le tarif de retraites cité plus haut ne s'applique qu'aux cas de cessation de services pour blessures, infirmités, réductions de cadre ou limite d'âge. Si le médecin quitte le service volontairement avant cette époque, possédant du reste vingt-cinq ans de services et trois ans de grade, il perçoit une solde de retraite dont le minimum équivaut aux 7/10es de sa solde d'activité; s'il ne remplit pas ces conditions, il ne peut toucher que les 7/10es de la solde du grade précédent.

L'*Army Hospital corps*, constituant l'auxiliaire du service médical, fournit le personnel subalterne des hôpitaux et ambulances; il est soumis, en matière de discipline générale, au commandement, mais, au point de vue du service technique, rentre absolument sous la direction du corps médical.

Il se compose pour le moment de 11 capitaines, 10 lieutenants, 264 sous-officiers, 1060 caporaux et soldats. Dans les rangs de ces sous-officiers sont pris les hommes employés aux écritures médicales, à la pharmacie et aux divers services spéciaux indispensables dans les hôpitaux et ambulances.

Le recrutement des hommes se fait au moyen de volontaires fournis par tous les corps de l'armée et de recrues autorisés par le ministre à y entrer. Leur admission n'est définitive qu'après un stage de six mois. Tout sous-officier ou soldat provenant d'un corps de l'armée peut, en cas d'inaptitude ou d'inconduite, être renvoyé dans son ancien régiment sur la proposition du médecin en chef.

Les promotions aux grades de lieutenant sont faites parmi les sous-officiers de l'*Army Hospital corps*, mais, pour la première formation, les grades de lieutenant et de capitaine seront donnés aux pharmaciens de l'armée qui se présenteront; ils trouveront dans cette position nouvelle une juste rémunération des services qu'ils ont déjà rendus et régulariseront ains une situation devenue peut-être difficile, les pharmaciens ne

sous-cutané du dos d'un deuxième lapin, le 17 novembre. L'animal mourut le 18, vingt-quatre heures après l'inoculation. A l'autopsie, on trouva de petits abcès métastatiques des poumons, le cœur gorgé de caillots noirs. Rien dans les autres organes.

Troisième lapin. — Le deuxième lapin étant encore chaud, une goutte de sang fut prise dans le cœur, diluée dans vingt gouttes d'eau distillée, et une goutte du mélange fut injectée dans le tissu cellulaire d'un troisième lapin. L'injection ayant eu lieu le 18, à dix heures du matin, l'animal succomba le 19, vers une heure après midi.

Quatrième lapin. — Une goutte du sang du cœur du troisième lapin fut diluée *au centième*, et quelques gouttes du mélange furent injectées à un quatrième lapin, qui mourut le lendemain, à onze heures du matin, environ dix-sept heures après l'injection.

Cinquième lapin. — Une goutte du sang du cœur du quatrième lapin ayant été diluée *au millième*, une goutte du mélange fut injectée à un cinquième lapin, qui mourut au bout de vingt-quatre heures. L'autopsie montra une congestion vive de presque tous les organes abdominaux et thoraciques, et quelques ecchymoses sous-pleurales.

Sixième lapin. — Dilution *au dix-millième* d'une goutte du sang du cœur du cinquième lapin. L'injection d'une goutte de ce mélange fut faite à un sixième lapin, à trois heures et demie de l'après-midi. Le lendemain matin, à onze heures, l'animal était mort, au bout de dix-neuf heures environ. A l'autopsie, on trouva des hémorrhagies multiples sous le péritoine, et des hémorrhagies sous-muqueuses du rectum.

Septième lapin. — Injection *au millionième* de goutte le 22 novembre, à onze heures du matin, avec le sang du précédent lapin, mort le 24 novembre, vers trois heures du matin. L'autopsie ne fit voir que quelques ecchymoses du poumon.

Huitième lapin. — Enfin, le 24 novembre, un huitième lapin reçut deux gouttes d'une dilution *au trillionième* du sang du précédent. Ce dernier lapin survécut; il se portait encore parfaitement bien le 16 décembre.

En comparant entre elles ces deux séries d'expériences, on est frappé de la léthalité presque constante de ces inoculations, léthalité qui va en croissant avec le nombre des animaux inoculés. Mais il y a au point de départ une différence bien digne d'être notée : deux lapins sont inoculés à un jour d'intervalle avec le sang d'une même malade; à l'un l'injection est pratiquée directement dans le système veineux, il meurt, et l'infection dont il est atteint se transmet à toute une série d'animaux de même espèce. L'autre lapin transmet également à un suivant une maladie mortelle, laquelle se transmettra aussi à toute une série; mais lui-même *il guérit*, après avoir fourni, tandis qu'il était manifestement malade, un sang dont l'inoculation a été fatale à un autre animal. On ne peut mieux comparer ce qui se passe ici qu'à ces cas de contagion dans lesquels nous voyons par exemple un individu atteint de varioloïde légère communiquer une variole maligne à un autre individu.

Rien n'est plus propre que les faits de ce genre à mettre en évidence l'élaboration des agents infectieux qui s'accomplit dans chaque organisme, et qui a pour résultat général d'augmenter l'intensité du poison au fur et à mesure que la transmission s'est effectuée un plus grand nombre de fois.

Un autre point qui ressort de cette expérience, c'est la curabilité de la septicémie. Voilà un lapin qui était bien septicémique, puisqu'il a transmis le germe de la septicémie à d'autres animaux qui en sont morts; cependant il a guéri, ce qui prouve qu'à un moment donné il a pu éliminer le poison. Je suis convaincu que les guérisons sont également possibles dans l'espèce humaine. Je serais en mesure d'en citer plusieurs exemples; je rapporterai en particulier un fait récent qui s'est passé dans mon service. A la suite d'un avortement au quatrième mois suivi de rétention d'un placenta putréfié, une femme est prise de frissons intenses qui se répètent un grand nombre de fois pendant une dizaine de jours. La peau prend cette teinte terreuse propre à la septicémie; un *abcès métastatique* se développe au voisinage de l'articulation du coude, et néanmoins la malade finit par se remettre entièrement de ces accidents formidables et par sortir guérie, après avoir expulsé les derniers fragments de son placenta.

Revenons maintenant à notre malade, à laquelle a été emprunté par deux fois le sang qui a servi à nos expériences. Que ce sang jouît à un haut degré de propriétés toxiques, c'est ce qui n'a pas besoin d'être discuté. Mais cette femme était-elle septicémique? Ceux qui pensent avec M. Davaine que la septicémie est la cause suffisante et nécessaire de la mort des lapins qui ont subi des inoculations de sang plus ou moins dilué, ceux-là répondront sans hésitation par l'affirmative. Dans cette doctrine, ce sont là, en quelque sorte, les deux termes d'une équation : l'inoculabilité est la conséquence nécessaire de la septicémie, et la septicémie se prouve par l'inoculabilité. Mais c'est là précisément que me paraît se trouver la difficulté, et je crains bien que l'on ne tombe à son insu dans une pétition de principes. Car enfin, il se pourrait fort bien que le sang fût inoculable dans des conditions autres que la septicémie, ou, pour mieux dire, il l'est certainement dans certains cas parfaitement déterminés, tels que la variole, la scarlatine, etc., sans qu'on soit fondé à faire rentrer ces cas dans le cadre de la septicémie vraie.

On peut objecter, il est vrai, que cette femme a pu contracter le germe de la septicémie par une autre voie que le traumatisme; qu'il n'est pas impossible, par exemple, que l'absorption ait eu lieu par le tube digestif, comme dans les cas où l'on voit les animaux succomber à la septicémie après avoir avalé de la saumure. Je reconnais que la chose n'est pas impossible, mais c'est là une hypothèse pure et simple. Ce qui est certain, c'est que le mode d'absorption de beaucoup le plus commun, celui qui a lieu par une surface traumatique, fait ici absolument défaut, et que rien, dans les antécédents connus de cette femme, ne peut faire supposer l'absorption d'un poison septique. S'il s'agit d'une septicémie, ce serait une septicémie spontanée.

Donc les seules conclusions qui puissent se tirer immédia-

---

figurant pas dans les rangs du nouveau corps médical de l'armée.

Les officiers de l'*Army Hospital corps* jouiront de tous les avantages attribués aux officiers des autres armes. Leur solde est fixée à 10 schillings par jour (12 francs 60) pour le capitaine, à 6 schillings 6 deniers (8 francs 16) pour les lieutenants ayant moins de cinq ans de services et 8 schillings 6 deniers (10 francs 68) après cette date.

Les soldats et sous-officiers ont droit, outre leur solde, à des suppléments variables suivant leurs fonctions et à la haute paye de bonne conduite. Ils sont nourris comme les malades soumis à la portion entière ou, à défaut, à une allocation de 80 centimes par jour.

Le warrant royal du 1er mars 1873, reproduisant certaines dispositions antérieures, les perfectionnant, en créant d'entièrement nouvelles, portera, nous n'en doutons pas, les fruits que l'on est en droit d'en attendre; le corps médical de l'armée anglaise sortira de cet état de souffrance relative dont la prolongation aurait pu compromettre sérieusement les intérêts du service. De son côté, le gouvernement de Sa Majesté britannique, en donnant aux médecins militaires une position digne d'eux et de la brillante armée dans laquelle ils servent, a montré une fois de plus l'importance qu'il attache à la bonne exécution de ses services sanitaires, l'esprit de justice avec lequel il ne sépare pas la cause de ses soldats malades ou blessés de celle des médecins qui les soignent, les consolent et au besoin savent mourir avec eux.

M. le docteur Mallez a commence son cours de *chirurgie des urinaires* (semestre d'été) le jeudi 3 avril à 4 heures dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et il le continuera les samedi, mardi et jeudi suivant à la même heure.

---

tement des faits que je viens de rapporter se réduisent à ceci : 1° Il existe une variété de pyohémie non traumatique que, dans l'état actuel de la science, on est autorisé à considérer comme spontanée; 2° le sang des malades atteints de cette affection est inoculable au même degré que le sang septicémique; les animaux ainsi inoculés deviennent septicémiques; leur sang est toxique à des doses minimes pour d'autres animaux de même espèce.

J'ajouterai en terminant que, désirant prendre pour terme de comparaison un sang humain notoirement septicémique, j'avais choisi comme sujet d'expérience une autre malade qui me paraissait dans toutes les conditions requises. Il s'agit encore ici d'un cas de rétention d'un placenta putride; cette fois la malade a succombé, et la cause de la mort a été constatée à l'autopsie. Au plus fort des accidents de l'infection putride, je pris cinq gouttes du sang de cette femme et je les injectai, séance tenante, dans le tissu cellulaire d'un lapin. Contrairement à toutes mes prévisions, l'animal ne souffrit nullement de cette inoculation, et vingt jours après il se portait encore parfaitement bien.

Médecine pratique.

Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis, par M. E. Bourguet (d'Aix).

(Suite. — Voyez le numéro 9.)

V

Cette même explication de la contagion par les sécrétions normales, indépendamment de toute lésion siégeant sur les organes génitaux, peut s'appliquer également à un certain nombre d'autres faits, inexplicables de toute autre manière, et qui sont loin d'être rares dans la pratique, nous voulons parler de la transmission de chancres, de blennorrhagies et d'autres accidents vénériens par des hommes et des femmes complétement sains en apparence, ou du moins chez lesquels l'examen le plus minutieux et le plus attentif ne permet pas de découvrir des accidents identiques avec ceux qui ont été transmis; elle peut encore rendre compte de la virulence de certaines blennorrhagies, mise en opposition avec l'innocuité et la bénignité absolue du plus grand nombre, et de bien d'autres faits analogues que l'on est aujourd'hui réduit à nier ou à considérer comme mal observés, à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de les expliquer, en s'en tenant aux idées généralement admises.

Mais refuserait-on d'accepter l'interprétation que nous nous efforçons de faire prévaloir, qu'on ne serait pas en droit, selon nous, de considérer les faits sur lesquels elle repose comme impossibles, et par conséquent comme mal observés.

Connaissons-nous exactement la nature du virus syphilitique et les lois qui président à son mode de pénétration dans l'économie animale?

Le virus, nous l'avons dit tantôt, est certainement distinct du pus, pourquoi ne pourrait-il pas s'inoculer sans lui? Il n'y a pas de pus dans le sang d'un syphilitique, et cependant ce sang inocule la syphilis. Pourquoi le mucus et les autres produits de sécrétion qui baignent le vagin ou la surface interne du prépuce seraient-ils plus inoffensifs que le fluide sanguin? Qui pourrait dire, d'ailleurs, ce qui se passe dans l'intimité, dans la trame même de nos tissus et de nos humeurs, entre le moment où la contamination vient de s'effectuer et celui où l'on voit apparaître, pour la première fois, les symptômes qui annoncent et caractérisent cette contamination, c'est-à-dire pendant un intervalle de huit, dix, quinze, vingt jours, un mois, et même davantage, qui représente habituellement la durée de la période d'incubation des accidents primitifs infectants?

Or, si nous ignorons complétement les phénomènes qui se produisent dans l'organisme après que le virus syphilitique a été déposé sur une partie de la surface du corps; si, d'un autre côté, comme bien des syphilographes l'admettent à l'heure actuelle, la syphilis n'est elle-même qu'un empoisonnement général, qui commence au moment de l'inoculation, et dont le chancre induré est la première et la plus haute manifestation, tandis que le chancre mou, la blennorrhagie, les végétations, la balanite même dans quelques cas, constituent une manifestation affaiblie, ne serait-il pas logique de considérer le bubon d'emblée, à son tour, comme une expression de même nature, plus affaiblie, si l'on veut, mais se rattachant néanmoins à l'ensemble des accidents primitifs?

Ce qui nous paraît venir à l'appui de cette manière de voir et démontrer que le bubon d'emblée n'est pas toujours étranger à la syphilis, c'est, d'une part, la possibilité de voir ce symptôme remonter par son origine à quelques-unes des diverses formes précitées de la maladie vénérienne; et, d'autre part, dans certaines circonstances, ce même symptôme être le point de départ de la syphilis constitutionnelle, ainsi que la science en possède déjà quelques faits, et que nous en ferons connaître tout à l'heure nous-même un certain nombre d'autres recueillis avec soin.

Voici d'abord un cas de bubon d'emblée et de blennorrhagie puisés à une source commune.

Obs. V. *Bubon d'emblée et blennorrhagie transmis le même jour à deux hommes par la même femme* (1). — G..., soldat au 53e de ligne, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, sans antécédents scrofuleux ni vénériens, entre à l'hôpital d'Aix, le 27 octobre 1848, et transmet sur sa maladie les renseignements suivants :

Un mois et demi auparavant, il a eu des rapports avec une femme publique à Uzès (Gard), où son régiment était en garnison. Le même jour, à très-peu de temps d'intervalle, un de ses camarades, caporal au même régiment, a eu des rapports avec la même femme et a contracté une blennorrhagie pour laquelle il est actuellement en traitement à l'infirmerie de la caserne. Quant à lui, quinze jours après les rapports précités, il a ressenti de la douleur à l'aine droite et s'est aperçu d'un commencement d'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants. Peu à peu l'engorgement a augmenté, de manière à constituer une tumeur du volume d'une grosse noix, sensible à la pression et rendant la marche difficile. Il n'a existé à aucune époque ni chancre, ni blennorrhagie, ni balanite, ni aucune autre lésion des organes génitaux. La persistance de cet état de choses a engagé le malade à demander son admission à l'hôpital.

Au moment de son entrée, M. le docteur Payan se trouve chargé du service chirurgical. Il interroge le malade, l'examine avec soin et constate l'existence d'un simple bubon, sans aucun autre symptôme. Il prescrit le repos au lit, des boissons délayantes et l'application de cataplasmes émollients sur la tumeur inguinale. Au bout de vingt-cinq jours l'engorgement a presque complétement disparu, G... sort de l'hôpital le 27 novembre.

Le 19 décembre suivant, il y entre pour la seconde fois et est confié aux soins de M. le docteur Bourguet. La tumeur s'est reproduite; elle occupe la partie moyenne de l'aine, siége dans les ganglions profonds et présente le volume d'un œuf de poule, un peu aplatie d'avant en arrière. L'inflammation n'est pas très-intense; la peau n'est pas altérée au centre de la tumeur; pas de vestiges appréciables de chancre ni d'aucun autre symptôme vénérien. Le traitement qui avait réussi la première fois est repris, mais le résultat en est moins satisfaisant et la résolution marche beaucoup plus lentement. Des frictions mercurielles et iodurées, aidées de quelques purgatifs, sont également employées. Malgré cette médication, la tumeur se ramollit et l'ouverture doit en être pratiquée. La suppuration continue pendant près d'un mois et demi et la guérison n'est obtenue que dans le courant de mars, cinq mois après le début du bubon. Le malade a été perdu de vue après sa sortie de l'hôpital.

La circonstance la plus remarquable de cette observation est la transmission, le même jour, par la même femme, d'un bubon d'emblée et d'un écoulement blennorrhagique à deux hommes qui avaient eu commerce avec elle, à fort peu de temps d'intervalle.

Ces faits, sans être communs, ne sont pas cependant très-rares. On les rencontre de temps à autre dans la pratique,

(1) Nous devons la communication de cette observation à un de nos excellents confrères d'Aix, M. le docteur G. Bernard, qui l'avait recueillie pendant son internat à l'hôpital de notre ville.

quand on se donne la peine de les rechercher et qu'on ne les repousse pas de parti pris. Ajoutons que la science les a enregistrés depuis longtemps.

Ainsi, Vigarous rapporte que six jeunes gens, au sortir d'un souper où les règles de la frugalité avaient été quelque peu méconnues, eurent tour à tour des rapports avec la même femme et prirent tous les six la vérole. « Deux, dit-il, contractèrent des chancres et des poulains; deux autres prirent la chaudepisse; le cinquième un chancre et le sixième un simple bubon (Vigarous, *Œuv. de chir. prat.*, Montpellier, 1812, p. 8). »

Hennem fait mention d'un cas analogue. Il s'agit cette fois de trois hommes qui avaient vu la même femme dans l'espace d'une heure : l'un n'éprouva rien, tandis que les deux autres gagnèrent, l'un des chancres et des poireaux, l'autre une gonorrhée. Ce chirurgien ajoute à ce propos : « les soldats font l'amour par bandes, et il nous en est souvent arrivé un grand nombre, dans le même hôpital, infectés par la même femme, avec laquelle ils avaient eu commerce, les uns après les autres, dans un très-court espace de temps. Les uns avaient gagné un genre de maladie, les autres un autre, et quelquefois tous les deux (Hennen, *Princip. of milit. surg.*, 2e éd., p. 525). »

Ainsi que le remarque Hennen, ces faits sont assez communs dans les hôpitaux militaires, et nous sommes convaincu qu'il est peu de nos confrères de l'armée qui n'aient eu l'occasion d'en rencontrer des exemples, pour peu qu'ils aient interrogé les malades à ce point de vue. En ce qui nous concerne, nous en avons recueilli d'autres cas. Il y a peu de temps encore, nous avions, dans nos salles de l'hôpital d'Aix, trois soldats atteints, l'un d'un chancre induré, le second de plusieurs chancres mous, le troisième d'une simple blennorrhagie, qui avaient contracté leur maladie en cohabitant successivement avec la même femme, sans qu'aucun d'eux eût été atteint d'infection antérieure, ni qu'il eût exercé le coït postérieurement.

Voici un autre fait, dont tous les détails ont été recueillis et contrôlés par nous, dans lequel un chancre mou a donné naissance à un simple bubon d'emblée.

Obs. VI. *Bubon d'emblée survenu à la suite de rapports avec une femme atteinte de chancre mou. Examen des deux sujets contaminés.* — H..., meunier, âgé de vingt et un ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais été atteint antérieurement d'affection vénérienne, a des rapports avec une femme publique, le 28 avril 1867. Le coït est pratiqué une seule fois, pendant une durée d'environ dix minutes. Les jours suivants, ce jeune homme n'éprouve rien de particulier et continue ses occupations.

Questionné maintes fois à ce sujet, le malade répond constamment qu'il n'a pas eu d'autres rapports que celui mentionné plus haut; qu'il a examiné journellement ses organes génitaux à dater du jour du coït, et qu'il n'a jamais aperçu ni ulcération, ni inflammation, ni lésion d'aucune espèce siégeant à l'extérieur de ces organes; il n'a pas eu non plus d'écoulement par l'urèthre, d'ampoule ou d'écorchure aux pieds et aux jambes, des boutons sur le corps.

Jusqu'au 25 mai, il a continué son travail. Ce jour-là, pour la première fois, il a ressenti de la douleur et un léger gonflement à l'aine gauche. Les jours suivants, la tuméfaction et la douleur ont augmenté; la marche est devenue pénible et le malade a été obligé de s'aliter. Il a fait appeler un de nos confrères de la ville, ancien interne des hôpitaux d'Aix, M. le docteur Savournin, qui a constaté une adénite inguinale, indépendante de tout autre symptôme vénérien, et a conseillé le repos au lit, des frictions mercurielles et des cataplasmes émollients.

Ce traitement, continué pendant une vingtaine de jours, n'a pas enrayé les progrès du mal. La tumeur a augmenté de volume; l'inflammation et la douleur ont persisté. H... s'est alors décidé à entrer à l'hôpital, où il a été reçu le 24 juin 1867.

Soumis le lendemain à notre visite, nous constatons l'existence d'un bubon à l'aine gauche, offrant le volume d'un œuf de poule, siégeant tout à la fois dans les ganglions superficiels et profonds, empâté, douloureux, déjà en voie de ramollissement sur plusieurs points. C'est là évidemment le seul symptôme dont le malade soit porteur. L'examen le plus minutieux ne fait rien découvrir de plus. (Repos au lit, cataplasmes, une bouteille d'eau de Sedlitz pour le lendemain.)

Deux jours après, le 28 juin, le bubon est ouvert au moyen du bistouri; il s'en écoule 30 ou 40 grammes de pus sanieux, assez mal lié. Le surlendemain de cette ouverture, du pus est pris au fond de la plaie et inoculé à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche du malade, au moyen de deux piqûres faites avec la lancette. Cette inoculation est suivie d'une légère inflammation autour des piqûres pendant les deux ou trois premiers jours, puis l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni pustule, ni ulcération, ni aucun autre stigmate particulier.

La femme avec laquelle il a eu des rapports est, sur sa désignation, amenée à l'hôpital par les soins de la police et placée dans notre service. Visitée le 27 juin, nous constatons, à la base du clitoris et à l'entrée du vagin, un chancre très-étendu, ayant pour le moins les dimensions d'une pièce de 1 franc, à fond grisâtre, à bords déchiquetés et dentelés, à aspect diphthéritique, douloureux et saignant facilement sur plusieurs points, offrant, en un mot, tous les caractères du chancre mou avec tendance au phagédénisme. La malade reconnaît qu'elle en est atteinte depuis deux mois et demi à trois mois et qu'elle est en traitement à son domicile depuis plus d'un mois et demi. (Bains généraux, régime tonique et réparateur, cautérisations du chancre avec le nitrate d'argent, pansement au vin aromatique et au suc de citron; plus tard, ce traitement étant resté inefficace, préparations mercurielles et iodurées.)

Afin de compléter l'observation de H..., disons que la plaie résultant de l'incision du bubon s'est cicatrisée très-rapidement, malgré l'apparition d'une inflammation érysipélateuse survenue au commencement de juillet et ayant eu son point de départ dans la plaie inguinale. Le malade a été en état de quitter l'hôpital le 25 juillet, parfaitement guéri. Il n'a pas été revu depuis lors.

Cette observation, très-certainement, n'est pas une des moins curieuses et des moins intéressantes que nous ayons pu recueillir.

On y remarque tout d'abord cette circonstance, déjà signalée, qu'un chancre mou, c'est-à-dire le symptôme primitif le plus facilement inoculable et le plus généralement transmissible dans son espèce, au lieu de se reproduire sous la forme de chancre mou, a donné naissance, au contraire, à un simple bubon d'emblée.

Comment un pareil fait a-t-il pu se réaliser?

Il est bien évident qu'en se plaçant au point de vue des doctrines qui dominent actuellement en syphilographie, l'explication en est impossible. Mais le fait est-il? Toute la question est là...

Or, nous ne craignons pas d'affirmer qu'à cet égard ce cas est aussi concluant que possible.

En effet, dès les premiers jours de l'apparition du bubon, le malade a pu être visité par un médecin aussi instruit que judicieux, M. le docteur Savournin, qui n'aurait certainement pas méconnu la présence d'un chancre ou d'une blennorrhagie, si l'un ou l'autre de ces deux symptômes eussent existé.

Ce jeune homme, en outre, est intelligent, attentif à tout ce qui se rapporte à sa santé, et il n'eût pas manqué davantage de le remarquer lui-même, d'autant plus qu'il déclare avoir procédé régulièrement, tous les jours, à l'examen de ses organes génitaux, précaution qui s'explique par ce fait qu'il n'avait jamais été atteint auparavant d'affection vénérienne et qu'il avait eu des rapports avec une fille publique. Enfin, comme complément et comme surcroît de preuves, le malade a pu être soumis, à l'hôpital d'Aix, non-seulement à notre visite, mais encore à celle de plusieurs autres médecins, parmi lesquels nous citerons notre collègue, M. le docteur Rimbaud, M. Castellan, médecin des prisons et du collége, M. le docteur Chavernac, chirurgien chef interne, les élèves attachés au service. On peut donc dire, en toute exactitude, que le fait a été l'objet d'un débat public contradictoire. D'un autre côté, le chancre mou pultacé qui avait été l'origine de ce bubon a été pareillement sous nos yeux et sous ceux de toutes les personnes dont nous venons de citer les noms. Si ce ne sont pas là des garanties d'observation sérieuse et des conditions favorables pour ne pas se laisser induire en erreur, nous nous demandons comment on doit s'y prendre pour mieux découvrir la vérité..?

VI

Mais nous avons hâte de faire remarquer qu'un pareil fait

n'est réellement embarrassant que pour les médecins qui n'admettent qu'une seule porte d'entrée à la syphilis, le chancre induré. Il cesse, au contraire, de l'être, si l'on croit que la vérole peut provenir d'autres sources, et que les sécrétions physiologiques viciées et toute la série des accidents primitifs, indépendamment du chancre induré (chancre mou, blennorrhagie, bubon, végétations), peuvent en être parfois le point de départ ou la manifestation extérieure.

Dans cette doctrine, que nous croyons seule vraie, et à laquelle nous n'hésitons pas à nous rattacher, on accorde, comme on voit, une plus large part dans la production des symptômes constitutionnels, à l'intensité du virus et aux circonstances propres à l'individu (constitution, tempérament, idiosyncrasie, réceptivité, état des forces), qu'au symptôme primitif lui-même, tout en reconnaissant néanmoins que celui-ci est loin d'y être étranger, et que le chancre induré, en particulier, présente, sous le rapport de l'infection générale, un degré de gravité bien supérieur à celui du chancre mou, de la blennorrhagie, du bubon, des végétations.

Afin de faire mieux comprendre notre pensée à ce sujet, nous croyons devoir établir un rapprochement entre l'intoxication syphilitique et trois autres intoxications bien connues : *l'intoxication paludéenne*, *l'intoxication charbonneuse*, *l'intoxication variolique*.

Dans la première, personne ne l'ignore, la cause des accidents est due à un miasme particulier (miasme paludéen). La cause ici est identique chez tous les malades. Et cependant, quelle variété dans les effets?

Ainsi, à côté de certains sujets qui peuvent habiter longtemps une contrée marécageuse sans être atteints une seule fois de fièvre intermittente, on en voit d'autres qui, au bout de très-peu de jours de séjour, sont pris d'accès pernicieux, d'autres de fièvre continue ou de fièvre rémittente grave, quelques-uns de dysentérie, et plusieurs autres enfin, chez lesquels l'impaludation se manifeste par une fièvre larvée, des troubles nerveux, l'altération des traits de la face, un simple malaise, etc., etc.

Les mêmes réflexions sont applicables à l'intoxication charbonneuse.

Qu'un certain nombre de personnes, par exemple, se trouvent exposées à la contagion du charbon, on en verra quelques-unes atteintes de pustule maligne de différente gravité, d'autres d'œdème malin, d'autres de fièvre charbonneuse avec ou sans tumeur (charbon symptomatique), d'autres de simples troubles morbides passagers; quelques autres, enfin, qui ne ressentiront absolument rien (1).

Les choses ne se passent pas autrement pour la variole. L'infection, en pareil cas, se traduit alternativement par une variole légère, une variole confluente, une varioloïde, une varicelle, d'autres fois par une simple fièvre variolique, sans éruption (*variola sine variolis*), ou avec un très-petit nombre de boutons, assez fréquemment, enfin, les malades restent complétement indemnes de toute atteinte morbide.

On le voit, l'identité de la cause n'entraîne pas nécessairement, en pathologie, l'identité des effets. On conçoit dès lors que les symptômes primitifs, quoique provenant d'une cause complétement identique au fond, le virus syphilitique, puissent néanmoins présenter entre eux de très-grandes différences au point de vue de la forme, et qu'ils puissent même, dans quelques cas, se transformer complétement les uns dans les autres, de la même façon que les affections paludéennes, charbonneuses, varioliques, puisqu'ils ne sont, en réalité, comme nous l'avons dit ailleurs, que l'expression d'une intoxication générale plus ou moins faible ou plus ou moins forte, en d'autres termes qu'ils indiquent seulement le degré de cette intoxication.

D'après cette manière de voir, on comprend facilement que certains sujets se montrent réfractaires à la contagion syphilitique, et qu'un grand nombre d'autres guérissent d'une manière spontanée; qu'un chancre dur donne assez souvent naissance à un chancre mou et, parfois aussi, à une blennorrhagie; qu'une blennorrhagie, à son tour, puisse transmettre les deux espèces de chancres, des végétations, une balanite; ou bien encore, comme chez le malade de l'observation IV, qu'un simple bubon d'emblée ait pu être engendré par un chancre mou.

Ces transformations d'un symptôme syphilitique en un autre ne sont certainement pas plus extraordinaires que de voir l'impaludation se manifester, selon les cas, par une fièvre intermittente simple et bénigne, une dysentérie, une fièvre pernicieuse; d'autres fois par une fièvre larvée, l'altération de la face, un malaise général ; ou bien encore le virus charbonneux déterminer alternativement l'œdème malin, la pustule maligne, la fièvre charbonneuse, et le virus variolique la variole légère, la variole confluente, la varioloïde, la varicelle, la fièvre variolique sans éruption. Tout cela, pour employer une expression favorite de M. Ricord, ne saurait être considéré simplement comme une affaire de *graine*, mais encore de *terrain*, et nous ajouterons même, pour continuer le langage figuré de ce maître, d'*humidité*, d'*amendements*, de *température*, etc.

La conclusion finale que nous tirerons de tous ces faits et des développements dans lesquels nous venons d'entrer, c'est que le *bubon d'emblée fait partie de l'ensemble des symptômes de début de la syphilis, et qu'il doit être rapproché, quant à la gravité et au danger d'infection générale, du chancre mou, de la blennorrhagie, des végétations, en un mot de ce groupe de symptômes qui ne sont pas en général l'indice d'une infection syphilitique, mais qui peuvent néanmoins se comporter aussi à la façon des accidents infectants, et constituer, dans quelques cas, l'unique antécédent de la syphilis constitutionnelle.*

Deuxième partie.

Cette dernière proposition (la possibilité de voir la syphilis constitutionnelle succéder à un simple bubon d'emblée) est trop capitale et trop importante au double point de vue de la doctrine générale de la syphilis et de la pratique médicale proprement dite, pour pouvoir se passer d'une démonstration clinique.

On nous excusera dès lors de relater, avec tous les détails qu'elles comportent, un certain nombre d'observations qui nous paraissent mettre cette vérité hors de doute.

Obs. VII. *Accidents syphilitiques constitutionnels précédés par un simple bubon d'emblée.* — Le 24 novembre 1864, nous sommes consulté par M. X..., officier supérieur dans un régiment d'infanterie, âgé de quarante-sept ans, robuste et bien constitué, qui nous fournit sur sa maladie les renseignements suivants :

En 1845, étant en garnison à Strasbourg, il a été atteint d'un bubon à l'aine gauche, qui s'est développé dix-huit jours après un coït suspect. Le malade, très-soigneux de sa personne et de sa santé, n'ayant jamais été atteint antérieurement de maladie vénérienne, s'est préoccupé, dès le lendemain du coït, d'une contamination possible, et il assure ne pas avoir négligé un seul jour d'examiner ses organes génitaux, pour s'assurer de leur état d'intégrité. Il affirme donc de la manière la plus positive que ce bubon n'a été précédé ni accompagné d'aucun autre symptôme vénérien. Entré, au bout de deux ou trois jours, à l'hôpital militaire de Strasbourg, il y a été placé dans le service de M. le professeur Sédillot, qui a pu ainsi constater lui-même, tout à fait au début, l'absence de tout chancre et de toute blennorrhagie. Le bubon a été traité par les frictions mercurielles,

(1) Un fait de ce genre s'est présenté à notre observation il y a peu de temps. Dans une même habitation, seize personnes s'étaient trouvées, pendant plusieurs jours, en rapport avec des animaux charbonneux. Sur ces seize individus, cinq ne ressentirent aucune indisposition, six éprouvèrent des troubles gastro-intestinaux et une altération générale de la santé de courte durée; les cinq autres furent atteints d'accidents charbonneux parfaitement caractérisés, mais différents au point de vue de la forme et de la gravité. Ainsi l'un d'entre eux présenta un cas d'œdème malin des paupières, qui mit pendant plusieurs jours sa vie en danger; le second fut atteint de trois pustules malignes à la face, avec symptômes généraux graves; le troisième succomba en moins de quarante heures, avec des symptômes de fièvre charbonneuse et une tumeur charbonneuse au cou; enfin les deux derniers présentèrent une pustule maligne de la face remarquable par sa simplicité et son peu de gravité, la guérison s'étant produite spontanément sans l'emploi de la cautérisation. Ces faits feront l'objet d'un travail spécial.

les bains, le repos et les cataplasmes. M. X... ajoute que pendant son séjour à l'hôpital M. Sédillot appelait l'attention des élèves sur sa maladie et qu'il était visité fréquemment par des médecins et des élèves désireux de s'assurer qu'il n'était porteur que d'une simple adénite inguinale. Au bout de quinze à vingt jours, le bubon est entré en suppuration et a dû être ouvert avec la poudre de Vienne.

Après un séjour de plus de deux mois à l'hôpital, le malade a pu reprendre son service et se considérer comme guéri. La guérison s'est maintenue pendant un an; mais au bout de ce temps, sans nouvelle infection, M. X... a vu apparaître des symptômes de syphilis constitutionnelle caractérisée par des taches, de couleur cuivrée, à la face externe des membres, des croûtes dans les cheveux, des pustules sur le front et sur le nez, de l'adénite cervicale, des ulcérations de l'arrière-gorge.

Entré à l'hôpital de Belfort, dans le service de M. le docteur Chevillon, il a été soumis à un traitement de trois mois par l'iodure de potassium, les bains sulfureux et de nombreuses cautérisations de la gorge avec le nitrate d'argent.

Sous l'influence de ce traitement tous les symptômes ont disparu, et M. X... s'est cru guéri. Mais en 1848 de nouvelles taches syphilitiques se sont encore montrées sur le tronc et sur les membres. Le malade a éprouvé en même temps des céphalées très-pénibles, auxquelles il n'avait jamais été sujet et qui se faisaient sentir principalement pendant la nuit. Se trouvant en garnison à Paris, il a consulté un de ses anciens camarades de collége, le docteur Foucart, qui l'a engagé à recommencer un traitement par l'iodure de potassium et les bains sulfureux. Ce traitement, continué pendant plusieurs mois, a amené rapidement la disparition de la céphalée et des taches syphilitiques.

Depuis cette époque, sa santé avait été très-bonne. Mais, il y a quelques mois, M. X... s'est aperçu de la réapparition de plusieurs taches cuivrées sur la poitrine et la face externe des membres; un peu plus tard, quelques croûtes impétigineuses se sont montrées à la tête. Le malade a ressenti de la chaleur et de la cuisson dans l'arrière-gorge; il a vu reparaître ses céphalées nocturnes. A tout cela se sont joints des vertiges habituels, de l'amaigrissement, de la pâleur, de la faiblesse et un trouble général de la santé dont il lui est difficile de se rendre compte, mais qu'il ne ressentait pas auparavant.

En présence de l'ensemble de ces symptômes et des renseignements parfaitement circonstanciés transmis par le malade, nous lui conseillons de reprendre le traitement ioduré et les bains sulfureux, dont il s'était si bien trouvé à deux reprises différentes. Ce traitement, commencé dès le lendemain, est continué pendant environ deux mois et produit en très-peu de temps la disparition des accidents sus-mentionnés.

Depuis lors, nous avons eu de fréquentes occasions de revoir M. X... jusqu'en 1868, où son régiment a quitté notre ville. Durant cet intervalle, il n'a pas éprouvé de nouvelle poussée syphilitique. Il est vrai que nous avons cru devoir l'engager à prendre à plusieurs reprises de l'iodure de potassium et des bains sulfureux. Il s'est soumis également à un traitement hydrothérapique en 1866 et 1867.

Ce fait présente une importance et une signification qui n'échapperont à personne.

On y voit, en effet, un simple bubon d'emblée se comporter de tout point à la façon d'un accident primitif infectant, c'est-à-dire être suivi au bout d'un an de symptômes constitutionnels parfaitement caractérisés et de récidives ultérieures nombreuses, absolument comme si le malade eût été atteint de chancre induré.

On nous dira sans doute que c'est là précisément ce qui a eu lieu, que le chancre infectant a existé, mais qu'il est resté inaperçu?

A cette objection, nous répondrons qu'un chancre induré est un symptôme assez appréciable, par la douleur qu'il provoque et ses autres caractères objectifs, pour ne pas rester inaperçu, soit par le malade lui-même, surtout quand il est intelligent et qu'il s'examine avec attention, comme M. X..., soit par le médecin, particulièrement quand ce médecin est un observateur tel que M. Sédillot. Or, on ne l'a pas oublié, c'est vingt ou vingt et un jours seulement, après les rapports suspects que notre malade est entré à l'hôpital de Strasbourg.

Nous ferons observer en second lieu que dans le cas actuel le chancre induré ne pouvait pas avoir parcouru les diverses phases de son évolution au moment où M. X... a été visité pour la première fois par M. Sédillot, bien plus qu'il n'aurait pas dû même s'être encore montré à l'extérieur, puisqu'il est admis généralement que la période d'incubation du chancre infectant est de plus de vingt jours.

On pourrait donc appliquer à ce chancre supposé le vers bien connu du fabuliste :

Comment l'aurais-je fait si je n'étais pas né.

Ainsi l'objection de chancre méconnu, de chancre larvé, la seule un peu sérieuse que l'on puisse adresser à l'observation qui précède, pèche par sa base et tombe d'elle-même quand on étudie attentivement toutes les circonstances de ce cas particulier.

Il en résulte comme conséquence forcée que le bubon d'emblée seul peut avoir servi de porte d'entrée à la vérole, le malade, ainsi qu'on l'a vu, n'ayant été atteint ni antérieurement, ni postérieurement d'infection vénérienne.

Cette conclusion, que les faits rapportés en premier lieu rendaient vraisemblable, trouve une nouvelle confirmation dans les observations qu'il nous reste à faire connaître, particulièrement dans l'observation suivante, d'autant plus digne d'intérêt que la nature de la maladie a été méconnue, lors d'un premier examen, et d'autant plus probante que le malade qui en est le sujet est un médecin, ce qui permet d'accorder aux commémoratifs un plus haut degré de certitude et de confiance.

Obs. VIII. *Bubon d'emblée suivi d'accidents constitutionnels au bout de quinze mois; douze ans plus tard, développement d'une tumeur syphilitique des muscles abdominaux, prise d'abord pour une tumeur fibro-plastique. Traitement mercuriel et ioduré; guérison.* — Le 6 juin 1865, je fus consulté par un de mes confrères, habitant le département de Vaucluse, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution assez délicate, pâle, amaigri, au teint cachectique, au sujet d'une tumeur de la région abdominale, survenue, prétendait-il, sans cause connue, et dont il faisait remonter l'origine à sept ou huit mois environ.

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, était très-dure, un peu inégale, et siégeait profondément dans le flanc droit. Elle offrait peu de mobilité, remplissait en grande partie la fosse iliaque interne, à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure, et s'avançait en avant sur la paroi abdominale correspondante, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la ligne blanche. Elle était le siége de douleurs spontanées assez vives et rendait la marche presque impossible. A l'extérieur, il n'existait pas de changement de couleur à la peau. La pression était très-peu douloureuse; on n'y distinguait nulle part aucun signe de fluctuation.

Le volume très-considérable de cette tumeur, son extrême dureté, l'absence de fluctuation, les douleurs spontanées ressenties par le malade, l'amaigrissement général, le teint jaune plombé de la face, me firent diagnostiquer une tumeur cancéreuse, probablement de nature fibroïde ou fibro-plastique. Cependant, comme le malade était médecin, comme aucune opération n'était praticable et ne pouvait être conseillée, je crus devoir garder ce diagnostic par devers moi, et j'engageai M. X... à essayer l'emploi de l'iodure de potassium, des bains sulfureux, des frictions iodurées sur la tumeur, plutôt, je dois l'avouer, en vue de ne pas décourager qu'avec l'espoir de le guérir, ou même d'améliorer considérablement son état.

Ce traitement ayant été suivi ponctuellement, et le malade étant revenu me voir deux mois après, je fus étrangement surpris de constater que la tumeur était réduite de plus de moitié. En même temps le teint avait repris de l'animation, les forces s'étaient relevées, l'amaigrissement avait sensiblement diminué, la marche s'exécutait sans trop de difficulté, en un mot un changement complet s'était opéré dans la situation de M. le docteur X...

Désirant me rendre compte de cette heureuse modification, pour moi inexplicable, je questionnai mon confrère avec plus de soin, et j'appris alors, ce qu'il m'avait laissé ignorer la première fois, par suite de la présence de sa femme, qu'à l'âge de vingt-deux ans, étant étudiant en médecine, il avait été atteint d'un bubon à l'aine droite, à la suite de rapports avec une femme publique; que ce bubon s'était terminé par résolution, sous l'influence des sangsues, des frictions mercurielles et des cataplasmes; qu'il n'avait jamais été atteint avant, pendant ou après ce bubon, de chancre, de blennorrhagie, ni d'aucun autre accident vénérien; et cependant qu'au bout de quinze mois, sans nouvelle contamination, il avait vu survenir des symptômes de syphilis constitutionnelle, caractérisés par des syphilides lenticulaires à la face, une éruption impétigineuse au cuir chevelu, de l'alopécie, une adénite sous-maxillaire et sous-occipitale, enfin des ulcérations au voile du palais et aux amygdales.

M. X... ajouta que le professeur Coste, de Marseille, qu'il avait consulté à cette époque, n'avait pas mis un seul instant en doute la nature syphilitique de ces accidents et l'avait soumis à un traitement mercuriel, traitement qui avait été suivi très-exactement pendant plus de trois mois sous la direction de M. X... père, qui est lui même médecin. Depuis lors, c'est-à-dire depuis 1854, il n'avait plus ressenti le moindre accident pouvant être rattaché à la syphilis. Il s'était marié et avait eu deux enfants. Sa femme s'était toujours bien portée; seulement un de ses enfants, une jeune fille de huit ans, avait été atteinte d'une carie du premier métatarsien pour laquelle la résection de l'os avait dû être pratiquée.

Ces renseignements me parurent d'une très-grande importance. Joints à l'amélioration évidente qui s'était produite sous l'influence de l'iodure de potassium et des bains sulfureux, la lumière se fit dans mon esprit, et je compris l'erreur de diagnostic que j'avais commise à mon premier examen. Je crus dès lors devoir conseiller un traitement antisyphilitique complet et prolongé. Le malade fut mis à l'usage d'un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium; il continua les bains sulfureux et fit trois fois par jour une friction mercurielle sur la tumeur. Cette médication, continuée avec quelques interruptions pendant plus de six mois, amena l'entière disparition de la tumeur abdominale.

Depuis lors, les circonstances ne m'ont plus offert l'occasion de revoir M. X..., mais j'ai appris que la guérison s'était parfaitement maintenue; qu'il avait pu reprendre et continuer pendant assez longtemps l'exercice de la médecine; puis que des symptômes de phthisie pulmonaire s'étaient déclarés et que la mort était survenue, en 1867, par suite de cette dernière maladie.

Ce fait ressemble entièrement au précédent au point de vue de l'étiologie de la syphilis constitutionnelle.

On y voit également un simple bubon d'emblée constituer le phénomène initial de l'infection, et celle-ci se traduire une première fois par des accidents secondaires, quinze mois après l'apparition du bubon, une seconde fois, douze ans après, par des accidents tertiaires, sous forme d'une tumeur syphilitique des muscles abdominaux.

Nous ne croyons pas nécessaire de revenir longuement sur les motifs qui doivent faire rejeter ici la supposition de chancre *larvé* pour expliquer l'origine de la syphilis. Nous avons fait remarquer tantôt combien la qualité du malade et sa profession donnaient du poids aux commémoratifs, et nous avons fait voir en même temps combien il était peu conforme aux règles de la logique de prétendre que tous les exemples de syphilis constitutionnelle, dans lesquels le chancre induré ne figure pas comme antécédent obligé, sont des faits mal observés, ne possédant aucune autorité et ne méritant aucune créance. Cette fin de non-recevoir peut être une façon commode de se tirer d'embarras, mais le véritable esprit scientifique ne saurait s'accommoder, selon nous, d'une méthode de raisonnement, qui, en y regardant de près, a pour résultat de substituer l'induction à l'expérience, et aboutit en définitive à déclarer que des médecins instruits et expérimentés, des malades intelligents et attentifs sont incapables de s'assurer de l'existence ou de l'absence d'un chancre induré, malgré l'attention qu'ils y apportent et l'intérêt qu'ils ont à bien observer. Une pareille argumentation nous a toujours paru, nous devons l'avouer, fort peu sérieuse, surtout en réfléchissant au nombre infini de cas bien constatés enregistrés par la science de syphilis constitutionnelle développée à la suite de chancre simple ou de blennorrhagie et du nombre plus considérable encore que la pratique permet de découvrir journellement, quand on interroge les malades sans prévention et sans parti pris.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera (ce qu'il devient pendant l'hiver). — M. *Faucon* adresse un travail duquel il résulte que dans toutes les situations où, par une cause ou par une autre, l'eau a séjourné assez de temps pour équivaloir à la submersion complète, méthodique et prolongée, qu'il pratique dans son vignoble, il ne reste pas un seul *Phylloxera ;* mais on en trouve partout où l'eau n'a pas fait un séjour assez long. Lorsqu'en hiver on extrait une racine garnie de *Phylloxera*, il faut une très grande habitude pour distinguer les insectes morts de ceux qui ne sont qu'engourdis. Au moyen d'une simple loupe il est impossible de s'assurer immédiatement de leur état réel.

Urine dans la folie. — M. *Lailler* adresse une nouvelle lettre relative à son mémoire sur l'urine dans l'aliénation mentale. (Renvoi à la commission des prix de médecine, fondation Montyon.)

Pharmacopées. — M. *Verwaest* adresse une nouvelle lettre relative à son étude sur les pharmacopées d'Europe et d'Amérique. (Renvoi à l'examen de M. Bussy.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

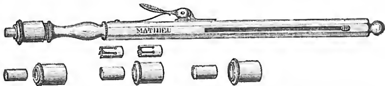
M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Saône pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies*) — *b*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de la Meuse. (*Commission de vaccine*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Labat* au sujet de la question des eaux minérales. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Chevandier*, député de la Drôme, et le discours qu'il a prononcé dans la séance du 28 mars, à l'Assemblée de Versailles, sur la question des commissions administratives des établissements hospitaliers.

M. Depaul présente de la part de M. le docteur *Henrique Samico* (de Rio-de-Janeiro) un *perce-crâne* modifié.

M. *Raoul Mathieu* présente un *trépan de l'œil* destiné au traitement de certaines maladies de la cornée et répondant principalement aux indications suivantes :

1° Établir une portion semi-transparente de la cornée dans les cas de leucome cornéen complet; 2° enlever une rondelle dans les cas de cornée conique, et par ce



moyen en réduire l'excès de courbure; 3° enlever les staphylômes partiels de la cornée; 4° réduire les yeux atteints d'hydrophthalmie; 5° établir de larges cicatrices à filtrations dans les cas de glaucome absolu.

L'instrument placé sur la partie de la cornée à inciser, il ne s'agit plus que d'appuyer sur un levier qui soulève un cliquet et laisse échapper un coulant, qui est fortement repoussé jusqu'au bout des rainures par un second ressort à boudin; dans sa course, le coulant imprime à une colonne torse sur laquelle il est ajusté un mouvement de rotation très rapide, qui se communique à la lame, celle-ci opère alors une section circulaire très-nette dont la profondeur a été, selon les besoins, limitée à l'avance par le curseur. Si la cornée n'est pas traversée, on recommence une seconde fois en remontant un peu le curseur et en replaçant la lame dans l'incision déjà pratiquée.

M. *Barth* dépose sur le bureau : 1° Une brochure intitulée : Malades et médecins, par M. le docteur *Boittet*. — 2° Un rapport de M. le docteur *E. Simonin* sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine de Meurthe-et-Moselle pendant l'année 1871. — 3° Une brochure ayant pour titre : Inauguration de la Faculté de médecine et rentrée des Facultés de droit, des sciences et des lettres de Nancy. — 4° Les actes de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Meurthe-et-Moselle.

M. *Larrey* présente : 1° Les mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse. — 2° Les mémoires de la Société des sciences de Lille. — 3° La seconde édition de l'ouvrage de M. le docteur de Bélina sur la transfusion du sang défibriné.

M. *Béclard* présente : 1° Un ouvrage de M. *Littré* sur la science au point de vue scientifique. — 2° Un volume anglais extrêmement rare dont M. Giraldès fait hommage

à l'Académie. Ce volume, qui date de 1685, est intitulé: A SYSTEM OF ANATOMY TREATING OF THE BODY OF MAN, BEASTS BIRDS, FISH, etc, etc., by *Samuel Collins*.

M. *le président* annonce à l'Académie que des essais d'inoculation ont été faits avec du cowpox envoyé par M. le docteur Gautier (de Bazouges-la-Pérouse). Les résultats seront communiqués ultérieurement.

RAPPORTS. — M. *Chevallier*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de deux rapports dont les conclusions sont adoptées.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE. — *Ecce iterum*, la septicémie qui revient à l'ordre du jour et qui pourrait bien être encore ajournée de nouveau. Si ce système de reprises et d'intermittences a ses inconvénients, il a aussi ses avantages, car il donne aux observateurs le temps de faire de nouvelles recherches.

M. *Vulpian* prend aujourd'hui la parole. Après avoir, comme tant d'autres, émis des doutes sur la réalité des faits signalés par M. Davaine, il a entrepris, avec le concours de MM. Carville, Troiner et Porchefontaine, une série d'expériences destinées à vérifier à la fois et les travaux de M. Davaine et les recherches plus récentes de MM. Bouley et Béhier.

C'est le résultat de ces expériences qu'il vient communiquer à l'Académie; ce n'est pas, à proprement parler, de la discussion, c'est le simple récit d'expériences. Aussi n'essayerons-nous pas de suivre l'orateur dans l'exposé fort circonstancié de ses nombreuses expériences, et nous renvoyons au BULLETIN DE L'ACADÉMIE ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à cette question encore si obscure de la septicémie.

Les expériences de M. Vulpian se divisent en trois séries :

Dans la première, les expériences ont été faites sur des cobayes et des lapins avec du *sang septicémique*. Ce sang provenait d'un malade mort dans le service de M. Lancereaux de gangrène pulmonaire après avoir présenté des signes non douteux d'infection septicémique. Les inoculations ont été faites d'après le principe, sinon d'après la méthode de dilution de M. Davaine : tous les animaux sont morts rapidement, et leur sang a déterminé chez d'autres animaux de même espèce les mêmes accidents infectieux.

Les faits avancés par M. Davaine sont donc parfaitement exacts.

M. Vulpian a constaté en outre, avec MM. Béhier et Liouville, contrairement aux assertions de M. Davaine, que cette inoculation s'accompagnait toujours d'un certain nombre de lésions fort remarquables : œdème diffus du tissu cellulaire de la région infectée et décollement de ce tissu, quelquefois ecchymoses, sérosité séro-sanguinolente présentant une augmentation remarquable des leucocytes, et un grand nombre de bactéries et de vibrions. Le sang est diffluent et son sérum contient une quantité prodigieuse de bactéries, de vibrions et autres organismes inférieurs animés d'un mouvement plus ou moins rapide. Du côté des viscères, de la congestion, de l'apoplexie ou de l'inflammation.

Dans la seconde série, M. Vulpian a cherché à reproduire les accidents primitifs signalés par M. Davaine en se mettant dans les conditions de ses premières expériences, c'est-à-dire qu'il a inoculé à des lapins et des cobayes du *sang putréfié à l'air libre*. Ces expériences ont encore confirmé celles de M. Davaine. M. Vulpian a constaté en effet que les animaux inoculés dans ces conditions ne succombaient qu'à des doses relativement énormes de matière toxique (dans certains il a fallu près d'un centimètre cube de sang putréfié) et que le sang de ces animaux septicémisés acquérait, en passant par l'organisme, une virulence extrême.

M. Vulpian appelle en outre l'attention de l'Académie sur un fait qui n'avait pas encore été signalé; c'est que les bactéries et les vibrions trouvés dans le sang de l'animal septicémisé différaient d'une façon très-notable des bactéries observées dans le sang putréfié qui avait servi à l'inoculation. M. Vulpian insiste sur ce fait et pense que les bactéries, vibrions et autres organismes inférieurs, ne possèdent pas tous au même degré le pouvoir de déterminer des accidents infectieux.

La troisième série comprend les cas dans lesquels la mort n'est survenue qu'après un temps relativement fort long, quelquefois au bout d'un mois, deux mois et plus. Pour M. Vulpian, ce n'est plus là de la septicémie, et les animaux ont succombé à des accidents d'infection purulente dont on retrouve les lésions à l'autopsie, et la preuve c'est que l'inoculation du sang de ces animaux à d'autres animaux de la même espèce ne donne pas lieu à des accidents septicémiques.

Quant aux expériences faites par M. Davaine avec du sang de malades atteints de fièvre typhoïde, M. Vulpian les a répétées un grand nombre de fois et le résultat a été négatif.

L'orateur conclut qu'il y a lieu de faire de nouvelles recherches sur ce point et d'établir une distinction entre la septicémie pathologique et la septicémie expérimentale, qu'on peut reproduire à volonté chez le lapin, et à laquelle il propose de donner le nom de *bactériémie*.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats aux titres de correspondants nationaux et étrangers.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

OBSERVATION DE SCLÉRODERMIE : LÉPINE. — INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE PRODUITE PAR LA FUMÉE DU CIGARE : GRÉHANT. — ACTION TOXIQUE DE L'IODURE DE TÉTRAMÉTHYLE AMMONIUM : RABUTEAU. — DE LA MORT PAR LE CERVEAU DANS LES INJECTIONS D'AIR : MURON ET LABORDE. — TRANSFORMATIONS DU SUCRE DE CANNE DANS LE TUBE DIGESTIF : CLAUDE BERNARD. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE : RENAULT. — PNEUMONIE CASÉEUSE COMME COMPLICATION D'UN ANÉVRYSME DE L'AORTE : HANNOT.

Ainsi qu'on en peut juger à la lecture du sommaire, cette séance comptera parmi les plus intéressantes au point de vue de la diversité des communications et de leur originalité.

M. Lépine signale chez une malade atteinte de sclérodermie des lésions trophiques importantes, caractérisées par l'atrophie des dernières phalanges des doigts, sans autre altération osseuse.

M. Gréhant, au moyen d'un appareil fort simple, a pu étudier chez un chien les phénomènes produits par l'aspiration de la fumée de tabac. Le chien, après avoir fumé le quatrième cigare, est mort, et M. Gréhant, examinant le sang de ce chien, y a trouvé les altérations caractéristiques de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. 100 centimètres cubes du sang renfermaient 18 centimètres cubes d'oxyde de carbone, quantité égale à celle que présente le sang des chiens intoxiqués par l'oxyde de carbone.

— Voici donc un nouveau danger que les fumeurs ignoraient, une cause d'intoxication qui semble s'ajouter à celle de la nicotine. Mais il ne faudrait pas se hâter de tirer d'une expérience des conclusions trop générales. Quel est le fumeur qui, en une heure, fume quatre cigares et en respire toute la fumée? Nous n'engagerions personne à exécuter cette expérience, parce qu'elle nous semblerait aussi dangereuse par l'action de la nicotine que par celle de l'oxyde de carbone. Quoi qu'il en soit, il est utile que les fumeurs de cigarettes, c'est-à-dire ceux qui plus ordinairement *respirent* la fumée, sachent qu'ils s'exposent à l'absorption de deux poisons, la nicotine et l'oxyde de carbone. A côté du poison qui, après avoir excité le cœur et le centre vaso-moteur, les paralyse, l'oxyde de carbone agirait spécialement sur le globule rouge du sang, comme agent toxique direct et comme paralysant de l'hématose. Les *fumeurs* sont prévenus des dangers qu'ils affrontent.

— M. Rabuteau ignorait, pour sa part, l'action toxique de

l'iodure de tétraméthyle d'ammonium, car il en a absorbé 2 grammes en même temps qu'il découvrait que 50 centigrammes tuent fort rapidement les chiens à qui l'on injecte cette dose dans les veines ou sous la peau. M. Rabuteau, hâtons-nous de le dire, s'est rétabli assez bien pour pouvoir signaler cette singularité de l'action éminemment toxique d'un sel ammoniacal qui serait un poison très-actif du cœur. Nous espérons que M. Rabuteau complétera ces recherches non sur lui-même, cette première expérience suffira, mais désormais *in anima vili.*

— MM. *Laborde* et *Muron* avaient démontré que, dans les injections d'air à travers le courant circulatoire, les animaux meurent par la distension mécanique du cœur ou par la suspension de la circulation dans le bulbe; aujourd'hui M. Muron rapporte des expériences qui lui permettent de conclure que, lorsqu'on injecte lentement de l'air dans les veines de façon que le cœur ne soit pas distendu, mais que le sang puisse traverser les capillaires pulmonaires, la mort survient par l'action de l'air sur les capillaires du cerveau, par l'arrêt de la circulation cérébrale. C'est une troisième cause de la mort lorsque de l'air est injecté dans le système circulatoire.

— La communication de M. Hannot a rapport à une pneumonie caséeuse survenue chez un individu atteint d'anévrysme de l'aorte, mais les détails qu'il donne oralement ne permettent pas d'apprécier nettement l'importance du mode d'action du rétrécissement de l'artère pulmonaire qu'il invoque comme cause de la pneumonie caséeuse non tuberculeuse, ou du moins sans granulations grises tuberculeuses.

M. Renault, ayant vérifié des données anatomiques de Vulpian, de Volkmann et Stendener sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle dont nous avons rendu compte (*Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 125), conclut que l'infiltration des leucocytes dans le tissu conjonctif, autour des vaisseaux, dans les lacunes et les vaisseaux lymphatiques, sont des lésions inflammatoires n'offrant aucun caractère spécifique.

— La séance s'est terminée par une communication du président Claude Bernard, qui a été l'occasion d'observations de la part de M. Berthelot. L'Institut prenait possession du modeste asile, du grenier réservé à la Société de biologie, et ce fut riche plaisir et beau spectacle pour les auditeurs, d'assister à l'échange courtois des observations de M. Claude Bernard et de M. Berthelot.

Il y a trente ans, dit M. Claude Bernard, que j'ai signalé ce fait que lorsqu'on injecte dans les veines ou dans le tissu cellulaire du chien une certaine quantité de sucre de canne, on retrouve ce sucre dans les urines, et que par conséquent le sucre de canne n'est pas une substance assimilable. Le sucre de fécule ou glycose, au contraire, injecté en quantité dix fois plus considérable, est absorbé et l'on n'en retrouve pas l'élimination par les urines.

Aujourd'hui, M. Claude Bernard complète ces notions par de nouveaux résultats. Le sucre de canne ingéré dans le tube intestinal est absorbé, il se transforme en sucre assimilable, c'est-à-dire en sucre interverti ou névulose. Cette transformation est opérée non pas par les acides des sucs gastrique et intestinal, mais par un ferment particulier existant surtout dans l'intestin grêle. Malgré que la quantité de sucre de canne ingérée soit considérable, l'animal la digère, les urines ne contiennent pas de sucre. Bien plus, le sang des veines ne contient pas de sucre en quantité notable. Ce phénomène s'explique par la propriété que le foie possède de fixer tout le sucre ingéré et digéré, à l'état de matière glycogène. Cette propriété du foie est prouvée expérimentalement; en effet, si l'on opère la ligature de la veine porte, de façon que les veines de l'intestin ne puissent plus porter au foie le sucre ingéré, digéré et absorbé, on retrouve le sucre de canne à l'état de sucre interverti dans les urines; l'assimilation n'a pas été faite par le tube digestif, le sucre s'est accumulé dans le sang et est excrété par l'urine.

M. *Berthelot* fait ressortir l'analogie qui semble désormais exister entre les transformations subies par le sucre dans l'organisme animal et celles qu'il présente dans l'organisme végétal. En effet, ici et là, le sucre de canne subit une transformation rétrograde en glycose et en glycogène. Chez l'animal comme dans le fruit, à la première période de maturation, le sucre de canne devient sucre interverti; dans le foie, le sucre interverti devient substance glycogène, comme dans les sommités de la plante le sucre devient matière amylacée. Dans le fruit, on observe des phénomènes plus complexes encore que ceux qu'on a signalés chez l'animal. Ainsi, dans l'orange verte conservée et mûrissant en magasin, le sucre interverti se transforme en sucre de canne, l'orange devient plus sucrée, le glycose se transformant en sucre de canne, plus tard le sucre de canne se transforme en amidon; enfin il se produit des hydrates de carbone, de l'alcool même.

Il semblerait donc que dans le foie la transformation du glycose se continue et que, dans cet organe comme dans les fruits, comme dans les plantes, la matière glycogénique est une transformation ou une dégénération du sucre de canne, et de même que l'amidon peut se transformer en glycose, l'inuline en névulose, peut-être existe-il dans le foie deux substances amylacées.

M. Berthelot met à la disposition de M. Claude Bernard les ressources de la science chimique pour élucider cette question biologique; l'offre ayant été acceptée, nous pouvons en prévoir et en espérer les plus heureux résultats.

A. H.

Sociétés savantes de l'étranger.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

Medical Surgical Society. (Communication du docteur John Murray, médecin adjoint et professeur à l'hôpital de Middlesex et des Enfants malades.)

SUR TROIS CAS D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE MOLLUSCUM FIBROSUM CHEZ DES ENFANTS.

Le docteur Murray présente à la Société médico-chirurgicale (10 mars) trois enfants atteints d'une curieuse affection de la peau à des degrés divers, et qui tous trois appartiennent à la même famille et sont issus d'un mariage *entre cousins germains.*

L'aînée, une jeune fille de sept ans, présente une série de tumeurs cutanées à la face, aux oreilles, au cou, aux doigts et aux orteils; celles de la face ont l'apparence de verrues plates, celles des oreilles sont des excroissances formées autant aux dépens de la peau que du tissu conjonctif sous-jacent, qui sont appendues à la circonférence de l'hélix. *Au cou*, les tumeurs peuvent être comparées à de grandes verrues réunies en groupe, pâles et reluisantes à la surface; aux doigts, des tubercules mous, isolés, en petit nombre.

Mais le fait le plus remarquable dans l'histoire de cette enfant est l'apparition rapide et successive de tumeurs considérables du tissu conjonctif, atteignant la grosseur d'une orange, à la face, au cuir chevelu, sur le tronc et les extrémités. Elles étaient précédées par une extravasation sanguine qui leur donnait une coloration foncée. Leur formation était rapide. Elles étaient incolores et relativement molles et élastiques. Au niveau des os, le périoste était quelquefois épaissi. Leur apparence se rapprochait tantôt d'un nævus, tantôt d'un kyste; mais en les ponctionnant on ne donnait issue qu'à du sang. Les phalangettes des doigts, à une exception près, et plusieurs de celles des orteils, étaient augmentées de volume et avaient environ de cinq à six fois la grandeur naturelle. Les ongles correspondants étaient hypertrophiés et présentaient des rainures transversales. L'apparition de ces tumeurs était signalée par une élévation de température qui persistait pendant quelques jours. Au niveau du cuir chevelu, elles se sont ulcérées et mortifiées.

Les *gencives* présentent une hypertrophie considérable et recouvrent presque complétement les dents. Apparence fongueuse et papillonnateuse; grande dureté; aucune tendance à saigner. Elles recroissaient très-rapidement quand on les avait excisées.

L'affection cutanée est distribuée à peu près symétriquement sur tout le corps. Pas d'engorgement ganglionnaire. Viscères sains. Le sang et l'urine ne présentent rien d'anormal. L'enfant est sourde, mais très-intelligente.

Les deux autres enfants, âgés l'un de quatre, l'autre de deux ans, sont affectés de la même maladie des gencives et de la peau, mais dans un degré beaucoup plus faible; le second présente seulement, depuis quelque temps, une hypertrophie de la phalangette à l'un des doigts. Il est macrocéphale; les oreilles ont une insection très-oblique. Son état moral et son état mental ne sont pas parfaitement normaux, et l'on a peu d'espoir de le voir parler.

Les parents sont cousins germains, mais jouissent d'une bonne santé. Ni scrofule, ni syphilis dans leur histoire. La grand'mère des enfants est morte phthisique; tous les autres membres de la famille sont bien portants et ne présentent absolument aucune trace de la maladie cutanée que nous venons de décrire.

L'affection cutanée a commencé chez les trois enfants peu de temps après la naissance. Ils sont nés tous trois dans une habitation humide et misérable et ont été élevés dans de déplorables conditions hygiéniques. L'aîné, qui a dix ans et se porte parfaitement bien, a été dans de meilleures conditions dans les premières années de son enfance.

Plusieurs des tumeurs ont été enlevées et examinées au microscope; elles ont présenté les caractères du fibrome et dans quelques parties une certaine ressemblance avec le cartilage. L'auteur pense qu'on doit les regarder comme des spécimens de *molluscum fibrosum*.

L'hypertrophie des gencives et des phalanges, la surdité, les défectuosités mentales et morales, le caractère symétrique de la maladie et sa présence dans trois membres de la même famille, font penser que la condition prédisposante, et peut-être le seul important facteur, a été ici la *consanguinité*, et que les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles les enfants se sont trouvés placés peuvent avoir agi comme cause déterminante.

L'auteur n'a trouvé aucune observation analogue dans les annales de la science.

La discussion qui a suivi la présentation de ces malades a surtout porté sur l'étiologie de cette curieuse affection, les uns attachant beaucoup d'importance à la consanguinité, les autres la niant et regardant les mauvaises conditions hygiéniques comme expliquant parfaitement l'atteinte plus légère des derniers venus et l'immunité du fils aîné.

D'excellents dessins accompagnaient cette communication, et je ne doute pas qu'ils ne soient mis à la disposition de ceux que cette observation pourrait intéresser.

D.

REVUE DES JOURNAUX.

Filaments mobiles dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente, par le docteur Obermeier. — **Corpuscules mobiles dans le sang de l'homme**, par le docteur Nedsvetzky.

Les récents travaux sur la septicémie rendent nécessaire un examen approfondi des corpuscules ou des divers éléments que l'on peut trouver dans le sang. Il est à ce point de vue utile d'enregistrer tous les faits nouveaux qui se présentent. Dans le premier travail que nous citons il s'agit de la présence dans le sang, examiné à un très-fort grossissement avec objectif à immersion, de filaments excessivement grêles mais allongés jusqu'à un diamètre de 10 à 40 micra (millièmes de millimètre), qui sont mobiles, se courbent sur eux-mêmes, semblent progresser dans le liquide de la préparation et rappellent la locomotion des spermatozoïdes ou des spirilles. L'auteur ne se prononce pas sur la nature de ces filaments.

La communication de Nedsvetzki a rapport aux corpuscules élémentaires mobiles qu'on observe dans le sang normal, signalés par Zimmermann, Hensen, Schultze, Kühne, et dernièrement par Vulpian, désignés par Béchamp et Estor sous le nom de microzymas. Ces corpuscules ont été classés par Bettelheim en trois espèces, les corpuscules visibles à un grossissement de 650 diamètres, les corpuscules visibles seulement à un grossissement de 1500 diamètres, et des corpuscules en forme de bâtonnets ayant la moitié de la grosseur des corpuscules du sang.

Nedsvetzki a constaté dans le sang normal une quantité considérable de petits corpuscules qui représentent le volume des corpuscules des globules blancs. Ils ont l'aspect de points antôt clairs, tantôt opaques, suivant l'éclairage. Ils ne présentent aucune structure. Ils sont animés de mouvements suivant leur axe ou de balancements latéraux. L'auteur propose de les désigner sous le nom de *corpuscules du sang*, ou *hæmococci*.

L'auteur signale en outre des filaments, probablement de nature fibrineuse, qui se développent dans les préparations. Il insiste sur les transformations des globules blancs examinés à la chambre humide, et sur les mouvements que présentent les granulations des globules blancs. En somme, il y a longtemps qu'on a signalé les globulins ou corpuscules ou granulations du sang. Il est certain qu'on trouve, en outre des globules blancs, des corpuscules beaucoup plus fins doués de mouvements amiboïdes, et en outre des granulations dont les mouvements seraient plutôt des mouvements browniens, de cause physique. En outre, lorsqu'on examine le sang noir des vaisseaux, il se forme des granulations, probablement dues à la coagulation de la fibrine, et pour notre part, tout en admettant qu'il y a des globulins analogues aux globules blancs, mais deux fois, dix fois plus petits, lesquels nous considérons volontiers comme des globules blancs en voie de formation, nous croyons qu'il serait prématuré de considérer comme des éléments normaux ou comme matière protoplasmique les granulations plus ou moins mobiles qu'on observe dans le sang hors des vaisseaux, surtout lorsqu'on prolonge l'observation, fût-ce même à la chambre humide, et plus encore à la température normale. (*Centralblatt, f. d. m. Wiss.*, n° 10, 1er mars 1873).

Travaux à consulter.

Contributions a l'étude de la fièvre, par le docteur Sénator. — L'auteur, dans le but de vérifier s'il y a pendant le stade de chaleur de la fièvre, une dilatation des vaisseaux ou un rétrécissement ou spasme, a noté chez le lapin les modifications des vaisseaux de l'oreille; cette observation est facile à faire à l'œil nu. Il déterminait la fièvre par les injections de substances pyrogènes ou excitant la fièvre. Immédiatement après l'injection, il se produit un rétrécissement des vaisseaux de l'oreille; plus tard il y a encore contraction, mais avec des dilatations passagères; enfin, quelques jours plus tard il y a dilatation spontanée de courte durée dans ces mêmes vaisseaux. Sénator conclut que dans le stade de chaleur il n'y a ni paralysie ni contraction tétanique des vaisseaux. (*Centralbl.*, n° 6, 8 février 1873.)

Sur l'application externe de l'hydrochlorate de potasse dans les cancers ulcérés, par le docteur Burow. — L'emploi du chlorure de potassium présenterait l'avantage de diminuer les douleurs et la suppuration sonicuse, (*Berliner klin. Wochenschr.*, n° 6, 1873.)

Trachéotomie pratiquée au moyen de la galvanocaustique, par le docteur Voltolini. — Il s'agit d'une laryngo-trachéotomie chez un homme de trente-six ons, atteint de tumeur du larynx. L'opération a été suivie de succès. (*Berliner klin. Wochenschr.*, nos 41 et 53, 1872.)

Sur les limites de la respiration bronchique normale, par le docteur Lippe. — L'auteur a entrepris une série de recherches très multipliées dont il réunit les résultats sous forme de tableaux. Sur 162 hommes et 46 femmes, il a obtenu les limites suivantes : dans 4 cas seulement la respiration bronchique était limitée uniquement à la septième vertèbre cervicale; dans 21 cas elle s'étendait de la quatrième vertèbre cervicale à la première dorsale, dans 32 cas à la seconde dorsale, dans 41 à la troisième, dans 27 à la quatrième, dans 39 à la cinquième, dans 26 à la sixième, dans 15 à la septième, dans 2 cas à la huitième, enfin dans 5 cas dans toute la longueur de la colonne dorsale. En général, la respiration s'étend plus à droite qu'à gauche. Sur 213 cas on n'a noté que 4 fois la respiration limitée à gauche. (*L'Imparziale*, 1er février 1873.

De la circulation du sang dans la rate, par mesdames Olga Stoff et Sophie Hasse (de Saint-Pétersbourg). — De nombreuses recherches ont démontré, dans le système circulatoire de la rate, l'existence de lacunes, ou de dilatations vasculaires. Les uns les placent sur le trajet des artères, d'autres à l'origine des veines. Les deux observatrices ont étudié avec une grande persévérance dans le laboratoire de Frey, ainsi que le certifie le professeur de Zurich, elles ont étudié la structure de la rate chez de nombreux animaux et chez l'homme. Elles ont employé la méthode de durcissement par le liquide de Muller, qui permet de conserver aux globules du sang renfermes dans les vaisseaux leur coloration naturelle, et représente ainsi une sorte d'injection naturelle. Elles ont également utilisé les injections gélatineuses et les injections de glycérine et d'alcool suivant le procédé de Kyber. Les dilatations vasculaires de la rate sont par ces moyens mises en évidence. Mesdames Stoff et de Hasse ont, dans leurs recherches, confirmé celles de W. Muller et de Frey. (*Centralbl.*, n° 48, 1872.)

Luxation sus-sternale de la clavicule, par le docteur Smith. — C'est un cas rare, dans lequel l'autopsie a pu être faite quelques jours après l'accident. L'extrémité de la clavicule reposait sur le sternum; elle était en contact avec le bord du muscle sterno-mastoïdien du côté opposé. L'auteur analyse les sept observations qu'il a pu réunir sur cette luxation. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, décembre 1872.)

Un cas de mort a la suite de l'emploi de l'aspirateur dans un épanchement articulaire chronique du genou, par le docteur Mac-Donnell. — Ce fait doit être médité par ceux qui croient à l'innocuité des ponctions aspiratrices. Il s'agit d'un homme atteint d'épanchement chronique de l'articulation du genou. On fit l'aspiration; le liquide était clair et semblable à de la synovie; on en remplit deux fois la seringue. Le malade a succombé en une semaine à une arthrite suppurée. (*Irish hosp. Gaz.*, 15 janvier, et *The med. Record*, 22 janvier.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la pachyméningite cervicale hypertrophique (d'origine spontanée), par le docteur A. Joffroy. — Delahaye, 1873.

Cet intéressant travail a été fait à la Salpêtrière, et les principales observations sur lesquelles il est basé ont été prises dans le service de M. Charcot. — La pachyméningite cervicale peut être considérée comme une maladie rare. Aucune monographie n'en a été faite jusqu'à présent. M. Joffroy en a relevé trois observations : l'une figure dans le traité d'Abercrombie; l'autre, due au docteur Gull, a paru en 1858 dans Guy's hospital Reports; la troisième est citée dans la monographie des Meningitis spinalis de M. Kœhler (1868). On voit donc que le sujet était nouveau et bien digne, par son intérêt, du travail que lui a consacré M. Joffroy.

Les lésions de la pachyméningite cervicale se classent sous deux chefs : lésions centrales, lésions périphériques.

1° Lésions centrales. Elles intéressent : *a*, les méninges; *b*, la moelle.

a. Méninges. — Considérée en masse, la lésion se présente ordinairement sous la forme d'une tumeur allongée adhérente en avant au ligament fibreux qui recouvre le corps des vertèbres. La dure-mère est épaissie, et sur une coupe antéro-postérieure on constate une section ovalaire, à grand diamètre transversal. La pie-mère est adhérente à la dure-mère et présente, à un moindre degré, la même altération.

M. Joffroy ne note pas l'état de l'arachnoïde.

Il résulte de cet épaississement une sorte de manchon ordinairement plus épais en arrière qu'en avant. Le tissu altéré est disposé par couches, comme feuilleté, et présente quelque analogie avec celui de la cornée. Il est formé de faisceaux de tissu conjonctif fibroïde séparés par des lacunes étoilées. Quelquefois on y observe de véritables plaques osseuses.

b. La moelle. — Elle ne peut rester longtemps étrangère aux modifications subies par la pie-mère. Tantôt elle présente les lésions de l'inflammation aiguë, tantôt celle de l'inflammation chronique. Le siége de cette inflammation n'a rien de constant; il en est de même de l'étendue, de la nature même des lésions. Tantôt périphériques, tantôt profondes, elles consistent dans la substitution à la substance nerveuse d'un tissu conjonctif dense, fibroïde, rétracté, uni quelquefois au tissu des enveloppes enflammées. Mais une lésion plus curieuse consiste dans l'existence de cavités irrégulières creusées dans l'épaisseur de la moelle et qu'on a attribuées à tort à la dilatation du canal central. La formation de ces cavités s'explique mieux par un travail régressif; parce qu'on a appelé la désintégration du tissu enflammé. Ces foyers occupent habituellement la substance grise toujours plus irritable que la blanche et, de préférence, la commissure grise, au voisinage du canal central.

M. Joffroy signale encore, comme fait curieux, l'existence de petits îlots de substance blanche ou grise, indemne de toute lésion et siégeant au milieu des foyers ramollis. Ces petits îlots sains paraissent dus, moins à des parties restées saines et respectées par la lésion, qu'à des portions de substance nerveuse dont les éléments, primitivement atteints et altérés, se sont reformés et reproduits.

Ces foyers sont habituellement le point de départ d'une dégénérescence ascendante ou descendante. Au-dessous de la lésion, les faisceaux antéro-latéraux ou centrifuges sont atteints; tandis qu'au-dessus ce sont les cordons postérieurs ou centripètes. Ces dégénérescences secondaires ne seraient d'ailleurs pas fatales, comme on l'a cru.

2° Les lésions périphériques portent principalement sur les nerfs et sur les muscles. Celles des nerfs ne sont pas constantes. Dans un cas on a trouvé les racines médullaires profondément altérées.

Quant aux muscles, leurs lésions sont celles que l'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive : absence de stries, apparition des granulations protéiques ou graisseuses; stéatose ou prolifération abondante du tissu connectif intramusculaire.

Notons enfin la fréquence toute particulière de la tuberculose chez les sujets qui succombent après avoir présenté pendant longtemps les symptômes de la pachyméningite chronique. Nous avons cru devoir consacrer quelques développements à l'exposition des lésions de la pachyméningite. Il importait en effet de bien préciser la forme anatomique de la maladie. Nous en exposerons plus rapidement la symptomatologie qui ne paraît pas être la partie la plus claire de son histoire.

L'auteur débute par deux observations prises avec beaucoup de soin et sur lesquelles il base la description des symptômes. D'une manière générale, on peut établir deux périodes correspondant à l'évolution de la lésion; la *période douloureuse* traduit les lésions méningées; la *période paralytique* ou *atrophique* les lésions médullaires. Dans la première, les douleurs sont limitées à la région cervicale, au foyer même de la lésion ou s'irradient à la périphérie du corps, et principalement dans les articulations. Il y aurait donc une forme cervicale et une forme périphérique. Les manifestations de ces deux formes sont variées et dans leur expression et dans leur durée, et en rapport avec l'étendue et la nature des lésions méningées.

La période paralytique succède le plus souvent à la période douloureuse dont elle peut être séparée par une rémission plus ou moins longue. Quelquefois les deux périodes se confondent. La paralysie existe rarement seule; elle entraîne rapidement une atrophie débutant généralement par les mem-

bres supérieurs et présentant beaucoup d'analogie avec l'atrophie progressive de Cruveilhier, dont elle ne diffère que par sa marche. L'attitude de la main est particulièrement caractéristique. Elle se renverse en arrière sur l'avant-bras de manière à former presque un angle droit; position résultant du défaut d'action des muscles fléchisseurs et pronateurs.

L'atrophie est ordinairement limitée aux membres supérieurs. Mais les lésions médullaires auxquelles elle correspond peuvent s'étendre et la paralysie atrophique se propager aux muscles du tronc, des membres inférieurs; quelquefois à ceux de la langue et des lèvres (paralysie glosso-labio-laryngée).

Dans un même membre, certains muscles peuvent être paralysés sans être atrophiés; d'autres groupes musculaires étant en même temps paralysés et atrophiés ou contractés. De là des positions vicieuses spéciales, mais qui n'ont jamais le caractère constant de l'attitude de la main. — Les troubles de la sensibilité n'ont pas été suffisamment étudiés. Ils sont variables, suivant les malades, suivant les périodes de la maladie.

Parmi les troubles trophiques, on doit noter certaines éruptions vésiculeuses des mains et des eschares à formation rapide, indices des lésions de la portion dorsale ou lombaire de la moelle.

Aux deux périodes, douloureuse et atrophique, que nous venons de signaler, on pourrait joindre, chez certains malades, une troisième période, dite de réparation partielle, pendant laquelle certaines parties paralysées paraissent reprendre leur activité. Cette amélioration est due à une véritable régénération des éléments nerveux qui s'opère dans quelques points malades, d'où la présence de ces îlots sains de substance blanche ou grise, qui tranchent sur l'état des parties voisines, et que nous avons signalés.

Le diagnostic de la pachyméningite cervicale doit être fait à différentes périodes. — Au début, on peut croire à un simple torticolis, à un rhumatisme musculaire, à des accidents hystériques. La persistance des douleurs, leurs irradiations, leur siége profond, en arrière de la région cervicale, guideront le clinicien. A la période d'atrophie, il importe surtout de distinguer l'atrophie secondaire de la pachyméningite, de l'atrophie protopathique de Cruveilhier, toujours liée à une maladie primitive des cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle.

Dans cette dernière, la période douloureuse fait défaut. L'atrophie débute par les muscles de l'éminence thénar. La main est en griffe dans les deux maladies; mais dans l'atrophie progreissve, elle est en pronation et plus ou moins fléchie. C'est le contraire dans l'atrophie de la pachyméningite. Dans l'atrophie progressive enfin, les altérations musculaires marchent avec plus de régularité que dans la maladie qui nous occupe. Ce sont des points qui permettent d'établir le diagnostic.

La difficulté est beaucoup plus grande quand il s'agit de distinguer la pachyméningite cervicale d'un foyer de myélite chronique ayant le même siége. On comprend que les deux maladies ayant un terme commun, la lésion médullaire, on ne pourra les distinguer que par les commémoratifs se rapportant à la période de début. Dans la pachyméningite, les troubles imputables à la myélite sont consécutifs aux symptômes de la lésion méningée qui constituent la période douloureuse.

Notons enfin certaines congestions médullaires, les névralgies cervico-occipitales, l'irritation spinale, le mal de Pott cervical, enfin les tumeurs méningées et intra-médullaires. Le diagnostic se fonde sur les renseignements antérieurs, sur la marche de la maladie, la succession des symptômes. L'auteur ne se dissimule pas que, dans bien des cas, un diagnostic précis rencontre d'invincibles difficultés.

L'étiologie, si on veut la dégager de toutes les banalités qu'on accumule souvent en pareils cas, est fort obscure. L'arthritisme et la syphilis y joueraient un grand rôle.

Le pronostic est généralement sévère. Il est presque fatal chez les sujets atteints de paraplégie. Nous avons vu le rôle que jouait le développement des tubercules dans la terminaison fatale. Quand les membres supérieurs sont seuls atteints, on peut espérer une guérison liée aux régénérations nerveuses que nous avons indiquées.

En tous cas, la marche de la maladie est très-lente; elle évolue dans une période de cinq à vingt ans.

Nous n'avons rien noté de particulier dans le traitement. Il faut, autant que possible, éviter de confiner les malades dans leur lit. Les révulsifs, et particulièrement les cautérisations au fer rouge largement pratiquées et souvent renouvelées, l'hydrothérapie à la période de passivité, l'électrothérapie, feront les frais principaux de la médication. On y associera, à l'intérieur, le bromure de potassium, la belladone, le seigle ergoté, dont les indications sont les mêmes que dans la myélite.

Enfin, il faut bien avoir présents à la mémoire les faits incontestables d'amélioration spontanée, pour ne pas attribuer à tort à telle ou telle médication un bénéfice dont la nature a fait tous les frais.

B.

Index bibliographique.

Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, par J. Treille. — J. B. Baillière, 1873.

Cette thèse, riche en indications bibliographiques, parmi lesquelles 6 observations d'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse, se décomposant ainsi qu'il suit : 4 guérisons, dans 2 cas avec accouchement à terme, dans 1 cas avec avortement, et dans l'autre avec extraction du fœtus pendant l'opération; 2 morts. L'auteur, insistant sur le traitement, conclut qu'il y a lieu de ponctionner les kystes comme traitement palliatif; que l'accouchement prématuré a donné des résultats déplorables et que l'ovariotomie peut être tentée au début de la grossesse dans le cas où un très-grave danger provenant de la tumeur menace les jours de la mère.

Traité pratique de la pustule maligne, par le docteur Léon Raphael. — Provins, imprimerie Lebeau, 1872.

Ce petit livre, dans lequel l'histoire symptomatologique de la pustule est très-nettement exposée, constitue un plaidoyer des plus convaincus en faveur du traitement de la pustule maligne par la feuille de noyer. L'auteur analyse 79 cas observés par lui, en déduisant 2 guérisons dans lesquelles il a employé la cautérisation. On trouve que 77 malades soignés pour 62 par les feuilles, pour 12 par l'écorce, pour 3 par les feuilles et l'écorce, 73 guérisons et 6 insuccès, dont 4 morts et 2 guérisons par la cautérisation. Cette proportion est remarquable. L'auteur s'est appliqué à démontrer que dans les faits observés par lui le diagnostic est précis, et par conséquent le résultat d'autant plus digne d'attention.

VARIÉTÉS.

Clinique de l'Hôtel-Dieu : M. Béhier. — Éloge de Grisolle.

Messieurs,

Dans la dernière année pendant laquelle nous avions encore M. Grisolle parmi nous, à la Faculté, j'étais assis à ses côtés dans une des séances du concours de l'agrégation, concours dont nous étions juges l'un et l'autre. Notre ami avait l'air soucieux et fatigué, et en m'asseyant près de lui, comme je m'informais de sa santé : « Je vais mal, me dit-il, j'ai fait mon testament aujourd'hui et je vous ai légué le soin de parler de moi à la Faculté, quand je ne serai plus. » L'impression que me causèrent ces paroles fut tout d'abord douloureuse, et je me récriai fort, puis, comme rien ne trahissait apparemment chez mon collègue affectionné un état de santé capable de faire naître de si tristes pensées, je plaisantai M. Grisolle sur sa fâcheuse précaution et je ne vis là qu'une boutade chagrine, une défaillance d'un moment. Hélas! messieurs, il n'en était rien! le matin même M. Grisolle, à son réveil, avait constaté une première atteinte sérieuse du mal qui l'a enlevé plus tard à

notre affection, et quand le moment fatal est survenu, et après que nous avons rendu les derniers devoirs à notre pauvre ami, son notaire m'a transmis le legs pieux que M. Grisolle m'avait réellement fait, et qui consistait en une prière de parler à ses collègues et aux élèves de ses travaux, de sa personne, de son caractère.

En effet, en ce temps-là, messieurs, subsistait encore cet usage qui amenait l'un de nous à rendre hommage, devant la Faculté et devant le public médical, à tel ou tel de nos collègues, enlevé par la mort aux travaux de notre compagnie. Depuis plusieurs années ce juste tribut de regrets n'est plus payé à personne. Des scènes pénibles ont paru rendre impossibles les séances publiques de rentrée de notre Faculté. Je suis, je le dirai franchement, je suis de ceux qui regrettent ces réunions. J'ai été vivement impressionné par elles lorsque j'étais étudiant. Loin de trouver alors que ce fussent là des cérémonies démodées, comme on l'a dit, loin de voir là des exhibitions en désaccord avec nos habitudes sociales actuelles, il me semblait que dans ces jours un peu exceptionnels le lien qui me rattachait à mes maîtres devenait plus fort, plus serré, plus intime, que ma confiance en eux, que ma considération pour leur caractère devenait plus franche, plus cordiale. Et, je dois le dire, depuis, alors que l'âge est venu, quand le développement de ma carrière, quand l'évolution de ma vie m'ont amené non plus comme élève en face de la Faculté réunie, mais comme professeur en face des élèves groupés dans l'amphithéâtre, j'ai senti mes convictions plus affermies. Le point de vue n'était plus le même assurément, mais il me semblait qu'en ces circonstances mon devoir m'apparaissait plus clair et plus nettement tracé.

Dans l'étude qu'on faisait devant moi de la vie et des travaux d'un de nos collègues qui n'était plus, je trouvais des enseignements utiles, des exemples à suivre; j'emportais de là des sujets de méditation profonde qui tournaient au meilleur emploi de mes forces, à la meilleure direction de mes travaux. Et de même à ce contact d'un auditoire jeune et mobile dans ses impressions, à cette appréciation qui nous devenait commune des mérites de celui dont on retraçait la vie et les labeurs, je sentais les sentiments de bienveillance envers cet auditoire sympathique s'affermir et grandir dans mon cœur. Mais par malheur tout cela n'est plus. Ces circonstances reviendront-elles? Je l'espère ! car elles sont, selon moi, utiles pour tous et doivent profiter à nos rapports réciproques. C'est parce qu'en ce moment je n'ai plus l'occasion d'accomplir ailleurs le soin que mon ami m'a laissé de vous parler de lui que j'ai résolu d'accomplir la mission pieuse dont il a bien voulu m'honorer dans la seule tribune qui me soit en ce moment ouverte.

Par aussi bien aucune ne serait plus digne. Si le lieu est moins solennel, il est, en quelque sorte, mieux approprié, car je vais vous parler de M. Grisolle dans l'endroit même qui a été le témoin de ses derniers efforts. Cet amphithéâtre était le sien, la place que j'occupe était la sienne, et c'est en quittant ce fauteuil, à la fin même d'une de ces leçons cliniques dans lesquelles il excellait, qu'il a été frappé du coup terrible qui l'a enlevé à la science et à l'enseignement. Son dernier effort a été pour ses élèves, sa dernière parole a été prononcée pour leur instruction.

M. Grisolle était né à Fréjus (Var) le 10 février 1811, sur les bords de cette mer bleue dont le souvenir lui était si doux, comme il l'est à tous ceux que ce magnifique spectacle a charmés et ravis. Il passa dans sa ville natale ses dix-huit premières années et y fit ses études classiques. Ses parents, qui vivaient de revenus honnêtes, le gardèrent près d'eux et, si j'en crois ce que les conversations de mon ami m'ont appris, ils voulaient surtout, en agissant ainsi, veiller au développement moral de leur fils, précaution pleine de sagesse et qui montre bien quelle était pour leur enfant leur sérieuse sollicitude. Ces premières années avaient laissé chez M. Grisolle une profonde impression. Maintes fois je l'ai entendu parler de la tendresse un peu sévère de son père et de la discipline respectueuse à laquelle il avait été soumis; et c'était avec une affection pleine de gratitude pour ses parents qu'il rappelait ces premières années.

A dix-huit ans, son père l'envoya à Paris pour faire ses études médicales. Il était encore bien jeune assurément pour affronter la grande ville et ses dangers, mais il paraît que son père avait dès lors confiance dans ce qu'il avait semé et dans la qualité ferme et sûre du terrain qu'il avait préparé. D'ailleurs il ne laissait pas son fils entièrement isolé à Paris. Il l'avait recommandé à M. Renouard, l'auteur des Templiers, et il semble même que c'est dans cette société que M. Grisolle avait puisé en partie ces habitudes d'esprit conservatrices et libérales qui ont fait le fond de son caractère, ont marqué la nature particulière de son esprit et décidé pour une part du rôle qu'il a été appelé à remplir parmi nous.

Peu de temps après le début de ses études, M. Grisolle était reçu interne provisoire, puis interne, et à la fin de l'internat il obtenait le premier prix de l'école pratique et donnait son premier travail important. C'était sa thèse de doctorat. Elle portait déjà l'empreinte du talent futur de notre collègue et montrait, dès le commencement de sa carrière, comment il comprenait le rôle scientifique du médecin. Car il avait choisi pour épigraphe cette phrase bien connue de J. J. Rousseau : « Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte plus je suis sûr d'approcher de la vérité. »

M. Grisolle n'a jamais oublié cette phrase, elle a été pour lui une règle constante de conduite. Elle convenait d'ailleurs parfaitement à sa nature, comme je chercherai tout à l'heure à le montrer.

La thèse sur la Colique de plomb, datée de 1835, aurait dû plus justement être intitulée thèse sur l'empoisonnement saturnin. Cinquante-huit observations ont servi de base à ce travail remarquable. Elles étaient presque toutes relevées chez des cérusiers, et M. Grisolle ne se borna pas à recueillir les renseignements auprès des malades, il visita les ateliers, étudia les conditions hygiéniques dans lesquelles ceux qui les fréquentent étaient placés, et constata, entre autres faits curieux, que les animaux domestiques, les chiens et les chats, qui partagent la vie des ouvriers, subissent la même influence toxique et meurent d'empoisonnement saturnin. C'est surtout depuis la thèse de M. Grisolle que nous connaissons mieux les symptômes encéphaliques de l'empoisonnement par le plomb. Il nous a parfaitement décrit les formes de ces accidents; il a discuté avec soin la valeur des altérations macroscopiques que présentent les centres nerveux chez les sujets qui sont morts de cette affection, et il a signalé cette sorte de turgescence de l'encéphale, qui est comme à l'étroit dans la boîte crânienne. Mais ce qui est plus spécialement digne de remarque dans le travail de M. Grisolle, c'est le tableau, qui n'avait pas été bien présenté jusqu'à lui des modifications que, assez longtemps avant le développement des symptômes de l'empoisonnement véritable, l'économie subit chez les individus soumis à l'influence permanente des préparations saturnines.

Il a tracé d'une main ferme et précise les caractères de cette action lente et graduelle des préparations plombiques: «La nutrition s'altère, » dit-il; « les ouvriers pâlissent, maigrissent; leurs chairs deviennent flasques; leur peau, celle de la face surtout, prend une teinte d'un jaune pâle tout à fait caractéristique, qui n'a aucun rapport ni avec la couleur jaune de l'ictère, ni avec celle de la chlorose. » Bien des emprunts dissimulés ont été faits depuis à ce travail de M. Grisolle. Mais, voyez la bizarrerie des choses de la vie ! il se trouve que c'est à un de ses élèves, à son ami, entré depuis dans sa famille, à un homme qui a l'estime de tous, auquel je porte une affection véritable, à M. Ollivier, que nous devons des recherches plus nouvelles, qui ont complété pour ainsi dire l'œuvre de

son maître : je veux parler des altérations rénales constatées dans l'empoisonnement saturnin.

Une fois docteur, M. Grisolle brigua et obtint la place de chef de clinique de M. Chomel. Il voulait continuer ses études et se préparer au concours du bureau central. Les deux années passées auprès de M. Chomel ont eu certainement une profonde influence sur le mouvement d'esprit de son chef de clinique. On peut dire que si l'élève avait, par une sorte d'affinité élective, recherché une place auprès de ce maître, M. Grisolle en a reçu des directions, des préceptes et des exemples qui ont développé et complété le côté déjà très-accusé de son esprit et de ses tendances intellectuelles spéciales. C'est chose grave' messieurs, que le choix de nos premiers maîtres, une circonstance qui décide parfois de la direction de toute la vie. Je constate encore souvent, pour ma part, combien cette causerie de chaque jour, combien cette action incessante d'une même intelligence laissent des traces profondes, ineffaçables dans l'esprit quand, dans telle ou telle idée qui m'assiége, je retrouve l'influence de mes deux maîtres adorés et vénérés, Biett et M. Andral. Je sens bien alors que c'est leur esprit qui me hante, et si par hasard de nouveaux travaux, des découvertes récentes, me font abandonner tel ou tel de ces souvenirs, c'est à regret que je les quitte, et je les accompagne alors longtemps dans mon esprit; car, en rompant ainsi avec les idées amies de ma jeunesse, il me semble toujours que je retire à mes maîtres aimés une partie du respect que je suis si heureux de conserver pour eux. Aussi, quand on a bien senti cette action de chaque jour, si persévérante, si durable, et qu'on est appelé par l'âge et par la situation à lier un semblable commerce avec ceux qui vous écoutent, on devient, croyez-le bien, sévère avec soi-même, et l'on exerce sur ses paroles et sur ses actes un contrôle sérieux, très-profitable du reste et très-salutaire pour quiconque a charge non d'âmes, mais d'intelligences et d'esprits.

Aux leçons et aux entretiens du maître, pour lequel il a toujours conservé, ainsi que pour M. Louis, un attachement profond et respectueux, M. Grisolle se raffermit dans son goût pour l'observation rigoureuse et précise, dans son estime médiocre pour l'hypothèse et pour les idées aventureuses.

En 1838, il avait été nommé médecin du bureau central, et en 1844, il devint agrégé de la Faculté. J'étais alors sur les bancs avec lui, et c'était à mes yeux, je vous l'assure, un rude adversaire. Son calme et sa tranquillité imposaient beaucoup à ma nature plus vive, plus jeune et plus gaie, mais je me louerai toujours de cette rencontre, puisqu'elle été en partie l'origine de notre liaison, devenue plus tard une solide amitié.

Lors de ce concours, dans ses épreuves comme dans sa thèse, M. Grisolle n'avait encore presque rien changé de ses habitudes; c'était toujours l'élève de M. Louis et de M. Chomel; l'observateur exact, assidu, patient; mais, s'il faut dire tout le fond de ma pensée, c'était l'observateur à l'esprit plus accessible que celui de ses maîtres, plus ouvert.

La même manière, si je puis m'exprimer ainsi, nous a donné le Traité de la pneumonie, ouvrage des plus remarquables, dans lequel ont été élucidées beaucoup de questions qui, afférentes à cette maladie si commune, étaient cependant restées litigieuses. Là où régnaient encore le doute, l'incertitude, nés de raisonnements, d'opinions incertaines et formulées sur des documents incomplets, M. Grisolle, par sa méthode rigoureuse, inflexible, a porté la précision, la lumière. C'est en effet par l'analyse de faits nombreux et multipliés, recueillis avec soin, groupés avec patience et rigueur, que le traité de la pneumonie a été écrit. M. Grisolle était convaincu que telle est la bonne voie.

« On voit », dit-il, dans la préface de la seconde édition du Traité de la pneumonie, « qu'aujourd'hui comme autrefois, je » n'appartiens pas à l'école de *ces superbes* qui méprisent les » faits et qui trouvent d'ailleurs que la science en est encom- » brée. Cette exubérance est imaginaire ; elle n'existera jamais » pour ceux qui ne se payent pas de mots, mais qui cherchent » à savoir les choses; pour ceux qui amis, mais amis éclairés » de l'induction, condition essentielle du progrès, veulent ce- » pendant que dans les sciences, et dans la médecine en parti- » culier, la réalité des faits reste toujours la base immobile et » solide de tous nos raisonnements. »

Dans l'analyse des faits, M. Grisolle comprenait pour une grande part l'emploi de la statistique médicale, et il ne se croyait pas pour cela *abruti* par les chiffres, comme l'a dit avec aménité un des *superbes* à l'école desquels notre ami ne voulait pas aller. Je suis tout à fait, quant à moi, de l'avis de M. Grisolle. Je suis fermement convaincu que la statistique bien maniée, selon les principes que M. Andral et M. Gavarret ont suivis, est la méthode la plus sûre et la plus féconde pour arriver, par une probabilité aussi probable que possible, à la connaissance des faits de la clinique. Cette méthode offre le double avantage de préciser les résultats et d'éviter les erreurs. Il est bien évident, en effet, que celui qui, s'en fiant à ses souvenirs, écrit, à propos de tel ou tel problème clinique : « J'ai » vu souvent les faits se passer ainsi » m'inspire moins de confiance que celui qui, traitant du même sujet, me dira : « Sur » 200 observations bien relevées, j'ai trouvé 140 fois le fait » dont il s'agit. » D'abord je vois précisément que ce dernier ne fait pas appel à ses seuls souvenirs, et nous savons tous combien les souvenirs sont souvent défigurés par les défaillances de la mémoire. Ensuite, je suis également plus tranquille avec ce dernier auteur touchant les déviations que l'imagination et la partialité de l'opinion préconçue peuvent faire subir à l'appréciation des faits observés. Je ne dis pas que les chiffres peuvent répondre à tout; M. Grisolle et nos maîtres ne le disaient pas non plus; mais je dis que, lors de l'étude des faits cliniques, la bonne statistique intervient comme un élément de précision et de rigueur dans les conclusions que l'on doit dégager. Voyez même, messieurs, en ce moment ne considérons-nous pas comme très-utile la précision rigoureuse des chiffres substituée à l'appréciation individuelle, quand il s'agit d'étudier dans les maladies le symptôme température. On disait autrefois, et quelques personnes persistent à s'en tenir encore à ces expressions : « La peau est chaude, la peau est médiocrement chaude, la peau offre une grande chaleur. » Nous disons, nous : « La température — prise dans un point qui varie, mais que l'observateur indique toujours — est de 38°, 40°, 40°.7 ou 8 dixièmes. » N'y a-t-il pas là une précision plus utile que l'énoncé d'une vague appréciation; n'a-t-on pas là un tableau irrécusable de la marche et des oscillations du symptôme température. Mais, disent ceux qui, pour ne pas prendre la peine de faire cet examen, en contestent l'utilité, vous mettez toute la médecine dans votre étude thermométrique? Non! certains de ceux qui se sont livrés les premiers à ces recherches en ont peut-être exagéré un peu la portée; mais cet enthousiasme pour un nouveau moyen d'examen est un fait inhérent à la nature de l'homme, qui se passionne volontiers au début de toutes choses; mais, en somme, ce qui reste de ces travaux après une saine critique est bon, et l'enregistrement rigoureux de la température dans les maladies a déjà permis d'établir des faits pleins d'utilité pour le diagnostic et pour le pronostic; je vous l'ai montré dans plusieurs occasions. Eh bien! la constatation exacte de la température substituée à l'appréciation individuelle est une méthode du même ordre que la méthode statistique substituée à des souvenirs vagues pour l'étude des divers symptômes, pour celle de leur marche, de leur terminaison, de leur valeur pronostique. C'est le moyen de mettre très-peu du sien dans les jugements qu'on porte sur les choses, et partant c'est le moyen le plus sûr d'approcher de la vérité. M. Grisolle, qui, comme je vous l'ai dit, avait inscrit ces paroles de Rousseau en tête de son premier travail, devait être naturellement partisan de la méthode numérique employée comme élément des jugements qui doivent être portés sur les faits et sur leur valeur. Il résumait au reste ses opinions sur ce point, dans l'avant-propos de son *Traité de pathologie interne*, par les paroles suivantes : « Pour

» s'élever de la connaissance des faits particuliers à celle des » faits généraux, on ne s'est plus fié à la mémoire, aux impressions vagues, aux inspirations théoriques; on a recueilli » des faits nombreux, on les a comparés et comptés, et par ce » rapprochement, par cette analyse, par cette numération, on » est arrivé à des déductions rigoureuses, à la connaissance de » quelques lois précises, à des résultats positifs en séméiotique, » en étiologie comme en thérapeutique. »

Ce traité de pathologie est l'œuvre capitale de M. Grisolle. Je ne puis en étudier ici avec vous tous les articles; mais soyez sûrs que tous ont un caractère de sûreté scientifique, si je puis dire ainsi, qui donne au livre une valeur réelle. On peut bien dire que M. Grisolle n'a pas rendu ses récits agréables; il ne l'a pas cherché, mais il est impossible de ne pas reconnaître que les propositions qu'il a émises sont toujours précieuses et de bon aloi; qu'il donne sur la question qu'il expose tout ce qui est démontré. Un philosophe éminent disait : « Ni la grâce, ni la grandeur d'une idée, quelles qu'elles » soient, ne suffisent pour la faire accepter sans preuve de » l'esprit philosophique; il faut que cette idée subisse, d'a» bord et sans cérémonie, le libre examen des yeux humains et le libre travail des mains humaines; tantôt qu'elle des» cende au fond d'un creuset, tantôt qu'elle traverse les filtres » et les fumées d'un laboratoire, ou bien qu'elle résiste très» longtemps à toutes sortes d'épreuves multipliées et compli» quées; et ce n'est qu'après avoir été soumise et avoir sur» vécu à cette inquisition intellectuelle qu'une idée prend » place dans le temple de la Vérité et est admise au nombre » des lois d'une saine philosophie. »

Ce que le docteur Chalmers demande aux idées avant de leur reconnaître droit de cité dans la philosophie, M. Grisolle le demande toujours aux faits avant de les admettre au nombre des lois d'une science positive et saine.

Quant à la manière dont elle progresse, messieurs, la science m'apparaît comme un pays qui augmente sans cesse son territoire et recule incessamment les limites de ses possessions. Voyez dans l'autre hémisphère, il est une grande nation qui s'étend de jour en jour. Des hommes hardis, trop à l'étroit dans les villes bien réglées, avides de mouvement et emportés souvent par l'esprit d'aventure, vont chercher des contrées nouvelles sans se soucier des obstacles qu'ils ont à braver, puis ils prennent possession de ces terres conquises. Leurs moyens sont parfois sauvages et violents, ils ne reconnaissent, ni n'observent souvent les lois d'une morale bien rigoureuse et ils occupent tout, les mauvaises comme les bonnes terres, sans choix, sans examen, pourvu qu'ils s'approprient le sol. Puis, après ces pionniers, d'autres viennent plus calmes, plus judicieux, qui étudient et pèsent la valeur du fonds que les autres ont occupé, qui séparent les terres fécondes des terrains douteux ou stériles, qui en règlent la culture et qui, refrénant les mœurs un peu trop libres des conquérants, font régner sur la contrée des lois morales et protectrices. Alors seulement le pays nouveau est constitué et digne de prendre place dans l'Union.

De même dans la science chacun suit l'impulsion de la nature et des tendances de son esprit, les uns emportés par leur imagination, poursuivis comme par un besoin de s'affranchir des idées généralement acceptées, s'élancent en avant par une initiative impétueuse. Tout n'est pas toujours bien réfléchi, bien coordonné dans ce mouvement en avant, les mœurs intellectuelles de ces pionniers de la science ne sont pas toujours marquées au sceau du bon sens, cette morale de l'esprit, mais viennent bientôt d'autres plus rassis dans leurs jugements, observateurs plus froids, plus rigoureux, plus scrupuleux des lois de la logique et plus châtiés dans leurs conclusions, ils trient alors les nouvelles acquisitions apportées au domaine commun, font la part de ce qui est bon et de ce qui est douteux ou faux, et constituent alors les départements que la science peut et doit légitimement compter comme des acquisitions nouvelles et solides.

Tout en reconnaissant l'utilité du rôle que jouent, dans ce développement des choses, les hommes d'initiative auxquels je sais rendre toute justice, je préfère de beaucoup, je l'avoue, le rôle de ceux qui règlent et épurent ce mouvement.

C'est à cette dernière classe d'esprits que M. Grisolle appartenait.

Je vous disais tout à l'heure que si, dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE, M. Grisolle n'a pas rendu ses récits agréables par un style plus fleuri, c'est qu'il ne l'a pas cherché. Cela, je le crois fermement, car s'il eût voulu, il savait écrire avec assez de talent pour faire tout autrement. Un jour vint, en effet, où, chargé de prononcer à la Faculté l'ÉLOGE du maître qu'il aimait tant, DE M. CHOMEL, M. Grisolle montra des qualités d'écrivain qui furent comme une sorte de révélation. C'était un aspect tout à fait nouveau sous lequel il se présentait. Je l'ai entendu prononcer cet éloge, et j'ai été singulièrement transporté par cette page remarquable. Ce n'était pas seulement l'expression du respect et de l'affection pour le maître chéri; cela, nous nous attendions tous à le trouver dans la bouche de notre ami; mais c'était un style d'une rare abondance et d'une rare pureté. La lecture que j'ai dû faire plus tard de cet éloge, alors que, chargé de celui de M. Rostan, j'ai étudié avec soin les manières différentes des différents orateurs, cette lecture, dis-je, m'a fait apprécier plus profondément encore tout le mérite de cette composition. On y trouve surtout des portraits, celui de Broussais et celui de Chomel entre autres, dont le pinceau élégant et ferme est plein de vérités et qui sont des plus remarquables. L'effet de ce discours fut considérable et d'autant plus grand qu'il était plus inattendu. Quiconque a entendu ou lu cette production, reconnaîtra facilement avec moi que si M. Grisolle n'a pas enveloppé ce qu'il a dit dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE sous une forme plus gracieuse, c'est qu'il a pensé que tout ornement était superflu quand il s'agissait d'énoncer les vérités de la science. A-t-il eu raison? S'est-il trompé? Je n'ose décider pour ma part; mais j'ai tenu à bien vous montrer, messieurs, que M. Grisolle avait, quand il était opportun de le faire, témoigné des qualités d'un écrivain distingué.

En 1853, M. Grisolle fut nommé professeur de thérapeutique, et l'on peut dire, en quelque sorte, que ce fut là pour lui une manière de bonne fortune. Pendant le temps qu'il occupa cette chaire, en effet, il ajouta, aux connaissances qu'il avait pu acquérir auprès de Louis et de Chomel, des données plus complètes sur la valeur des différents agents du traitement dans les maladies. C'était la dernière main qui pût être mise aux conditions qui le désignaient d'une façon spéciale pour la chaire de clinique. Cette chaire lui échut naturellement quand, à la fin de 1864, M. Rostan fut forcé, par l'état de sa santé, de quitter les travaux de la Faculté.

C'est alors, messieurs, que, ici même, à la place où vous me voyez assis aujourd'hui, M. Grisolle déploya des qualités qui le rendaient un professeur particulièrement efficace. C'est là, en effet, qu'il donna ces leçons cliniques si remarquables, parmi lesquelles je citerai plus spécialement celle qui fut la première en date, et qui restera toujours un modèle du genre. Elle avait pour objet l'étude de la péritonite tuberculeuse. Quelle sûreté de vues cliniques, quelle netteté, quel tact! J'ai lu et relu bien des fois cette leçon, non pas que j'eusse à y chercher des renseignements ou des détails spéciaux, mais parce qu'elle m'a toujours paru un sujet d'étude et de méditation, à titre d'exemple d'une exposition vraiment clinique, claire, simple et éminemment instructive. Vous la trouverez dans la GAZETTE DES HÔPITAUX pour 1865; et dans l'année 1866 du même Recueil vous trouverez deux autres leçons, l'une sur l'atrophie des testicules à la suite des oreillons, et l'autre sur l'arthrite blennorrhagique, leçons qui permettent également d'apprécier les éminentes qualités de clinicien qui distinguaient M. Grisolle. Et sachez-le bien, si je vous désigne ainsi certaines leçons, c'est seulement parce qu'il m'a fallu choisir, car les mêmes mérites se retrouvent dans

toutes, ou du moins toutes témoignent à des degrés divers des mêmes qualités.

Il est un mot, messieurs, que je prononçais tout à l'heure, et puisque je le rencontre, je désire m'arrêter un moment sur sa signification trop souvent altérée, selon moi. Quel tact! vous disais-je tout à l'heure en vous énumérant les qualités cliniques qui brillent dans la première leçon de M. Grisolle sur la péritonite. Eh bien, je désire beaucoup, dans votre intérêt, que vous ne preniez pas le change et que vous n'alliez pas croire que le tact médical est un don naturel, un effet de l'inspiration, une qualité d'artiste. Cela a été dit et répété; cela me paraît tout à fait inexact. Le tact médical est le résultat de l'expérience, le fruit de l'étude attentive. C'est la connaissance, acquise et non pas spontanée, des rapports qui lient les symptômes aux lésions, connaissance qui, dans la pratique, permet de rattacher promptement l'un à l'autre ces deux termes du problème. Cette science des rapports, croyez-le bien, ne naît pas avec l'individu. Selon qu'on est plus ou moins bien doué, on la possède plus ou moins vite, mais tenez pour bien démontré que sans l'étude assidue vous ne pourrez acquérir cette qualité. Avoir beaucoup vu en médecine, c'est avoir beaucoup regardé, c'est-à-dire avoir beaucoup comparé, non pas seulement les faits entre eux, mais avoir comparé les faits qu'on observe avec les types qui ont été délimités dans la science, à titre d'individualités et de groupes pathologiques. De là pour vous cette nécessité, sur laquelle j'insiste habituellement, sur laquelle je reviens et je reviendrai sans cesse, de vous préparer à l'étude de la clinique par de fortes études théoriques. M. Grisolle était imbu de ces idées et parlait avec un certain dédain des cliniciens purement inspirés. Il était aussi pénétré de ce que je vous répète chaque jour, que dans vos études cliniques, ce qui est le plus utile, ce n'est pas la leçon que nous vous faisons à l'amphithéâtre, mais bien celle que nous vous donnons dans la salle même de l'hôpital, quand nous vous forçons à procéder à l'interrogation et à l'étude complète du malade. Certes, nous faisons tous nos efforts, dans les leçons à l'amphithéâtre, pour vous instruire le plus et le mieux possible, mais là nous pouvons seulement vous montrer, à titres d'exemples, comment notre intelligence a procédé pour arriver à reconnaître et à dénommer un groupe morbide qu'il s'agissait d'interpréter; nous pouvons vous donner encore quelques règles générales sur la manière de diriger ce travail, insister sur certains points relatifs au pronostic, sur les indications qui ont décidé de la thérapeutique à suivre dans la situation présente; Mais combien cet exposé des procédés de l'intelligence du maître est moins fécond que la mise en œuvre directe et personnelle de l'intelligence de l'élève! Forcé lui-même à l'action, il est alors contraint à une attention plus complète, plus soutenue; il ne reçoit pas toutes colligées et toutes réunies les remarques qui décident du résultat, il faut qu'il les acquière par un travail intellectuel à lui, à l'aide d'un labeur à lui, et non-seulement ce travail et ce labeur lui servent à mieux graver dans sa mémoire l'histoire de l'observation particulière qui a provoqué sa recherche, mais encore ils constituent une sorte de gymnastique intellectuelle qui profite à l'éducation scientifique générale de celui qui a été soumis à cette étude. Croyez-moi, tenez toujours les enseignements que je vous fais puiser au lit des malades en beaucoup plus haute utilité que les leçons que je vous donne, quelque soin que j'y apporte. Ce que je vous dis en ce moment c'était l'opinion de Rostan, c'était celle de M. Grisolle, qui tous deux préconisaient cette méthode, comme la préconiseront toujours ceux qui auront médité sur la meilleure manière d'enseigner la clinique.

Dans une autre occasion, j'ai recherché, devant la Faculté réunie, le rôle que M. Rostan avait joué dans l'évolution du mouvement de la science médicale au commencement de ce siècle. Je me suis efforcé de le montrer, avec Chomel, M. Louis, M. Andral et le vénérable M. Cruveilhier, luttant contre la conception trop absolue de Broussais et contre ses assertions un peu trop théoriques et trop mal assises. M. Grisolle avait commencé sa vie à cette école, mais bientôt il eut, comme nous l'avons nous-mêmes aujourd'hui, d'autres devoirs à remplir. Des idées nouvelles surgirent; des procédés nouveaux d'investigation furent mis en œuvre et conduisirent à une connaissance plus profonde des faits et à des constatations qui jetaient un nouveau jour sur bien des points de la médecine. Ce mouvement rencontra dans ce pays-ci deux obstacles, qui retardèrent un moment son développement. Ces obstacles, il importe de les signaler ici. D'abord certains esprits, chagrins et retardataires de parti pris, nièrent la valeur des travaux et des faits qui gênaient leurs idées constituées. D'autres, paresseux, endormis dans la quiétude de leurs connaissances, repoussèrent absolument ces assertions importunes, afin de s'éviter l'étude et le contrôle critiques qui peuvent seuls permettre de se prononcer hautement contre les opinions et les travaux qui se produisent. Il devint de mode, chez quelques-uns, de railler et de plaisanter la fougue et l'engouement des novateurs qui, disait-on, n'apportaient rien d'utile. Pauvres esprits avec lesquels on en a fini fort heureusement.

En outre, ce qui retarda plus complétement encore chez nous la vulgarisation de ces progrès et l'examen critique de ces découvertes, ce fut, sachez-le bien, cette incurie et ce laisser-aller singulier du pouvoir qui, aux lamentations des savants, aux sollicitations incessamment formulées par les membres du corps enseignant qui voulaient obtenir le personnel et le matériel nécessaires à la propagation de ces connaissances, répondaient d'une façon presque dédaigneuse, en faisant sonner bien haut la nécessité de préparer des armes nouvelles pour lutter contre un voisin dangereux, et en ayant l'air de croire que l'Europe nous enviait notre science, comme on disait alors, qu'elle nous enviait notre administration modèle. C'étaient là des propos honteux que j'ai entendus pour ma part avec le rouge au front et depuis, hélas! nous n'avons même pas eu la compensation de voir ces armes qu'on préférait si complétement aux instruments de la science, prévenir et détourner les désastres de notre malheureuse patrie!

Cette incurie coupable n'a pas été une des moindres causes du retard qu'a subi parmi vous l'évolution de certaines connaissances nouvelles. La responsabilité ne nous revient nullement, à nous qui avons sans cesse répété nos supplications alarmées. Cette responsabilité, on a voulu nous l'imputer. Puisque l'occasion se présente, je repousse formellement et la tête haute cette accusation. A chacun sa part, il est plus que temps de bien l'établir et la lumière doit être faite.

Mais malgré tout, le mouvement s'est produit. Rien ne peut, en effet, c'est ma ferme conviction, empêcher la vérité de se faire jour. Elle est comme le soleil que les nuages obscurcissent bien pendant un temps, mais qui finit toujours par dissiper les vapeurs qui l'entourent, et par verser sur la terre la lumière qui l'échauffe et la vivifie.

Alors est né pour la génération de M. Grisolle le devoir d'aller plus loin que ses maîtres. Il ne manqua pas à cette nécessité, qu'il comprit parfaitement. Je trouve, en effet, son opinion à ce sujet très-bien formulée dans l'avertissement placé en tête de la neuvième édition de son Traité de pathologie:

« Lorsqu'on ne se complaît point, comme quelques-uns le font, dans une philosophie nuageuse ou dans un culte idolâtre du passé, on trouve que la science progresse sans cesse, et que la vigoureuse impulsion que lui imprimèrent nos aînés dans la carrière, dès le commencement de ce siècle, se continue toujours. Le devoir de celui qui écrit un livre comme le mien, est de travailler sans cesse, d'examiner toutes les idées nouvelles pour les contrôler par l'observation, pour les juger sans parti pris et avec une complète indépendance. Je crois n'avoir jamais failli à cette obligation. » Comme ces paroles sont dignes; calme et tranquille expression d'une conscience

pure, elles montrent bien le côté simple et droit du caractère de notre ami.

Une chose en effet lui était particulièrement antipathique, c'était le bruit et le fracas que font certaines personnes autour de soi-même. La recherche, l'afféterie, lui déplaisaient aussi tout spécialement, et il regardait avec une certaine pitié moqueuse ceux qui s'attachaient, dans l'étude des questions diverses, aux petits côtés qu'elles présentent, et qui occupés de menus détails sans valeur et sans portée, présentent ces découvertes prétendues comme des inventions de premier ordre, toutes grosses d'avenir et de conséquences élevées. Il avait, à ce sujet, un mot un peu trivial pour désigner ceux qui, d'après son dire, *fionnaient* ainsi la science. Comme j'ai eu occasion de le dire ailleurs de lui, il tenait à *être* et se souciait fort peu de *paraître*. Quand son action personnelle amenait tel ou tel résultat, il se contentait de se réjouir *in petto* de son succès et n'en parlait jamais. Il ne réclamait même pas, si quelque mouche du coche s'attribuait, devant lui, le résultat obtenu. Je me rappelle même un jour où semblable scène me fut offerte. Jamais vous ne pourrez vous figurer ce qu'avait en cette occasion de fin, de comique et de narquois le sourire ébauché sur les lèvres de M. Grisolle et le léger clignement d'yeux avec lequel il avait l'air de me signaler la bourdonnante individualité qui s'attribuait un résultat que l'influence seule de M. Grisolle avait amené.

Cette sorte de besoin d'obscurité, cette haine de l'éclat et du bruit, aidaient M. Grisolle à paraître froid et sauvage. Plusieurs l'ont trouvé tel et ont énoncé sur lui cette opinion. Ce sont ceux-là surtout qui, *amis du genre humain*, comme dit Molière, ont les liaisons faciles, mais souvent peu profondes. Toujours ouverts à tout un chacun, mais l'oubliant après quatre pas, ils prétendent trouver partout et chez tous cette même apparence de bon accueil stérile et mensonger. Non, assurément, M. Grisolle n'avait rien de banal dans ses rapports d'homme à homme. Il n'était pas

De tous ces grands faiseurs de protestations,
Ces obligeants donneurs d'embrassades frivoles.

Il traitait avec les hommes comme je vous ai montré qu'il faisait avec les idées. Il pensait encore comme Alceste,

Qu'avant de se lier il faut se bien connaître.

De là sa réserve et sa froideur apparente. Mais quand on avait plus de patience, quand, jeunes ou vieux, grands ou petits, on ne pressait pas les choses, quand on se prêtait à subir son contrôle et son observation, lorsqu'il vous admettait dans son amitié, quelle nature on découvrait, quel cœur on voyait à nu!

M. Grisolle était froid et même par moment trop rude, disaient certains individus. Eh bien, tous ceux qui l'ont réellement connu, et plusieurs m'entourent ici, sont unanimes pour s'inscrire absolument en faux contre cette manière d'apprécier notre ami. Dernièrement encore, alors que, causant de lui, nous échangions nos souvenirs affligés, ils me répétaient ce que je savais, ce que je dis ici hautement: qu'il n'est pas d'ami plus fidèle, plus sûr, plus dévoué que ne l'a été M. Grisolle; qu'il avait même, avec ceux qu'il aimait, des finesses d'affection, des délicatesses de cœur, que le gros public des indifférents ne pouvait prévoir et qui touchaient vivement ceux qui en étaient l'objet. Mais il ne fallait pas s'en apercevoir en sa présence, il ne fallait pas l'en remercier, car alors il était très-mécontent et se défendait fort, de crainte d'avoir l'air de chercher quelque effet et quelque éclat.

Non, non, messieurs, quiconque laisse après soi les regrets que nous éprouvons tous à la pensée de sa perte, n'a pas été un ami tiède et indifférent. Et quant à moi, je me tiendrais pour bien heureux si je pouvais espérer qu'on sentira pour moi, quand je ne serai plus, ce que la perte de M. Grisolle nous inspire.

Dans l'exercice de son art, il avait un cœur excellent et sympathique aux douleurs d'autrui, mais il ne fallait pas qu'on le remarquât. Je me souviens qu'un jour, peu de temps avant qu'il ne tombât malade, nous fûmes appelés tous deux en consultation auprès d'une même personne. Il s'agissait d'un jeune homme frappé de phthisie pulmonaire. La mère, dont cet enfant était l'espoir et la vie, nous aborde à la fin de notre examen pour savoir notre sentiment; une anxiété cruelle était peinte sur sa figure. M. Grisolle me chargea du soin d'écrire le traitement convenu et commença à parler à cette pauvre mère. Il le fit avec une douceur, un soin, une habileté de cœur singulière, et lorsqu'il se retourna vers moi ses yeux étaient humides, bien qu'il eût retenu les larmes qui les remplissaient. Quand nous sortîmes et que lui parlant de cette douleur si poignante de la pauvre mère, j'en vins à signaler son émotion, il me reçut fort mal. Brave cœur qui, dans cette mère éplorée, avait vu l'image du désespoir qui l'aurait envahi lui-même si l'un de ses enfants chéris avait été frappé du mal incurable qu'il venait de constater; mais esprit singulièrement ombrageux qui avait peur de laisser surprendre chez soi les sentiments les plus naturels et les plus honnêtes et qui en repoussait l'expression comme une exagération coupable.

Allez demander à la sœur qui est chargée de la salle Sainte-Jeanne si M. Grisolle avait un cœur sec et froid! Aujourd'hui que nous l'avons perdu, elle osera, l'excellente et digne hospitalière, qui d'ailleurs par son intelligente et pure charité mérite assurément nos plus sympathiques respects, elle osera vous dire ce qu'elle eût craint de révéler du vivant de notre ami, et alors vous apprendrez le nombre des soins empressés de M. Grisolle pour pallier la douleur et adoucir les derniers moments des pauvres malheureux commençaux de son service. Mais ces dons pieux, ces attentions souvent délicates étaient des secrets entre la religieuse et M. Grisolle, qui dissimulait avec le plus grand soin ses charitables préoccupations.

Je pourrais vous dire encore bien des traits du même genre; ceux-ci suffisent pour vous montrer combien le caractère de mon ami a été méconnu par certains. Si j'ai insisté sur ce point, ce n'est pas que je me soucie pour sa mémoire, plus qu'il ne se souciait pendant sa vie, des opinions formulées sur lui par ceux qui le jugent sans l'avoir connu réellement, par ceux qui se sont arrêtés à l'enveloppe, sans chercher à voir ce qu'elle couvrait. Non! je parle de cet ami précieux tel que je l'ai connu. Je dis ce que j'en sais uniquement pour le charme de le dire à ceux qui sauront comprendre tout ce qu'il y a de doux à avoir joui d'un cœur affectueux et dévoué. C'est pour moi comme le plaisir d'avoir su trouver un diamant d'une eau pure, d'un éclat incomparable, là où d'autres n'ont trouvé qu'un caillou sans valeur. Et puis ce que je sais sur M. Grisolle, eh bien, je le dis par reconnaissance de cœur et sans autre souci que du plaisir de confesser la vérité pour la vérité même, et au nom d'une affection qui fut toujours désintéressée et qui certes aujourd'hui ne peut donner lieu au moindre soupçon de personnalité.

Nous qui vivons après lui et qui avons la mission de continuer l'examen critique et les études sévères qu'il avait commencées, nous devons à sa mémoire de ne jamais oublier quel calme, quelle sagesse il a mises dans ses travaux. Plus jeune que lui de quelques années, j'assiste à une évolution plus complète de certaines parties de la science. Là, comme lui, je servirai de mon mieux les intérêts sacrés qui me sont confiés; j'irai dans la voie nouvelle aussi loin que je pourrai aller, mais sans jamais oublier celui que j'ai remplacé et dont nombre de fois le souvenir se présente à moi quand je viens m'asseoir à cette place qu'il a si dignement occupée.

Voilà ce qu'était l'homme si vite enlevé à la science. Une pensée cependant peut non pas amoindrir, mais tempérer nos regrets.

C'est l'idée de la douleur qui eût envahi son âme s'il avait assisté, comme nous l'avons fait, aux désastres de nos dernières années. L'épreuve eût été cruelle pour lui; nous le savons par ce que nous avons souffert. Ces douleurs, il ne les a pas subies.

Puissions-nous, nous à qui ce lamentable spectacle n'a pas été épargné, vivre assez longtemps pour voir la réparation; car, quoi qu'on dise, quelque temps qui s'écoule, la blessure reste toujours là, qui saigne et fait cruellement souffrir. Mais, soyez-en sûrs, c'est par le travail incessant et de tous les jours, poursuivi dans toutes les conditions sociales et chacun dans sa sphère, que nous devons préparer notre pays à cette œuvre sacrée, en accroissant toutes ses forces partout et toujours. Point de hâte! point d'impatience! point d'illusions! Du calme, du labeur persévérant, de la prévoyance attentive et scrupuleuse. Voilà les gages du succès futur.

Assemblée nationale : COMMISSION ADMINISTRATIVE DES HÔPITAUX ET HOSPICES.

Le temps s'est chargé de confirmer ce que nous avons dit il y a près d'un an (*Gaz. méd.*, 1872, p. 385) des dispositions systématiquement hostiles de la commission de l'Assemblée et d'une grande partie de l'Assemblée elle-même à l'égard de l'introduction de l'élément médical dans les commissions hospitalières. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu, en troisième lecture, du projet que connaissent nos lecteurs, la Chambre a rejeté d'abord un amendement de M. le docteur Chevandier de Valdrôme demandant que, dans les villes de 30 000 âmes et au-dessus, un médecin élu par ses confrères fit partie de la commission administrative. Un autre amendement de M. le professeur Bouisson n'a pas eu un meilleur sort : il ne s'agissait pourtant que de conférer le même droit aux villes qui sont le siége d'une Faculté de médecine.

Il est trop tard pour récriminer. Nous aurions d'ailleurs peu de chose à ajouter à ce que nous avons déjà dit. Nous laissons donc le public juge de la question. Pour mieux l'éclairer, nous aurions voulu mettre sous ses yeux les discours de nos deux éminents confrères ; mais le défaut d'espace nous oblige à ne publier que celui de M. Bouisson. A. D.

. . . .

« Dans les villes qui possèdent des Facultés de médecine, les commissions hospitalières ont des devoirs plus étendus à remplir que dans les villes ordinaires ; les hôpitaux qu'elles dirigent ne servent pas seulement à l'admission des malades, ils servent aussi à former des médecins. Ces villes, messieurs, vous le savez, ne sont pas nombreuses, il n'y en a que trois en France : Paris, Montpellier et Nancy; Paris même représente une catégorie particulière pour laquelle il y a une réglementation déterminée.

Eh bien, messieurs, pouvez-vous refuser aux villes dans lesquelles est établi l'enseignement supérieur médical, le droit de voir les membres qui appartiennent à cet enseignement figurer dans les commissions qui dirigent les hospices où se trouvent les moyens qui doivent assurer la tradition médicale la plus efficace ?

Je crois interpréter fidèlement votre pensée en disant que vos sympathies et votre concours sont assurés à tous les progrès de l'enseignement supérieur. Eh bien, vous ne sauriez mieux exprimer ce concours qu'en le prêtant en ce moment à une cause qui n'est pas indigne d'être soutenue devant vous, et qui peut se traduire par des conséquences heureuses pour la société elle-même. (Très-bien !)

Vous voulez que la famille soit entourée de soins éclairés; vous voulez que l'assistance publique, sous forme d'instruction médicale, pénètre partout, dans les fermes, dans les hameaux, dans les villages où réside l'intéressante population agricole; vous voulez qu'elle pénètre dans les quartiers populeux des grandes villes, dans les cités ouvrières où se trouvent ces classes laborieuses qui sont l'objet de vos constantes sollicitudes; vous voulez que notre armée possède des médecins dévoués et instruits ; vous voulez que dans les contrées lointaines le soldat de marine retrouve le médecin dévoué qui le conserve pour sa patrie et qui seul représente auprès de lui la famille absente. Eh bien, ouvrez largement vos hôpitaux, faites-les diriger par des commissions hospitalières éclairées par l'esprit de charité et de science, afin qu'elles puissent dire non-seulement : *Sinite pauperes venire ad me !* mais aussi : *Sinite studentes venire ad me!* (Très-bien !)

C'est dans les hôpitaux d'instruction que doivent fonctionner ces laboratoires de clinique que vous accordiez naguère à la demande si fortement motivée de l'honorable ministre de l'instruction publique, et, j'ose le dire aussi, aux humbles arguments que j'ai eu l'honneur de vous présenter.

Je m'autorise du souvenir de votre délibération pour dire qu'il est des lois qui, sans viser le même but, se rencontrent par certains points et qu'elles ne doivent pas se créer des difficultés réciproques. Je suis fondé à croire que la loi actuelle ne seconderait pas les intentions qui vous ont guidés, lorsque dans la discussion de la loi du budget vous avez consenti à créer ces laboratoires cliniques. (Bruit.)

Messieurs, je vous demande un instant d'entretien ; cette question en vaut bien la peine. (Oui! parlez!) Je n'hésite pas à affirmer que si dans les villes qui renferment une Faculté de médecine vous n'introduisez pas au sein de la commission administrative un membre de cette Faculté, vos intentions seront toujours méconnues, et cela par la force même des choses. Les intérêts des études ne seront pas sauvegardés. Il y a d'abord des questions spéciales qui réclament la présence d'hommes compétents, et dont le concours doit être réputé indispensable. Mais ce n'est pas seulement pour la question d'hygiène hospitalière que je signale la nécessité de ce concours parfois si méconnu; c'est pour les intérêts des études scientifiques qu'un professeur de Faculté doit être considéré comme un élément naturel des commissions administratives. Les hôpitaux des villes universitaires où existe une Faculté de médecine présentent des intérêts multiples et ne peuvent être régis et administrés comme les hôpitaux des autres villes.

Messieurs, une mesure particulière prise pour Paris, confirmée par une longue habitude et même par une disposition réglementaire, a consacré comme un fait aussi régulier que nécessaire l'introduction d'un membre de la Faculté de médecine dans la commission des hospices; c'est ordinairement le doyen ! Les villes de province qui possèdent des facultés de médecine, comme Montpellier, Nancy, ont les mêmes droits. Pourquoi la loi reste-t-elle muette ou répulsive à leur égard ?

Une disposition importante a été introduite hier dans la loi, elle serait complétée par celle que je propose, car on peut admettre que le prêtre et le médecin ont, à titre égal, leur place marquée dans les commissions administratives.

Les hôpitaux placés dans la catégorie que je viens d'indiquer sont non-seulement des hôpitaux de charité, mais aussi des hôpitaux d'instruction. Ils rendent par conséquent des services immédiats et à long terme qui ne sauraient être indifférents aux commissions hospitalières elles-mêmes.

N'est-ce pas ici le cas de vous rappeler que la charité et la science ne s'excluent pas? Loin d'être en antagonisme, elles se complètent et se font valoir réciproquement. (Très-bien ! très-bien ! à gauche.) Cet antagonisme ne serait donc qu'une idée fausse contre laquelle il faut protester.

La science et la charité ont pour but suprême le bonheur de l'homme.

Si la charité, qui est divine dans son origine, arrive à ses fins par les plus délicates inspirations du cœur, la science, qui est aussi divine dans son origine, la science qui n'est pas athée comme on l'a dit (très-bien ! très-bien !), tend au même but et elle y arrive quelquefois d'une manière plus sûre.

Le jour où l'on a employé les moyens anesthésiques dans les hôpitaux, la science a beaucoup fait, puisqu'elle a vaincu la douleur ; le jour où elle a cherché et trouvé le moyen d'arrêter le sang dans le cours d'une opération, ou de substituer à l'amputation une opération plus douce, qui peut être réputée conservatrice, je maintiens qu'elle a exprimé dans l'intérêt de l'humanité un résultat au moins égal à celui de la charité la plus éclairée. (Très-bien ! très-bien !) Par conséquent, la science, dans ses progrès, s'applique directement au soulagement des malheureux, pour lesquels nous avons tous le même amour, quel que soit le point de vue où nous nous placions, que ce soit celui du chrétien, du philanthrope ou du savant.

Messieurs, vos commissions d'administration, telles que la loi qu'on vous propose les organise, sont surtout des commissions de charité. Faites-en, à quelques égards, je ne dirai pas des commissions savantes, mais des administrations dans lesquelles l'élément scientifique soit représenté. (Très-bien ! très-bien ! à gauche). Imposez-leur ce double caractère dans les lieux où l'État a établi une Faculté de médecine, où peut-être vous établirez vous-mêmes vos établissements libres d'instruction supérieure, et le pays vous sera reconnaissant d'une pareille mesure. Il est bon de répéter, du reste, que les hôpitaux d'instruction sont, pour les pauvres, les meilleurs des hôpitaux.

Hier, M. l'évêque d'Orléans vous disait, avec l'éloquence la plus élevée : « Les hôpitaux nous appartiennent, parce que nous les avons fondés. » Eh bien, messieurs, la science médicale peut dire à son tour, car la médecine est aussi un sacerdoce... (Approbation sur plusieurs bancs): « Les hôpitaux nous appartiennent parce que nous les avons conquis par des services majeurs et qui s'expriment tous les jours. (Nouvelle approbation.)

Le médecin a le droit d'administrer ces hôpitaux parce qu'il y naît à la science, parce que son existence s'y déroule d'une façon complète, parce qu'il y meurt quelquefois dans le plein et noble exercice de ses fonctions. (Très-bien ! très-bien !)

Je n'hésite pas à l'affirmer, messieurs, tous les progrès qui s'accomplissent dans les hôpitaux, ont lieu dans l'intérêt des pauvres. C'est à leur avantage que le médecin y acquiert l'expérience proprement dite qui résulte de l'opération scientifique et réitérée des faits. Les malades, même les plus humbles et les moins éclairés, apprécient à un très-haut degré cette expérience qui les attire et qui les attache; car je puis le dire, quand les malades qui fréquentent les hôpitaux peuvent choisir le lieu de leur admission, ils demandent invariablement les grandes cliniques desservies par les meilleurs maîtres et fréquentées par le plus grand nombre d'élèves. (C'est très-vrai!) Les commissions administratives n'ignorent point ces faits qui sont de nature à nous éclairer sur le choix de leurs membres. Ainsi, même aux yeux des pauvres, science et charité sont les deux aspects du rôle attribué aux hôpitaux.

Je vais plus loin. Les élèves eux-mêmes sont des instruments de charité, et quel caractère plus efficace pourrait-on attribuer à l'exercice de cette vertu! L'élève en médecine que vous avez formé dans vos établissements universitaires, de qui vous exigez les deux baccalauréats, c'est-à-dire que vous avez fait passer par cette série d'influences que donne le commerce prolongé avec les esprits supérieurs de tous les âges, l'étudiant en médecine sérieux, l'étudiant qui étudie, comme le disait familièrement Velpeau, et qui, par conséquent, est digne de la considération et de l'intérêt des commissions hospitalières, cet élève, avant d'être le guérisseur des malades, en est le serviteur. (Très-bien! très-bien!)

Oui, messieurs, nos élèves, dans le but de s'instruire, reçoivent l'initiation que vous admirez dans les institutions religieuses. Ils pansent les malades, les préparent aux opérations et leur donnent ces soins qui paraîtraient bien ingrats aux gens du monde, qui en parlent quelquefois bien légèrement. Lorsqu'il s'agit d'une épidémie, vous les voyez solliciter avec ardeur, avec énergie, la faveur d'aller secourir les malades qui en sont atteints. (Oui! oui! — C'est vrai!)

J'invoque à ce sujet les souvenirs du choléra et du zèle courageux que les élèves ont déployé pour se répandre dans toutes les localités attaquées par le fléau et y porter les secours de leur art. C'est ainsi que ces jeunes gens débutent dans la tâche que le dévouement et les règlements universitaires leur imposent simultanément, et qu'ils accomplissent sous la tutelle des commissions administratives et la surveillance de leurs maîtres.

N'est-il pas juste que les intérêts de ces élèves qui débutent ainsi dans l'âpre et honnorable carrière qu'ils doivent parcourir soient représentés dans les commissions administratives des hospices? La cause des études a besoin d'y être entendue aussi bien que les questions de l'hygiène hospitalière, des finances, du contentieux administratif et même de la charité.

Un représentant de cet ordre d'intérêt est donc nécessaire dans un certain nombre d'hôpitaux. Vous ne pouvez pas fermer l'accès des commissions administratives aux professeurs des Facultés de médecine qui dirigent dans l'art de guérir ces élèves, dont l'avenir est le fruit de bonnes études pratiques qui serviront ultérieurement au bien-être de la société.

Je demande donc, messieurs, qu'en conformité d'une décision que vous avez prise en faveur des ministres de la religion, vous preniez dans des conditions spéciales et au nom de la science une disposition analogue et complémentaire. Je demande que la médecine soit représentée dans la commission hospitalière des villes où il existe des Facultés. Cette science, qui est si profondément mêlée à tant d'intérêts humains, à tant de questions économiques, possède des droits particuliers pour obtenir ce que je vous demande, non comme une faveur, mais comme un acte de justice. (Très-bien! très-bien!)

Congrès. — Le *Congrès scientifique de France* tient en ce moment sa 39e session à Pau; elle a été ouverte le lundi 31 mars 1873 et durera dix jours au plus. Nous regrettons que le programme ne nous ait été envoyé que ces jours derniers. Pour être membre du Congrès il suffit d'adresser la somme de 10 francs à M. le trésorier du Congrès scientifique, à Pau. On recevra en échange le programme des travaux du Congrès et une carte nominative.

La Compagnie des chemins de fer du Midi a bien voulu accorder aux membres du Congrès une réduction de moitié prix pour l'aller et le retour sur toute l'étendue de son réseau. Pour en profiter, il suffit de présenter aux employés de la Compagnie la carte nominative qui sera délivrée à tous les souscripteurs.

Voici la série des questions qui doivent être traitées dans la troisième section. (Anthropologie et sciences médicales.)

1. La théorie de la sélection naturelle est-elle applicable à l'origine de l'espèce humaine?

2. Des organes rudimentaires et inutiles, chez l'homme et certains animaux, et de leur signification.

3. Trouve-t-on dans la région quelques traces de l'existence de l'homme à l'époque tertiaire?

4. Indiquer les points du département où l'on a trouvé des silex taillés ou d'autres indices de l'homme dans les temps préhistoriques. — Mêmes indications pour les autres départements de la région.

5. A-t-on trouvé sur quelques points des ossements humains de la même époque?

6. Description des principales cavernes de la région. Que doit-on penser des restes d'habitations lacustres dénoncées sur quelques points? (Salies-de-Béarn, Labastide-Villefranche, Saint-Pée-de-Leren).

7. Quels sont les animaux fossiles qui, dans la région, paraissent contemporains de l'homme? L'étude des espèces peut-elle aider à la grande question de la solution de leur origine?

8. Quels sont les caractères physiques des divers types basques? Comparaison des crânes anciens avec les crânes modernes. Les données de la science anthropologique permettent-elles d'affirmer la grande antiquité de cette race?

9. Quels sont les caractères physiques des Béarnais? A quelle race peut-on les rattacher? Rechercher les éléments fondamentaux ou secondaires qui les distinguent.

10. Esquisser la topographie médicale d'un des départements de la région.

11. Des principes de climatologie médicale et de leur application aux climats du sud-est et du sud-ouest de la France.

12. Des eaux minérales des Pyrénées et de leurs indications respectives.

13. Des différentes formes de pellagre et pseudo-pellagre dans la région et de leur étiologie.

14. Du goître. Son étiologie, ses caractères dans quelques parties des Pyrénées. Ses rapports avec la constitution géologique. — Des moyens prophylactiques et curatifs à employer contre cette affection.

15. Des meilleurs moyens pratiques d'assurer la propagation de la vaccine dans les villes et les campagnes.

16. Des réformes à introduire dans l'enseignement de la médecine.

17. De l'influence du service militaire obligatoire sur la santé publique.

18. N'y a-t-il pas lieu de réviser la liste des cas d'exemption du service militaire pour cause d'infirmités?

19. Du célibat. De son influence sur la santé individuelle et le mouvement de la population.

20. De la répartition des différents agents toxiques dans les trois règnes: animal, végétal et minéral. Existe-t-il, en dehors de leurs propriétés physiologiques, des caractères propres à faire reconnaître leur nature toxique? N'y a-t-il pas, du moins, quelques groupes naturels où ces caractères puissent être constatés?

21. Des mesures d'hygiène publique que nécessiterait une invasion de choléra dans l'Europe occidentale; et, plus spécialement, du rôle de l'administration centrale et des municipalités en pareil cas.

22. De la phthisie pulmonaire ou pommelière dans l'espèce bovine. Faut-il la conserver au nombre des vices rédhibitoires?

23. De l'acide phénique considéré au point de vue curatif et prophylactique chez l'homme et les animaux.

24. Existe-t-il chez les animaux domestiques des faits authentiques de thrombose et d'embolie?

PÈLERINAGE DE LA MECQUE.

On lit dans l'Avenire d'Egitto du mardi 28 janvier 1873:

Djeddah (Arabie), 18 janvier 1873.

Quoique le nombre des pèlerins qui se trouvent à la Mecque, à Médine et dans notre ville, soit supérieur à celui des années précédentes, il faut espérer que nous ne verrons pas apparaître le choléra cette année; car l'état sanitaire de ces villes et de leurs environs est des plus satisfaisants.

Il faut également espérer que la santé publique se maintiendra dans l'état actuel jusqu'à la fin du pèlerinage; car tous les pèlerins sont arrivés en parfaite santé.

La traversée des steamers a été courte et les pèlerins ont été maintenus dans une parfaite propreté à bord des navires, et ainsi préservés des maladies qui éclatent ordinairement dans ces masses humaines.

Les grandes cérémonies de la Mecque commenceront le 7 février (10 à l'arabe) et continueront les trois jours suivants à *Miina*, où doivent se célébrer les sacrifices du *Kourban-Baïram*.

Ainsi, cette année, la plus grande tranquillité règne parmi nous au point de vue de l'hygiène publique, et ce résultat est

dû principalement à l'infatigable activité de M. le docteur Buez, vice-consul et médecin sanitaire de France à Djeddah, lequel, malgré sa haute position, s'empresse de visiter, partout où ils se trouvent et de quelque condition qu'ils soient, les malades et les nécessiteux.

Il a fait adopter d'excellentes mesures d'hygiène par l'autorité locale, et il veille lui-même à leur exécution.

Prix Trémont. — M. Joseph Girod de Viennoy, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme de 1000 fr. en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir, qui seront reçues jusqu'au 1er juillet. La somme de 1000 fr. a été partagée, cette année, entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

Prix. — La Société médicale d'Indre-et-Loire met au concours pour l'année 1873 la question suivante : *De l'influence de l'herpétisme sur le développement des maladies de l'appareil respiratoire.*

Les mémoires devront être adressées, dans les formes académiques, avant le 1er décembre 1873, à M. le docteur Picot, secrétaire général de la Société, rue de la Guerche 10 à Tours. Le prix décerné consistera en une médaille d'or.

École de médecine de Tours. — M. Thomas, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Thomas, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie.

M. Picot, suppléant pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle médicale à ladite École, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Thomas.

M. Barret, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle médicale à ladite École, en remplacement de M. Picot.

Par décret en date du 13 mars 1873, ont été nommés dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur : M. Gerrier.

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Ladureau.

Au grade de médecins principaux de 2e classe : MM. Boyreau, Mutel, Raoult-Deslongchamps et Rozan.

Au grade de médecins-majors de 1re classe : MM. Massola, Cominal, Roy, Guérin, Lacipière, Fauvel, Dufay, dit *Saniat-Dufay*, Louail, Accarias, Massio, Krug-Basse, Poupclard, Teinturier, Schœffel, Ribadieu, Poncet et Ricque.

Au grade de médecins-majors de 2e classe : MM. Coupil, Deville, Robert, Corties, Guillemin, Percheron, Mathias, Schindler, Labrevoit, Chabanier, Perret, Hinglais, Alibran, Soulbieu, Viensse, Derazey, Hintzy, Feuvrier, Challan, Liénard, Eichinger, Tachard, Laveran et Lacassagne.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Delezenne.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Roussin.

Au grade de pharmaciens-majors de 1re classe : MM. Fessanges-Lafon, Warnier et Villard.

Au grade de pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Catenac, Amsler et Zeller.

Les médecins-poëtes. — Avis. — M. le docteur Achille Chereau met la dernière main à un ouvrage qui aura pour titre : *Le Parnasse médical français, ou Dictionnaire des Médecins-poëtes de la France, anciens ou modernes, morts ou vivants : didactiques, élégiaques, satiriques, chansonniers, fabulistes, auteurs dramatiques, vaudevillistes, comédiens, fantaisistes, burlesques, rimailleurs,* etc.

M. Chereau voulant rendre son recueil aussi complet que possible, et éviter des omissions regrettables, prie ses confrères, ainsi que les pharmaciens, etc., qui auraient fait imprimer quelques morceaux de poésie, de les lui signaler, ou même, si cela est possible, de les lui communiquer.

Envoyer, *franco*, les paquets, lettres, etc., à M. le docteur Chereau, 23, rue de Bruxelles, Paris.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort du docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, qui s'est fait un nom si honorable par ses travaux sur les *affections mentales*, le *crétinisme*, les *dégénérescences*, et par l'influence que son savoir et sa sagacité ont souvent exercée sur les décisions des tribunaux dans les affaires de médecine légale. Morel travaillait encore, quand la mort est venue le surprendre, à un traité De la médecine légale des aliénés, dont il avait déjà publié un volume.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 22 au 28 mars 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 13. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 52. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 14. — Autres affections aiguës, 234. — Affections chroniques, 377 (1). — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 23. — Total, 868.

Londres : Décès du 16 au 22 mars 1873, 1546. — Rougeole, 16 ; scarlatine, 4 ; fièvre typhoïde, 28 ; érysipèle, 5 ; bronchite, 271 ; pneumonie, 116 ; diarrhée, 25 ; diphthérie, 4 ; croup, 13 ; coqueluche, 71.

Bruxelles : Décès du 9 au 15 mars 1873, 120. — Rougeole, 3 ; fièvre typhoïde, 1 ; croup et angine, 4 ; bronchite et pneumonie, 18 ; entérite et diarrhée, 7.

Rome : Décès du 10 au 16 février 1873, 157. — Variole, 1 ; rougeole, 2 ; fièvre typhoïde, 3 ; érysipèle, 2 ; bronchite, 7 ; pneumonie, 21 ; diphthérie et croup, 8.

(1) Sur ce chiffre de 377 décès, 163 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Sommaire. — **Paris.** Académie des sciences : Moyens d'augmenter la langueur des as et d'arrêter leur accroissement : Ollier. — Clinique hospitalière : Blennorrhagie cardée ; pyohémie ; mort : M. Jubiat. — — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Études expérimentales sur l'inoculabilité du sang dans la pyohémie. — Médecine pratique : Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Sociétés savantes de l'étranger. — **Revue des journaux.** Filaments mobiles dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente. — Corpuscules mobiles dans le sang de l'homme. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** De la pachyméningite cervicale hypertrophique (d'origine spontanée). — **Variétés.** Clinique de l'Hôtel-Dieu : M. Béhier : Éloge de Grisolle. — Assemblée nationale : Commission administrative des hôpitaux et hospices — Pèlerinage de la Mecque. — **Feuilleton.** Réorganisation des services sanitaires dans l'armée anglaise.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement, considérées surtout au point de vue des symptômes et du traitement, par le docteur Jolly. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Le chancre simple chez l'homme et chez la femme, par le docteur Paul Labarthe. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice, par le docteur Castiaux. 1 vol. in-8, avec planches. A. Delahaye. 3 fr. 50

Contribution à l'étude du croup, par le docteur Callendreau-Defresse. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

L'hydrothérapie expliquée. Guide des malades aux établissements hydrothérapiques, par le docteur Maigrot. 2e édit. 1 vol. in-18. A. Delahaye. 1 fr. 25

Nouvelle méthode de traitement des fièvres intermittentes au moyen d'injections sous-cutanées d'acide phénique, par le docteur Déclat. 1 vol. in-12. A. Delahaye. 1 fr.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 13.)

Obs. III. *Rhumatisme articulaire aigu datant de quinze jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en cinq jours.* (Hôtel-Dieu, service de M. Martineau, suppléant de M. Tardieu. Observation recueillie par M. Coingt, externe du service.) — Ténier, vingt-neuf ans, couturière, entrée le 27 janvier 1873, salle Saint-Landry, numéro 3.

Antécédents. — Femme fortement charpentée, réglée à dix-huit ans. Depuis cet âge, époques menstruelles irrégulières; aménorrhée pendant quatre mois.

Il y a un an, *première attaque* de rhumatisme articulaire, traité à la Charité par des bains de vapeur.

Il y a quatre mois, *deuxième attaque* de rhumatisme articulaire, se traduisant par douleurs vives et tuméfaction des jointures. — Bains de vapeur; guérie au bout de quinze jours.

Il y a deux mois, *troisième attaque* durant quinze jours. — Frictions avec baume tranquille; sulfate de quinine. — Battements de cœur; vésicatoire à la région précordiale. Elle quitte l'hôpital encore souffrante.

État actuel, 18 janvier. — Depuis quinze jours elle souffre. Gonflement et douleurs très-intenses dans le poignet et le coude gauches; gonflement et douleur très-vive dans les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes. Pas de fièvre. Pas de sueurs. Bruit de souffle râpeux au premier temps avec maximum à la pointe et propagation vers l'aisselle. A la base, bruit de souffle au premier temps, doux, avec prolongement vers le cou. — Potion avec 50 centigrammes de propylamine.

Le 19 janvier, les douleurs ont presque complétement disparu; mais le gonflement persiste. — Même traitement.

Les 20, 21 et 22 janvier, les douleurs disparaissent complétement; le gonflement n'existe plus. La propylamine a été continuée à la même dose.

Le 23, diminution de la dose de la propylamine, qui n'est plus donnée qu'à 25 centigrammes. Huit jours après on la supprime. La malade se lève et marche facilement.

Le second jour de l'administration de la propylamine, on a constaté chez cette malade un appétit excessif.

Elle quitte l'hôpital le 6 février.

Dans cette troisième observation, on voit la triméthylamine avoir une action marquée dès le lendemain même de son administration, et, si le gonflement persiste, les douleurs articulaires, extrêmement vives, qui existaient dans un grand nombre d'articulations, disparaissent presque complétement.

En même temps que se produit cette amélioration dans les symptômes, l'appétit devient très-violent, comme dans les deux observations précédentes.

Obs. IV. *Rhumatisme articulaire aigu datant de quinze jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en quatre jours.* (Hôtel-Dieu, service de M. Martineau, suppléant de M. Tardieu. Observation recueillie par M. Clipier, externe du service). — Julie Esther, quarante ans, domestique, entrée le 14 janvier 1870, salle Saint-Landry, numéro 34. Rhumatisme articulaire aigu ayant débuté il y a quinze jours. Il occupe les articulations du membre inférieur (articulation tibio-tarsienne, genou, articulation coxo-fémorale). Ces articulations sont rouges, tuméfiées et très-douloureuses. Cœur intact. — 14 janvier, sulfate de soude, 30 grammes.

Le 16 janvier, même état; douleurs aussi vives. — Potion à la propylamine, 50 centigrammes; même véhicule que les précédentes.

Le 17, les douleurs ont diminué. Fièvre moins vive. — Propylamine, 75 centigrammes.

Le 18, même état. — Propylamine, 1 gramme. Appétit considérable. Sueurs abondantes. Urine, 3 litres.

Le 19, les douleurs ont disparu. Roideur articulaire.

Diminution de la dose de la propylamine. Le 25, elle est supprimée. La quantité d'urine a diminué en même temps que la dose de propylamine était diminuée.

Le 10 février, la malade va au Vésinet.

Dans ce cas de rhumatisme articulaire aigu, comme dans les précédents, l'action de la triméthylamine se montre dès le lendemain même de l'administration du remède.

L'appétit est augmenté, ainsi que la quantité des urines.

Obs. V. *Rhumatisme articulaire aigu, datant de deux jours. Traitement par la triméthylamine pendant quatorze jours. Insuccès.* (Hôtel-Dieu, service de M. Martineau, suppléant de M. Tardieu. Observation recueillie par M. Artus, externe du service). — Pluveau (Léopold), vingt-quatre ans, tailleur de pierres, entre le 14 janvier 1872, salle Sainte-Madeleine, numéro 22. Forte constitution.

Première attaque à l'âge de dix-sept ans, ayant duré dix mois, au dire du malade; les autres attaques sont revenues à un intervalle à peu près régulier de huit à dix mois. Dans l'intervalle, santé parfaite.

La septième attaque est survenue en janvier 1872. Elle dura vingt-quatre jours. Elle fut traitée par l'application de teinture d'iode sur les articulations, du sulfate de quinine et des bains de vapeur.

La huitième attaque a débuté le 12 janvier 1873. Le malade a pris ce jour-là un bain de vapeur. Dans la journée, il s'exposa à l'humidité, et le soir frisson, sueurs profuses, visqueuses, insomnie, douleurs dans les membres inférieurs.

Le 14 janvier, sueurs d'une abondance extrême, fétides. Rhumatisme articulaire généralisé. Tuméfaction et violentes douleurs, surtout au niveau des articulations des membres inférieurs. Cœur intact. — Traitement : Potion avec

Eau de gomme................	80	grammes.
Eau de menthe................	20	—
Propylamine..................	50	centigr.
Sirop simple....................	30	grammes.

Le 15, même état. Température axillaire : matin, 38°1 ; soir, 39°,4. — Même traitement.

Le 16, douleurs plus intenses, sueurs plus abondantes; les deux mains sont atteintes. Température axillaire : matin, 39°,4 ; soir, 39°,4. — Propylamine, 75 centigrammes.

Le 17, douleurs de plus en plus intenses. Malade complétement immobile. Soif vive. Sueurs très-abondantes. Insomnie. Température axillaire : matin, 39°,4; soir, 39°,4. Même traitement.

Le 18, exaspération des douleurs; sueurs moins abondantes. Température axillaire : matin, 39°,2 ; soir, 39°,1. — *Péricardite.* On retire, par des ventouses scarifiées, 300 grammes de sang. (Propylamine, 1 gramme.)

Le 20, les douleurs persistent avec la même intensité. Sueurs moins abondantes. La nuit a été plus tranquille. Température axillaire : matin, 39°,4 ; soir, 39°,3. (Propylamine, 1gr,75.)

Le 21, même état. Urines très-abondantes (4 litres en vingt-quatre heures). Sueurs assez abondantes. Le malade demande à manger. Température axillaire : matin, 39°,1 ; soir, 39°,4. (Propylamine, 2 grammes.

Le 22, douleurs très-intenses dans les épaules. Insomnie. Sueurs profuses. Soif intense. Urines abondantes (4 litres), peu sédimenteuses. Péricardite très-intense. Pleurésie droite. Température axillaire : matin, 40°; soir, 39°,4. (Propylamine, 2 grammes.)

Le 24, même état. Température axillaire, matin et soir, 39°.

Le 25, douleurs articulaires moins intenses aux mains et aux genoux. Dyspnée intense. Sueurs presque nulles. Urines moins abondantes. Température axillaire : matin, 39°,1 ; soir, 39°. (Propylamine, 2gr,50.)

Le 26, Insomnie; sueurs nulles. Urines peu abondantes, riches en matières colorantes. Douleurs toujours vives dans l'épaule et le coude. Membres inférieurs libres. Sensation de brûlure à l'estomac; renvois gazeux fréquents et libres. Température axillaire : matin, 39°,1; soir, 38°,4. (Propylamine, 2gr,50.)

Le 27, les mains seules sont douloureuses. Urines peu abondantes. Sueurs nulles. Péricardite persiste. A la pleurésie droite s'ajoute une pleurésie gauche. Nausées, éructations. Température axillaire : matin, 38°; soir, 39°. (Vesicatoire à droite; propylamine, 2gr,75.)

Le 28, Insomnie. Sueurs profuses. Épaules de nouveau douloureuses et tuméfiées; de même pour le genou droit. Même état pleural. Le soir, orthopnée intense. Température axillaire : matin, 39°,1; soir, 38°,2. (20 ventouses scarifiées à gauche; propylamine, 2gr,75.)

Le 29, dyspnée moindre. Disparition de l'épanchement pleural droit; apparition du frottement pleural. Péricardite persiste. Douleur nulle. Température axillaire : matin, 38°; soir, 37°,4. (Vésicatoire à gauche; on cesse la propylamine; sulfate de quinine, 50 centigrammes.)

Le 30, même état local. Température axillaire : matin, 39°,1; soir, 38°,4. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

Le 31, dyspnée moins vive. Nuit meilleure. Température axillaire : matin, 38°,1; soir, 38°,4.

Le 1er février, amendement de la pleurésie gauche, Température axillaire : matin, 38°,2; soir, 38°.

A partir de ce moment, l'amendement s'arrête et la maladie progresse.

Cette observation est des plus intéressantes. Le traitement par la triméthylamine n'a produit aucune amélioration; et, cependant, il s'agissait d'un de ces cas de rhumatisme articulaire aigu qui paraissent le plus favorables à cette médication. La dose, chez ce malade, a été portée fort loin, puisque le malade a pris jusqu'à 2gr,75 de propylamine en vingt-quatre heures. A cette dose, il est survenu des douleurs vives du côté de l'estomac.

Le sulfate de quinine, administré après l'insuccès de la triméthylamine, ne paraît pas avoir eu une action plus favorable. Ainsi donc, il existe des cas bien nets de rhumatisme articulaire aigu où le traitement que nous préconisons ici n'a aucune influence, sans que nous puissions à priori indiquer les signes cliniques qui permettent de dire si, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu donné, la triméthylamine doit réussir.

Pour expliquer cet insuccès, on ne peut invoquer la mauvaise qualité du médicament; car c'est le même qui a produit la guérison dans les quatre premières observations.

Obs. VI. *Rhumatisme articulaire subaigu. Traitement par la triméthylamine. Guérison.* (Beaujon, service de M. Brouardel, suppléant de M. Axenfeld. Observation recueillie par M. Landouzy, interne du service.) — Wallart Henld, trente-sept ans, né en Belgique, valet de chambre, entre le 30 décembre 1872, salle Saint-Jean, numéro 23, pour des douleurs articulaires.

Wallart, assez bien musclé, de constitution vigoureuse, de tempérament lymphatique, niant tout excès alcoolique et toute affection vénérienne, tombe malade pour la première fois en 1862, alors qu'il était soldat.

Après plusieurs semaines de coucher sur la paille, il est pris de douleur avec gonflement du genou droit; ces douleurs gagnent bientôt d'autres jointures et font le tour des articulations. Wallast quitte l'hôpital complétement guéri au bout de quatre mois.

En 1865, étant valet de chambre, il est repris de douleurs avec gonflement du genou droit. Ces douleurs, qui entravent plutôt qu'elles n'interrompent son service, sont traitées, trois semaines durant, par des frictions au baume opodeldoch. La même année. Wallart accompagne son maître à Vichy et y prend des bains.

En juillet 1872, Wallart entre chez M. Matice, à Beaujon, avec fièvre et gonflement douloureux de toutes les articulations. (Traitement, deux saignées.) Au bout de deux mois Wallart est évacué sur Vincennes. Peu de temps après, il entre chez M. Matice pour des douleurs articulaires sans fièvre. Au bout de quinze jours il retourne à Vincennes, où il reste près de trois semaines.

Il rentre de nouveau à Beaujon (service de M. Axenfeld, suppléé par M. Brouardel) le 30 décembre 1872, avec peu de fièvre et des douleurs limitées surtout aux membres inférieurs. Le 1er janvier, les douleurs ne sont pas spontanées; elles n'existent qu'à la pression et dans le jeu des articulations. Hydarthrose légère des deux genoux douloureux. L'épanchement est un peu plus fort à droite qu'à gauche. Douleur à la pression de chaque côté du calcanéum et au niveau des malléoles internes. Pas de tuméfaction ni d'hydarthrose tibio-tarsienne. Les mouvements du bras sont douloureux et s'accompagnent de craquements dont le malade a conscience, et que nous percevons très-nettement en embrassant avec la main la région deltoïdienne. Rien dans les poumons. Souffle doux, systolique, dont le maximum est nettement perçu à la pointe. Pas d'hypertrophie cardiaque. Le malade ne se plaint ni d'étouffement ni de palpitations. Jamais les jambes n'ont été enflées. Rien dans les urines. Pouls régulier, 72. Température axillaire, 37°,6. (Propylamine, 25 centigrammes.)

Le 2 janvier, 50 centigrammes de propylamine. Cette dose est continuée jusqu'aux derniers jours de janvier.

Le 4, le malade se trouve beaucoup mieux. Apyrexie complète. Appétit. Une selle chaque jour.

Le 6, le malade se lève. C'est à peine si l'on retrouve des signes d'hydarthrose à droite. L'amélioration continue les jours suivants.

Le 14 et les trois jours suivants, le malade se plaint seulement de picotements légers, de fourmillements et de sensations de chaleur qu'il dit ressentir dans les membres inférieurs, dans le mollet droit surtout.

Le 30, Wallart part pour Vincennes, ne conservant que ses craquements de l'arthrite sèche scapulo-humérale et le souffle mitral, dont les caractères sont absolument ceux perçus lors de l'entrée à l'hôpital.

Il s'agit, dans cette observation, d'un rhumatisme subaigu qui dure depuis lontemps. La triméthylamine produit de l'amélioration dès le lendemain de son administration; elle paraît agir sur tout l'épanchement articulaire qui diminue rapidement sous l'influence du médicament.

Obs. VII. *Rhumatisme blennorrhagique datant de dix jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en treize jours.* (Beaujon, service de M. Brouardel, suppléant de M. Axenfeld. Observation recueillie par M. Landouzy, interne du service.) — Le nommé Robert Sosthène, âgé de vingt ans, garçon de café, entre le 27 janvier 1873, salle Saint-Jean, numéro 28, pour un gonflement du genou droit.

Antécédents. — Père mort d'accident. Mère, quarante ans, bien portante, se plaint pourtant de douleurs articulaires qui ne nécessitent pas le séjour au lit. Un frère de dix-huit ans bossu (par suite d'accident à l'âge de trois ans), assez bien portant. N'a eu antérieurement qu'une maladie, la variole. Jamais de douleurs articulaires.

Invasion de la maladie. — Gagno, fin décembre 1872, une blennorrhagie. Dix jours après le coït, écoulement abondant et douleurs vives en urinant. Continue cependant ses occupations de garçon limonadier. Pas de gonflement ni de douleur des bourses. Couche dans une chambre humide habituellement.

Le 15 janvier 1873, gonflement léger du pied droit qui dure à peine vingt-quatre heures.

Le 16, gonflement énorme du genou, avec chaleur et douleur.

Le 17, repos au lit (cataplasme, trois sangsues *loco dolenti*). En même temps gonflement et douleur dans la gorge, déglutition difficile, peau chaude, transpiration abondante avec sensation de froid au genou.

Cet état continuant, le malade entre à l'hôpital le 27 janvier 1873.

Le 28 : pouls, 80; température axillaire, 37°,6. Gonflement sans rougeur, avec douleur spontanée et à la pression du genou droit, au niveau duquel on sent très-manifestement de la fluctuation. Pas d'œdème du pied droit. Rien du côté droit aux jointures. Écoulement uréthral assez abondant, non douloureux. Ventre souple, une selle tous les deux jours. Cœur : rien à la pointe, bruit parcheminé non prolongé à la base. Rien aux vaisseaux. Le malade se plaint seulement de douleurs continues et de fatigue dans le membre inférieur droit. (50 centigrammes de propylamine, 2 pots de chiendent, compression modérée du genou avec la ouate, jambe droite maintenue dans la demi-flexion par un coussin.)

Le 29 : pouls, 76; température, 37°,4. Même état général. Même état local, avec propylamine 1 gramme. Moins de gêne et de douleur. (2 pots chiendent nitré.)

Le 30 : pouls, 80. Se sent mieux. Appétit. Sommeil. Le bandage est enlevé. L'hydarthrose a un peu diminué.

Le 1er février, état général bon. Appétit. Sommeil.

Le 2, l'écoulement, assez épais, est encore abondant mais non douloureux (1 gramme de propylamine).

Le 3, 1 gramme de propylamine.

Le 4, le genou est douloureux. Le gonflement diminue. (Propylamine, 1 gramme.)

Le 5, 1 gramme de propylamine.

Le 6, séjour au lit. (1 gramme de propylamine; opiat copahu et cubèbe.)

Le 7, le malade se lève, sans marcher. La propylamine est supprimée. L'amélioration locale continue. (Opiat cubèbe et copahu, 2 pots chiendent.)

Le 12, écoulement moins abondant. État général assez bon. La malaxation forte du genou droit est seule douloureuse. Il reste un peu de fluc-

uation profonde. La circonférence est de 1 centimètre supérieure à celle du côté gauche.

Circonférence du genou droit......	37 centimètres.
Circonférence du genou gauche....	36 —

2 pots chiendent nitré, frictions au baume opodeldoch, copahu.
Le 13, le malade sort sur sa demande; il est complétement guéri.

Cette septième observation est intéressante, parce qu'il s'agit d'un rhumatisme blennorrhagique, où la triméthylamine paraît avoir eu une action favorable; c'est là un cas exceptionnel; car, le plus souvent, dans les cas de rhumatisme blennorrhagique que nous avons été à même d'observer, nous n'avons tiré aucun avantage de cette médication.

Obs. VIII. *Rhumatisme articulaire aigu datant de cinq jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en dix-neuf jours.* (Saint-Antoine, service de M. Gombault. Observation recueillie par M. Budin, interne du service.) — Le lundi 13 janvier entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Éloi, n° 29, service de M. Gombault, un homme jeune encore, ayant déjà eu huit attaques de rhumatisme articulaire aigu; les unes avaient duré pendant deux ou trois jours seulement, les autres pendant deux ou trois mois. Il a eu, dit-il, des complications du côté du cœur.

Le 9 janvier, il fut pris de douleurs dans les mains et dans l'épaule gauche. Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, celles des membres inférieurs furent ensuite atteintes.

A son entrée, le 13, on constate que presque toutes les articulations sont gonflées. Pouls fréquent, sueurs abondantes. Le cœur bat très-fort. Il n'existe pas de souffle à l'auscultation, mais une impulsion vibrante sous la main à la palpation. (Potion avec hydrate de chloral, 1 gramme.)

Le 14 matin, le malade n'a pu dormir. Céphalalgie intense. Épistaxis avant la visite. Pouls, 104; température axillaire, 38°,8. (Propylamine, 50 centigrammes.)

Soir. — Le malade dit avoir éprouvé un grand soulagement; il a pu à plusieurs reprises se reposer un peu pendant la journée. Sueurs abondantes et épistaxis continuent. Pouls, 104; température axillaire, 39°,5.

Le 15, la nuit a été mauvaise. Des douleurs plus violentes sont apparues dans les articulations du membre supérieur droit. Pas d'épistaxis. Pouls, 104; température axillaire, 39°,3. (Propylamine, 75 centigr.)

Soir. — Même état. Pouls, 96; température axillaire, 39°8.

Le 16, les articulations des membres inférieurs sont moins douloureuses. A la pointe et au premier temps le bruit est soufflant. Pouls, 96; température axillaire, 39°,2. (10 ventouses sèches sur la région précordiale; propylamine, 1 gramme.)

Soir. — Pouls, 96; température axillaire, 39°.

Le 17, état général meilleur. Les articulations du côté gauche sont débarrassées. La douleur persiste dans les membres situés à droite. Pouls, 92; température axillaire, 38°,8.

Soir. — Même état. Pouls, 92; température axillaire, 39°,2. (Propylamine, 1gr,25.)

Le 18, constipation, céphalalgie, épistaxis. L'épaule gauche est de nouveau douloureuse. Pouls, 88; température axillaire, 38°,4. (Huile de ricin, 60 grammes; propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Température axillaire, 38°,5.

Le 19, les jambes et le bras droit sont mieux; mais tout le membre supérieur gauche est pris. Bruit de souffle au cœur, à la pointe et au premier temps. Pouls, 84; température axillaire, 38°,3. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Pouls, 92; température axillaire, 39°,2.

Le 20, pas d'épistaxis, même état. Pouls, 80; température axillaire, 38°,4. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Pouls, 96; température axillaire, 38°,5.

Le 21, va beaucoup mieux. Presque toutes les articulations sont assez bien, excepté celles du bras gauche, qui restent seules douloureuses. Pouls, 84; température axillaire, 38°. (Propylamine, 1gr,50.)

Soir. — Pouls, 84; température axillaire, 37°,8.

Le 22, va de mieux en mieux; ne souffre plus même dans le membre gauche; il demande instamment à manger. Pouls, 80; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 1gr,50.)

Soir. — Il se plaint de ne pouvoir dormir la nuit et d'avoir très-grand appétit. Pouls, 80; température axillaire, 37°,4.

Le 23, va bien. Pouls, 76; température axillaire, 37°,8. (Propylamine, 1 gramme; une portion que le malade trouve tout à fait insuffisante.)

Soir. — Pouls, 64; température axillaire, 37°,2.

Le 24, va bien. Pouls, 80; température axillaire, 37°,5. (Propylamine, 5 centigrammes; une portion; bordeaux.)

Le 25, le malade se lève. Pouls, 68; température axillaire, 37°,1. (Propylamine, 50 centigrammes.)

Le 26, même état. Va très-bien. Reste levé une partie de la journée. (Propylamine, 25 centigrammes.)

Le 27 au matin, même état. (Propylamine, 25 centigrammes.)

Le 28, la veille, dans la soirée, a voulu sortir au froid: il a été pris de sueurs abondantes pendant la nuit; l'épaule droite est devenue légèrement douloureuse. Pouls, 80; température axillaire, 37°,6. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Se trouve mieux. Il est resté au lit. Pouls, 72; température axillaire, 37°.

Le 29, va tout à fait bien. Plus de douleurs dans l'épaule. Se lève. Pouls, 72; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 64; température axillaire, 36°,9.

Le 30, va bien, mais les sueurs continuent. Pouls, 80; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 76; température axillaire, 36°,6.

Le 31, même état. Pouls, 64; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Le 1er février, les sueurs continuent. Aucune douleur. Peu de sommeil. L'appétit est toujours très-vif. Rien au cœur. Pouls, 68; température axillaire, 37°. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Le 2, pouls, 76; température axillaire, 37°,2. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Le 3, on cesse l'emploi de la propylamine. La guérison ne s'est pas démentie, et le malade est sorti en parfait état quelques jours plus tard. On lui avait conseillé le séjour de l'hôpital dans la crainte d'une rechute.

Cette huitième observation est fort importante: il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé des plus intenses, compliqué de péricardite, et où nous voyons la triméthylamine produire un soulagement, le soir même de la journée où cette médication a été commencée.

Sous l'influence de cette médication, les poussées rhumatismales ne sont pas brusquement arrêtées dans leur marche, mais elles diminuent d'intensité et s'éteignent peu à peu, le pouls et la température baissent graduellement, et la guérison est complète après dix-neuf jours de traitement.

L'appétit a été considérablement augmenté comme dans les observations I, II et III.

Obs. IX. *Rhumatisme articulaire aigu, avec délire, datant de huit jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en dix jours.* (Saint-Antoine, service de M. Gombault. Observation recueillie par M. Budin, interne du service.) — La nommée Bonnaire (Célina), âgée de vingt-huit ans, habitant Bois-Colombes, couturière, entre le 13 janvier 1873 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Geneviève, numéro 12 (service de M. Gombault).

Cette femme a eu à l'âge de quinze ans un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui l'a retenue au lit pendant six semaines. Elle a été réglée à vingt-deux ans. En 1872, elle a été opérée d'une fistule à l'anus par M. Labbé. Quelques mois plus tard elle entrait dans le service de M. Féréol pour une affection caractérisée par de la fièvre et un délire violent, qui a été traitée par une application de glace sur la tête et de vésicatoires à la nuque et sur les jambes.

Lorsqu'elle fut admise dans le service de M. Gombault, elle était au lit depuis huit jours pour un rhumatisme articulaire aigu caractérisé par des douleurs localisées surtout dans les genoux et les articulations métacarpo-phalangiennes, une fièvre intense et du délire. Elle était soignée par MM. les docteurs Dauplée et Bergès, qui, voyant la violence de son délire, avaient conseillé son admission à l'hôpital.

Le 14 janvier, on constate que la peau est chaude, couverte de sueur. La respiration est fréquente, la céphalalgie très-marquée. Depuis trois jours il y a des épistaxis. De nouvelles douleurs sont apparues depuis la veille dans les articulations qui réunissent la tête avec la colonne vertébrale. La malade est clouée immobile sur son lit. Les articulations des bras et celles des membres inférieurs sont douloureuses et gonflées.

Soir. — Pouls, 80; température axillaire, 37°,8. (Potion avec propylamine, 50 grammes.)

Le 15, même état. La malade n'a pu reposer pendant la nuit. Sueur abondante. Pouls, 108; température axillaire, 37°,8. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 104; température axillaire, 37°,6.

Le 16, n'a pas eu d'épistaxis la veille. Tintements et sifflements d'oreille. L'épaule est moins douloureuse, mais les autres articulations sont encore prises. Pouls, 96; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 1 gramme; une pilule d'aloès.)

Soir. — Depuis midi est survenu un délire tranquille, mais loquace. Rien au cœur. Pouls, 96 ; température axillaire, 37°,2.

Le 17, le délire continue. Sueurs abondantes. Pouls, 112 ; température axillaire, 37°,8. (Propylamine, 1 gramme.)

Soir. — Même état. Pouls, 120 ; température axillaire, 37°,6.

Le 18, le délire a cessé depuis la veille au soir. Les articulations du bras gauche et du cou vont mieux ; l'état général paraît beaucoup meilleur. Pouls, 92 ; température axillaire, 37°. (Propylamine, 1 gramme ; huile de ricin, 20 grammes.)

Soir. — Pouls, 92 ; température axillaire, 37°,5.

Le 19, le mieux continue. Plus de délire, plus d'épistaxis. Le cou est tout à fait libre, ainsi que le bras gauche. Pouls, 84 ; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — État meilleur encore ; le genou gauche est seul encore un peu gonflé. Pouls, 68 ; température axillaire, 37°,2.

Le 20, l'amélioration continue. Pouls, 80 ; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Pouls, 88 ; température axillaire, 37°,6.

Le 21, même état. Plus de douleurs, le genou gauche lui-même a repris son volume normal. Pouls, 84 ; température axillaire, 37°,2. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — La malade se plaint de deux choses : de ne pouvoir dormir un seul instant, quoique ses douleurs aient disparu, et d'éprouver beaucoup d'appétit. Pouls, 72 ; température axillaire 36°,9.

Le 22 : pouls, 64 ; température axillaire, 37°. (La propylamine est toujours continuée, 1gr,25 ; bouillons et potages à discrétion.)

Le 23, la guérison persiste. Pouls, 72 ; température axillaire, 36°,7. La malade se plaint toujours d'insomnie et d'appétit. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 84 ; température axillaire, 36°8. (Une portion.)

Le 24 : pouls, 76 ; température axillaire, 36°,6. (Propylamine, 50 centigrammes.)

Le 25 : pouls, 80 ; température axillaire, 37°. La malade se lève depuis deux jours. (Propylamine, 25 centigrammes.)

Le 27, elle est sortie complètement guérie, et cette guérison ne s'est pas démentie. Nous l'avons revue dix jours plus tard, ramenant elle-même de Bois-Colombes, malgré un froid assez vif, une de ses ouvrières à l'hôpital.

Ici encore, il s'agit d'un rhumatisme des plus violents et des plus graves, puisqu'il est compliqué de délire. La guérison n'en est pas moins complète en dix jours, malgré cette complication.

Notons que l'appétit est aussi remarquablement augmenté sous l'influence du traitement. Remarquons aussi que, malgré la disparition des douleurs, l'insomnie a persisté.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Physiologie expérimentale.

Essai sur la transpirabilité du sang, par le docteur Haro.

On sait que l'écoulement artificiel des liquides à travers des tubes capillaires a été désigné par Graham (*Phil. Trans.*, 1861, p. 375) sous le nom de *transpiration des liquides*. La durée de l'écoulement qui varie suivant la nature des liquides, les substances qu'ils tiennent en dissolution et la température, est une propriété physique nettement définie, appelée transpirabilité.

La transpirabilité n'a rien de commun avec la densité, la fluidité et la capillarité, elle donne simplement la mesure des résistances passives que le liquide en expérience oppose à l'écoulement.

Graham a déterminé la transpirabilité de diverses substances hydratées à l'aide de l'appareil de Poiseuille (fig. 1), dont je crois devoir rappeler en quelques mots la disposition. Un vase de verre M en forme de fuseau communique par sa partie supérieure avec un réservoir à air comprimé, d'une capacité de 60 litres ; un manomètre indique constamment la pression de l'air du réservoir ; inférieurement et sur le côté du fuseau, on a soudé un tube de verre et une ampoule A qui se termine par un tube courbé à angle droit (*d*) et un tube capillaire (*f*) horizontal, au-dessus et au-dessous de l'ampoule sont marqués deux traits (*b*) et (*c*). — A l'aide d'une pompe aspirante on fait monter le liquide dont on veut étudier l'écoulement dans l'ampoule A jusqu'au dessus du trait (*b*) ; l'ampoule et le capillaire sont ensuite plongés dans un vase de verre V plein d'eau ; après avoir mis le fuseau en communication avec le réservoir à air comprimé, on ouvre le robinet R, l'écoulement du liquide se produit ; on détermine le moment précis où le niveau du liquide affleure en (*b*) à l'aide d'un cathétomètre ; à partir de ce moment, on note le temps qui s'écoule jusqu'à ce que le niveau soit arrivé au point (*c*) ; enfin un thermomètre plongé dans le vase V indique la température du liquide pendant toute la durée de l'expérience.

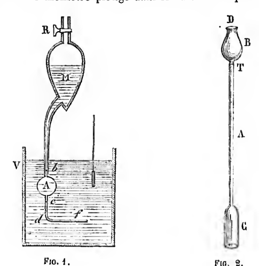


Fig. 1. Fig. 2.

Voici, d'après Poiseuille, les durées de l'écoulement de divers liquides :

	Temps de l'écoulement.	Transpirabilité (la durée de l'écoulement de l'eau étant prise pour unité.)
Eau distillée..........	535",2	1,000
Éther ordinaire........	160",5	0,299
Alcool à 80°...........	1184",5	2,213
Sérum du sang de bœuf.	1029",0	1,922

On conçoit que ce procédé d'expérimentation, en raison de la disposition embarrassante de l'appareil et de la lenteur des expériences, ne se prête guère à l'étude de l'écoulement du sang. J'ai donc dû chercher une autre manière d'opérer plus simple et fournissant néanmoins des résultats sur lesquels on pût compter. Après différents essais, j'ai adopté l'instrument représenté par la figure 2 ci-jointe. C'est un tube thermométrique en cristal A muni de son entonnoir B et dont le réservoir C a été en partie coupé ; ainsi modifié, le tube est ouvert à ses deux extrémités, ce qui permet de le remplir par aspiration ; pour cela je plonge l'extrémité D dans le liquide, j'aspire avec la bouche ou à l'aide d'une poire de caoutchouc par l'extrémité opposée ; lorsque l'entonnoir et le tube sont pleins, je ferme l'ouverture D en y appliquant la pulpe de l'index placé en supination, et je retourne l'instrument que je place sur un support. (Cette manœuvre, plus longue à décrire qu'à exécuter, a pour but de remplir avec promptitude l'entonnoir et le capillaire sans que la moindre bulle d'air puisse s'y introduire en même temps que le liquide.) Cela fait, je soulève le doigt qui ferme l'ouverture D de l'entonnoir ; l'écoulement se produit ; à partir de ce moment, je compte sur ma montre le nombre de secondes que le niveau du liquide emploie pour atteindre le trait T tracé à la lime sur le tube capillaire.

Ce procédé expérimental, qui permet d'agir avec une grande promptitude, présente encore d'autres avantages. On opère toujours sur un même volume de liquide, aucune bulle d'air

ne peut s'introduire dans l'appareil, l'écoulement n'a pas lieu goutte à goutte, grâce à la forme de l'extrémité inférieure C du tube, le liquide glisse d'une manière non interrompue, comme si la partie inférieure du capillaire se trouvait plongée dans l'eau ou appliquée contre les parois d'une éprouvette; la hauteur de l'entonnoir étant assez petite par rapport à la longueur du capillaire, la pression à laquelle le liquide est soumis varie très-peu pendant l'expérience; de plus, lorsqu'on opère sur du sang défibriné, les globules ne s'accumulent pas à la partie la plus déclive du tube et ne sortent pas par bouffées, ce qui aurait infailliblement lieu si le capillaire avait une position horizontale comme dans l'appareil de Poiseuille.

Dans les expériences que je vais bientôt rapporter, j'ai employé trois tubes capillaires dont voici les dimensions :

Capillaire A.

	c.
Longueur totale de l'instrument	32,05
Longueur du tube capillaire	24,55
Hauteur de l'entonnoir	3,40
Diamètre du capillaire	0,084
	c. c.
Capacité de l'entonnoir et du capillaire	3,380
Durée de l'écoulement de l'eau distillée à 15°	21″,5

Capillaire B.

	c.
Longueur du tube capillaire	24,000
Diamètre du capillaire	0,066
	c. c.
Capacité de l'entonnoir et du tube	3,470
Durée de l'écoulement de l'eau distillée à 15°	75″

Capillaire C.

	c.
Longueur du tube capillaire	19,100
Diamètre du capillaire	0,034
	c. c.
Capacité de l'entonnoir et du tube	12,854
Durée de l'écoulement de l'eau distillée à 15°	270″ (1).

Mon premier soin, avant d'aborder l'étude de la transpirabilité du sang, a été de déterminer, à l'aide de ces trois instruments, la durée de l'écoulement de l'eau distillée à diverses températures, de 15 à 45 degrés, et de comparer les résultats de mes expériences aux chiffres obtenus par Graham à l'aide d'un appareil analogue à celui de Poiseuille. Comme la température du liquide s'écartait souvent de celle de l'air ambiant sitôt que j'avais rempli le tube, je le suspendais dans une boite de bois que je pouvais chauffer au besoin et qui était munie d'une glace à travers laquelle j'observais l'écoulement; de cette façon la température du liquide restait à peu près stationnaire pendant toute la durée de l'expérience.

J'ai réuni sous forme de tableau ces trois séries d'expériences.

Écoulement de l'eau distillée à diverses températures.

Température.	Durée de l'écoulement d'après Graham.	Capillaire A.		Capillaire B.		Capillaire C.	
		Durée.	Rapports.	Durée.	Rapports.	Durée.	Rapports.
°	″	″		″		″	
15	533	21,5	24,76	75	7,10	270	1,96
20	470	19	24,74	66	7,12	237	1,98
25	414	17	24,35	59	7,01	213	1,94
30	375,5	15,5	24,22	53	7,08	192	1,95
35	338	14	24,14	48	7,04	174	1,94
40	309,5	13	23,8	44	7,03	160	1,93
45	284,5	12	23,7	40	7,11	148	1,92

(1) M. Alvergnat m'a construit plusieurs autres tubes plus petits que ceux dont on vient de lire la description et qui m'ont paru d'un emploi très commode.

L'inspection de ce tableau fait voir que, pour chacun de mes tubes, malgré la grande rapidité de l'écoulement, il existe un rapport à peu près constant entre les résultats qu'ils fournissent et les chiffres que donne Graham.

Cette vérification faite, j'ai entrepris l'étude de la transpiration du sang.

Expérience. — Sang de bœuf recueilli au moment où l'animal étant abattu à coups de masse, on lui ouvre les vaisseaux du cou.

Durée de l'écoulement par le capillaire A, placé dans la boîte dont j'ai parlé précédemment, 105″.

Moyenne de la température du sang prise au commencement et à la fin de l'expérience, 32°.

Une portion du même sang est défibrinée sur-le-champ, filtrée à travers un linge. Les expériences suivantes sont faites deux heures après la mort de l'animal :

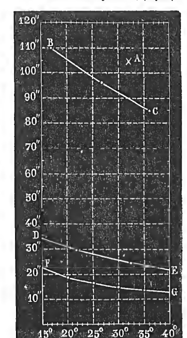
Température.	Durée de l'écoulement du sang défibriné.
17°	110″
27	96
36	85

(Après chaque expérience, le tube était lavé à l'eau distillée et desséché à l'aide d'une lampe à alcool). Le lendemain j'ai recueilli avec une pipette le sérum du même sang défibriné et j'ai obtenu les chiffres suivants :

Température.	Durée de l'écoulement du sérum.
15°	34″
22	30
32	25
40	22

Pour me rendre bien compte de ces premiers résultats, j'ai eu recours à la méthode graphique; j'ai pris sur une ligne horizontale indéfinie des longueurs correspondant aux températures des expériences, puis j'ai tracé des ordonnées proportionnelles aux durées de l'écoulement de l'eau distillée,

Écoulement du sang de bœuf (Cap. A).



A, écoulement du sang au sortir des vaisseaux. — BC, courbe du sang défibriné. DE, courbe du sérum. — FG, courbe de l'eau distillée.

du sérum, du sang défibriné et du sang au sortir des vaisseaux.

Cette figure montre l'influence de chaque élément du sang (fibrine, globules, albumine et sels) sur la transpirabilité de

ce liquide. La fibrine et les éléments du sérum ralentissent l'écoulement dans des limites assez restreintes, tandis que la masse globulaire dont la courbe est très-élevée par rapport à celle de l'eau distillée augmente beaucoup les résistances à l'écoulement. De plus, ce tracé présente une obliquité bien remarquable; la transpirabilité du sang est donc profondément modifiée par la température. Ce dernier phénomène m'a paru digne d'être étudié d'une manière spéciale et, dans ce but, j'ai institué les expériences suivantes :

Expérience.— Du sang de bœuf est recueilli à l'abattoir. Après avoir défibriné ce liquide et l'avoir filtré, je l'ai exposé à diverses températures voisines de celle de l'homme et des animaux supérieurs en plongeant le vase qui le contenait dans un bain-marie. La boîte de bois où avait lieu l'écoulement était maintenue à la même température pendant toute la durée de l'expérience.

Écoulement du sang défibriné (Cap. B.).

30°	406″
36	342
40	311
45	270

En opérant de la même manière avec le sérum du même sang, j'ai obtenu le lendemain :

Écoulement du sérum (Cap. B.).

30°	113″
32	109
37	100
40	96
45	90

Expérience. — Même série d'épreuves sur le sang d'un autre bœuf, d'une vache maigre et d'un veau.

Écoulement du sang défibriné de bœuf (Cap. C).

30°	919″
36	820
45	698

Écoulement du sang défibriné de vache (Cap. C).

30°	867″
37	772
45	675

Écoulement du sang défibriné de veau (Cap. C).

30°	720″
37	631
45	543

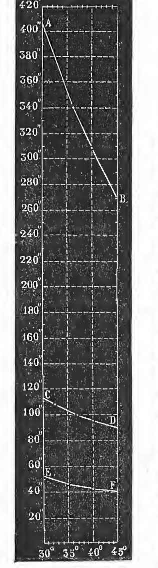
Écoulement du sérum de bœuf (Cap. C.)

30°	305″
36	276
45	240

L'étude attentive des tracés obtenus avec ces différentes séries de chiffres conduit aux conclusions suivantes : La courbe du sérum, très-peu éloignée de celle de l'eau distillée, lui est sensiblement parallèle, ce qui prouve que les éléments du plasma retardent assez faiblement le cours du sang, et que la chaleur agit sur ce liquide à peu près de la même manière que sur l'eau distillée. En d'autres termes, pour des températures assez voisines l'une de l'autre, on peut considérer la transpirabilité du sérum comme étant sensiblement constante. Le tracé du sang défibriné présente des caractères tout différents; ainsi que nous l'avons déjà constaté dans nos expériences préliminaires, il est très-élevé, très-oblique et presque rectiligne : la transpirabilité du sang est donc puissamment modifiée par la température, et la rapidité de l'écoulement croît assez régulièrement avec le degré de chaleur.

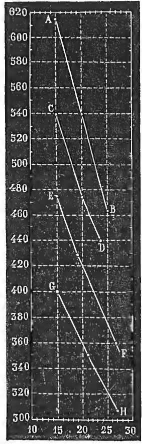
Si un changement de quelques degrés peut rendre appréciable, à nos moyens d'investigation, cet effet de la chaleur sur l'écoulement du sang, nul doute que les variations de température que présente l'organisme à l'état physiologique et surtout dans les maladies, n'aient une action manifeste sur la transpirabilité du sang et, par conséquent, sur la fréquence du pouls. L'amplitude des changements de température qu'on observe chez l'homme et qui dépasse à peine quelques degrés paraît d'abord insuffisante pour modifier d'une manière notable le cours du sang; mais on doit remarquer que cette action de la chaleur est d'autant plus tranchée que l'écoulement du liquide s'effectue avec plus de lenteur; pour s'en

Écoulement du sang défibriné et du sérum de bœuf (Cap. B).



AB, courbe du sang défibriné. — CD, courbe du sérum. — EF, courbe de l'eau distillée.

Écoulement du sang défibriné de bœuf mélangé de sérum (Cap. B).

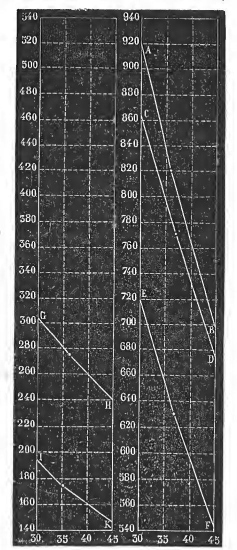


AB, courbe du sang défibriné. — CD, courbe du même sang, avec 1/10 de sérum. — EF, avec 2/10 de sérum. — GH, avec 3/10 de sérum.

convaincre, il suffit de comparer la courbe de l'eau distillée obtenue avec le capillaire B à celle fournie par le capillaire C. Or, le cours du sang dans les capillaires de l'organisme étant infiniment plus lent que l'écoulement artificiel de sang défibriné, la vitesse de la circulation dans ces petits vaisseaux doit nécessairement présenter, sous l'influence de la température, des écarts considérables et dont nous ne pouvons avoir qu'une image fort grossière dans nos expériences. L'examen des tracés obtenus avec le capillaire C montre, en outre, que l'action de la chaleur sur la transpirabilité du sang défibriné paraît être

en rapport avec le chiffre des globules, car le sang de vache et surtout celui de veau, moins riches en globules que le sang défibriné de bœuf, présentent une courbe moins oblique.

Écoulement du sang défibriné de bœuf, de vache et de veau (Cap. C).



AB, courbe du sang de bœuf. — CD, courbe du sang de vache. — EF, courbe du sang de veau. — GH, courbe du sérum de bœuf. — IK, courbe de l'eau distillée.

Pour vérifier ce fait, j'ai entrepris les expériences suivantes :

Expérience. — Action de la chaleur sur le sang défibriné de bœuf mélangé de sérum dans différentes proportions.

Écoulement du sang défibriné (Cap. B.)

15°	615″
21	520
25	464

Écoulement du même sang défibriné, auquel on a ajouté 1/10 en poids de sérum.

15°	541″
20	475
23	439

Même sang défibriné avec 2/10 de sérum.

15°	475″
19	429
27	353

Même sang défibriné avec 3/10 de sérum.

15°	400″
21	349
27	305

Écoulement du sérum du même sang.

12°	143″
20	120
25	108

Les courbes qui représentent l'ensemble de ces expériences montrent que l'influence de la température va en décroissant avec le chiffre des globules, car elles tendent à se rapprocher de plus en plus de la ligne horizontale à mesure que la proportion du sérum est augmentée.

Ainsi, l'action de la chaleur sur la vitesse de la circulation dépend, jusqu'à un certain point, de la richesse du sang en éléments globulaires. Les conséquences physiologiques à tirer de ce fait sont nombreuses. Ne voit-on pas là, en effet, une des conditions physiques capables de rendre compte de la facilité avec laquelle les reptiles et les poissons, dont le sang est très-pauvre en globules (Prévost et Dumas, *Annales de physique et de chimie*, t. XXIII), supportent parfois les températures les plus variées, tandis que chez les animaux dont le sang est plus plastique, tels que les oiseaux et les mammifères, toute variation un peu notable de la chaleur de l'organisme produit immédiatement de graves désordres?

Il est reconnu que le passage d'un climat à un autre et même les changements de saison détruisent l'équilibre des fonctions suivant des dispositions individuelles que les observateurs ont indiquées. « Les personnes délicates et sobres, dit Michel Lévy, les lymphatiques et, par conséquent, les femmes ont moins à redouter le climat des tropiques que les hommes à exubérance sanguine et d'une constitution énergique. » Si nous admettons avec Brown-Séquard, Mantegazza, Eydoux et Souleyet et la plupart des physiologistes, l'influence du milieu ambiant sur la chaleur propre du corps nous aurons peut-être trouvé l'une des causes de cette immunité réservée à certaines personnes, car, d'après ce qui vient d'être dit, l'élévation de la température occasionne d'autant moins de troubles circulatoires que le sang est plus appauvri.

Il me serait facile d'expliquer de la même manière un grand nombre de phénomènes morbides, mais je crois que ces développements qui découlent naturellement des faits précédemment établis seraient tout à fait superflus.

Enfin, dans le courant de ces recherches, je me suis aperçu qu'indépendamment de la température et de la richesse du sang en matériaux solides, il existe d'autres causes capables de modifier la transpirabilité de cette humeur. Ainsi les gaz que le sang contient paraissent agir dans une certaine mesure sur la durée de l'écoulement; quelques expériences que je me propose de répéter m'ont déjà fait entrevoir cette action; on sait d'après, d'après Poiseuille, que l'eau chargée d'acide carbonique coule sensiblement moins vite que l'eau pure; le sang paraît être dans le même cas. Les phénomènes d'osmose qui coïncident avec la mort des globules, en modifiant la forme et le degré d'élasticité de ces corpuscules, tendent à retarder l'écoulement; j'ai constaté que le sang défibriné conservé dans un flacon bouché à l'émeri afin d'éviter l'évaporation de l'eau, coule moins vite vingt-quatre heures après la mort de l'animal que quand il vient de sortir des vaisseaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

L'ALCOOL ET L'ACIDE ACÉTIQUE NORMAUX DU LAIT, COMME PRODUITS DE LA FONCTION DES MICROZYMAS, par *A. Béchamp*. — L'auteur tire des recherches auxquelles il s'est livré la conclusion suivante :

« J'ai, dit-il, déjà montré l'alcool et l'acide acétique se produisant dans l'œuf que l'on brouille par de vives secousses, dans le foie entier que l'on abandonne à lui-même, dans l'urine humaine, etc. Les microzymas de toute origine que j'ai étudiés, ceux de la craie et d'autres calcaires, ceux de l'atmosphère et de la poussière des rues, ceux des animaux et des végétaux, jouissent tous de la même aptitude à former l'alcool et l'acide acétique, non-seulement avec les matières glycogènes, mais aussi avec des substances qui ne sauraient être converties en sucre, comme les acides tartrique, citrique, mucique, lactique, etc. Dans les fruits qui mûrissent, ce sont les mêmes microzymas qui engendrent l'alcool et l'acide acétique qu'on y découvre si aisément, et qui s'y produisent en plus grande abondance si, en les meurtrissant, on rompt les cellules qui les contiennent pour les mettre plus immédiatement en contact avec les sucs ambiants. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie reçoit trois pièces pour la Commission des remèdes secrets et nouveaux.
MM. *Auguste* et *Félix Voisin* adressent à l'Académie une notice sur la vie de *Félix Voisin*, membre associé de l'Académie de médecine.
M. le baron *Beyens*, ministre plénipotentiaire de Belgique, adresse à l'Académie une nouvelle analyse des eaux de Spa.

Séance peu intéressante : deux petites élections et un discours de M. Chassaignac.

ÉLECTIONS. — L'Académie avait à nommer deux membres dans les sections des correspondants étrangers.

Dans la première section, la commission proposait en première ligne M. Donders (d'Utrecht), puis en seconde ligne MM. Bennet (d'Edimbourg) et Van Beneden (de Louvain).

M. *Donders* est nommé par 55 voix sur 60.

Dans la seconde section, M. *Ewet* (de Londres), qui se présentait avec MM. Barnes (d'Edimbourg) et Porta (de Pavie), est nommé par 52 voix sur 65.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE. — M. *Chassaignac* avait demandé la parole à la fin de la dernière séance.

On se rappelle sa première sortie contre ce qu'il appelait les chimères septicémiques de M. Davaine. Après avoir douté, avait-il fait comme MM. Bouley et Vulpian? Avait-il cherché à vérifier par l'expérimentation? S'était-il convaincu? Nullement. Ce nouveau discours n'est qu'une seconde édition de l'autre : même fond, même forme, même procédé opératoire qui consiste à éplucher, passez-moi le mot, les communications, les faits, les expériences, et à les présenter sous un jour plus ou moins plaisant ou fantaisiste. D'expériences, point. M. Chassaignac n'en a pas fait et n'en veut point faire; car, dit-il, il y a des expériences qu'on ne répète pas. C'est fort commode, mais bien peu scientifique.

« J'ai cherché, dit-il, à démontrer dans mon premier discours ce qu'il y avait d'illusoire dans les théories septicémiques de M. Davaine. L'expérimentation est venue démontrer la justesse de mes critiques.

M. Davaine avait dit que les bactéries et les vibrions étaient les agents toxiques dans l'empoisonnement septicémique. M. Onimus a démontré que des lapins à qui on injectait un liquide contenant des milliers de bactéries ne présentaient aucun accident septicémique. Ces bactéries sont l'effet et non la cause des accidents putrides.

M. Davaine avait affirmé que les animaux septicémisés ne présentaient jamais de lésions locales. MM. Vulpian et Béhier en ont toujours trouvé.

M. Davaine avait avancé que la pullulation des bactéries dans l'organisme vivant déterminait une mort sinon rapide, du moins inévitable. Ce fait est encore contesté par M. Vulpian.

M. Davaine, enfin, avait voulu faire du lapin une sorte de réactif physiologique de la septicémie humaine. M. Vulpian a fait, à ce point de vue, des expériences qui toutes ont été négatives.

Au lieu d'éclairer la question, M. Davaine n'a fait que l'embrouiller par ses communications ultérieures en y mêlant les questions de saumure, de septicémie chevaline, canine, humaine, etc., etc. Plus ça va, moins c'est clair, et M. Davaine voit des bactéries partout.

L'objection, que je n'ai jamais fait d'expérience sur la question, n'a pas de valeur, car il y a des expériences qui ne se répètent pas, et je ne tiens pas à immobiliser de nombreuses générations de lapins pour avoir le plaisir de contempler, comme M. Davaine, des bactéries de lapins ou de cobayes.

M. Chassaignac arrive ensuite à M. Bouley, qui avait refusé les félicitations que lui avait adressées l'honorable orateur au début de la discussion. Il avait même défendu les idées de M. Davaine. « Ah ! vous ne voulez pas de mes éloges, dit M. Chassaignac ; eh bien, attendez ! » Et le voilà qui met M. Bouley sur la sellette; critiquant son style, ses citations, ses phrases, ses procédés d'expérimentation, l'accusant d'obscurcir la question au lieu de l'éclairer et de se faire enfin le soutien, le défenseur avoué ou non de l'homœopathie.

Cette seconde partie de son discours lui attire, de la part de M. *Bouley*, cette courte et sèche réponse : « Que, s'il y a des expériences qui ne se répètent pas, il y a des discours auxquels on ne répond pas. »

Quant à M. Davaine, il réserve sa réponse pour une prochaine séance.

M. Vulpian, à son tour, engage M. Chassaignac à ne pas faire de différence entre les cliniciens et les expérimentateurs, et surtout à ne pas parler de ceux-ci avec dédain. Il en est qui sont à la fois l'un et l'autre et qui, après leur service d'hôpital, consacrent tout leur temps, dans le laboratoire, à faire avancer la science.

M. Chassaignac proteste contre l'intention qu'on lui prête. Il a voulu surtout s'élever contre la tendance qu'on a de vouloir appliquer trop vite à la clinique les expériences de laboratoire ; ce que M. Chauffard, du reste, avait déjà dit avant lui.

En somme, on a ri un peu, mais l'effet général a été mauvais. De l'esprit il faut, pas trop n'en faut, dit le proverbe ; et les plaisanteries de M. Chassaignac n'ont pas porté coup.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bourdon sur les candidats pour la section d'anatomie pathologique.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRELAT.

CORRESPONDANCE. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE. — PRÉSENTATION D'APPAREILS. — DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. Aristide Masgana (de Smyrne), une collection de calculs vésicaux, avec un note donnant les résultats de 57 opérations. Du même médecin

deux observations : plaie de ponction non compliquée de corps étranger (lame de couteau), extraction, guérison.

Fracture du frontal ; aphasie.

(Commission composée de MM. Verneuil, Trélat et Guyon).

— M. *L. Labbé* présente, au nom de M. J. Worms, un lipome mou sous-muqueux du plancher de la bouche, avec l'observation. (MM. Dolbeau, Labé, et Després.)

— M. *R. Deslonchamps* présente des appareils de zinc très-légers, d'un prix minime, maintenant tellement bien les fragments des os fracturés (dans les fractures de jambes ou du fémur), que les blessés peuvent se lever dès le lendemain de l'accident, et au bout de quelques jours, marcher avec des béquilles. Ces appareils semblent appelés à rendre des services pour les évacuations de blessés, en cas de guerre.

— M. *Giraud-Teulon* commence par résumer les considérations qui lui font exclure de la discussion les méthodes de l'abaissement et de la discision ou broiement.

Malgré les brillants résultats qu'elle procure dans les cas exclusifs de ses indications, la discision n'est que d'un usage extrêmement circonscrit, et limité aux cataractes tout à fait molles ou du jeune âge.

Quant à l'abaissement, ses dangers consécutifs, depuis longtemps démontrés, et qui l'avaient relégué fort loin en arrière de l'extraction, ne lui laissent même plus aujourd'hui d'indications réelles.

La discussion actuelle sera donc circonscrite expressément dans le département de l'extraction, et portera sur la comparaison à établir, au point de vue des résultats, entre la méthode classique à lambeau ou de Daviel, et les différents procédés nouvellement introduits dans la pratique sous la dénomination « d'extraction linéaire simple ou modifiée ». Et d'abord, continue l'auteur, pourquoi cette discussion, et en quoi a pu démériter la brillante méthode de Daviel ? Parce que, dit-il, cette méthode, entre les meilleures et plus habiles mains, compte : 1° au moins dix pour cent de désastres complets, et dix pour cent encore de demi-succès seulement ; 2° parce que les plus cruels de ces insuccès dus à des suppurations partielles ou complètes de la cornée, doivent, de toute évidence, être rapportés aux difficultés et entraves que rencontre la réparation de la plaie. Des recherches, des observations attentives ont, en outre, démontré que ces obstacles, à la cicatrisation de la plaie, reconnaissaient pour origine deux circonstances prédominantes :

1° Le peu d'énergie nutritive départie à la cornée, et amoindrie encore par l'étendue de la section comparativement à celle des sources de nutrition (la surface entière de la cornée ne recevant plus d'éléments nutritifs que par la moitié au lieu de la totalité de sa circonférence) ;

2° La mobilité d'un lambeau, reposant uniquement sur cette même demi-circonférence, et absolument comparable à une valve ou porte libre autour d'une simple charnière. Chacune de ces considérations a servi de point de départ aux recherches nouvelles.

Les premières en date ont conduit Jacobson à chercher dans le lieu où placer l'incision des conditions de nutrition plus assurées et mieux équilibrées. Dans sa méthode, l'incision, au lieu d'être pratiquée dans la portion transparente de la cornée, est éloignée du centre de cette membrane, et ouverte dans un plan parallèle à l'iris, comme la première, mais tout à fait tangent à cette membrane et en avant d'elle. Cette situation permet : 1° de diminuer dans le rapport de 2/5e à 3/5e la portion de circonférence intéressée (condition tout à l'avantage de la répartion nutritive) ; 2° d'accroître cette énergie nutritive de toute la supériorité de puissance réparatrice dont la sclérotique est douée relativement à la cornée.

3° De diminuer la mobilité du lambeau, dans le rapport inverse de sa hauteur à celle du lambeau de Daviel. La méthode de Jacobson consiste ainsi en deux mots : *dans la position scléra!e de la plaie.*

Les conséquences précieuses de cette modification sont celles que nous venons de dire.

Ses infériorités (et l'on réduira tout à l'heure l'étendue de ce mot) sont :

1° La nécessité d'exciser l'iris forcément prolabé, comme dans toute plaie périphérique étendue ;

2° Une certaine difficulté à déterminer l'issue de la cataracte, quand on la compare à sa sortie, si facile dans l'opération de Daviel.

Les résultats finaux de cette méthode lui assurent, en définitive, une perte maximum de trois à cinq yeux sur cent, comme dans les méthodes dites linéaires.

L'orateur, en raison de la facilité de son exécution et du chiffre de ses succès, ne saurait trop lui donner d'éloges et la recommander aux chirurgiens à pratique générale, et qui n'ont ni le temps ni les grands nombres nécessaires à un apprentissage tout spécial.

Méthodes linéaires. — Dans ces méthodes, c'est la mobilité du lambeau, considérée au point de vue de la cicatrisation, qui se trouve particulièrement visée par leur auteur, l'illustre de Graefe.

Il annule le lambeau, en plaçant son incision, non plus *dans un plan parallèle* à l'iris ou seulement d'un léger degré d'inclinaison sur cette membrane, mais dans le plan d'un grand cercle de la sphère cornéale, dans un plan *perpendiculaire* à cette surface. Cette incision jouit alors de toutes les propriétés de la ligne droite sur le plan. Dans ce plan de grand cercle, toutes les actions et réactions, quelle que soit leur direction, sont égales en tous les points de la circonférence ; cette ligne y joue entièrement le rôle de la *ligne droite ;* d'où la dénomination de *linéaire.* La coaptation pourra donc s'y faire, et s'y fait en effet, presque sans exception, par *première intention.* — La mobilité y est nulle. Par une heureuse rencontre, il se trouve en outre que cette incision peut jouir des avantages de celle de Jacobson ; elle aussi siége dans le limbe *scléro-cornéal.*

Cette méthode est une grande et précieuse découverte : elle a réduit, comme celle de Jacobson, de cinq à trois pour cent les pertes complètes de l'organe ; sur cette dernière elle a l'avantage de réduire encore de moitié la durée de la réparation cicatricielle.

Mais comme cette dernière également, elle nécessite l'iridectomie, et à ce titre se voit encore l'objet de nombreuses oppositions.

L'auteur va montrer tout à l'heure que ce n'est pas là son véritable côté faible. Ce côté faible ce sont les difficultés que rencontre le dernier acte opératoire, l'expulsion proprement dite de la cataracte.

On n'a peut-être pas, en effet, assez remarqué que les circonstances mêmes qui offrent dans le choix d'un grand cercle de la sphère pour lieu de l'incision, une scène si particulièrement favorable à la réunion immédiate de la plaie, après la sortie de la lentille, créent, par contre, un assemblage inquiétant d'obstacles, d'entraves contre cette expulsion. Ainsi, au moment où le cristallin pressé « à tergo » se présente, arrive au contact des lèvres de la plaie pour les entrebâiller, la pression qu'il transmet aux lèvres de la boutonnière porte, en vertu des lois hydrostatiques et des propriétés du grand cercle, avec une intensité presque égale sur les extrémités et sur le centre de la plaie. Il tend donc à peu près aussi bien à fermer cette plaie qu'à l'ouvrir. Il en est ainsi toutes les fois que les dimensions de la cataracte ne sont pas notablement inférieures à la surface de la plaie supposée béante. Ce n'est pas, il est vrai, le cas théorique : les dimensions dont nous venons de parler étant physiologiquement de quelque peu supérieures du côté de la plaie. Mais l'écart entre ces éléments est assez réduit pour donner place à de nombreuses exceptions ; et ce n'est pas du tout chose rare que trop d'égalité entre les dimensions du corps à extraire et celles de la porte de sortie. C'est ce qui explique toutes les hésitations évidentes encore

dans les premières descriptions du manuel, correspondant à ce temps de l'opération ; manuel absolument confus et dangereux, jusqu'au moment où Weber a formulé nettement l'avis de faire artificiellement bâiller la plaie, avant tout apport de force expultrice. Si cette manœuvre n'est pas parfaitement exécutée, pour peu qu'il y ait, soit des adhérences du cristallin à sa capsule, soit quelque rigidité dans celle-ci, soit une insuffisance de sa discision, soit un certain degré de ramollissement du corps vitré, soit quelque fragilité primitive de la zonule, on ne manque pas d'engager entre les lèvres de la plaie le corps vitré avant la cataracte. Or, on sait que toute procidence primitive du corps vitré est un des accidents les plus compromettants pour le sort de l'opération. Déterminant la luxation du cristallin, il oblige à l'intervention des instruments tracteurs (introduction des curettes dans la chambre postérieure), et une issue favorable de l'opération perd un grand nombre de ses chances.

C'est dans cet ordre de dangers qu'il faut voir, suivant M. Giraud-Teulon, le véritable côté faible des incisions linéaires de la première époque de la méthode, des incisions linéaires périphériques, à savoir : *une issue laborieuse dépendant d'une porte trop étroite.* Une seconde conséquence des incisions périphériques est la nécessité impérieuse de l'iridectomie, et c'est cette adjonction nouvelle de l'amputation de l'iris, aux temps anciens de l'extraction, qui a paru à la généralité constituer le caractère et les inconvénients de la nouvelle méthode.

Pour être fixé sur le mérite de cette opinion, il convient de poser ici les bases d'une appréciation exacte des conséquences réelles de l'iridectomie.

Ces conséquences sont de trois sortes : esthétiques, fonctionnelles, chirurgicales.

Or, l'esthétique ne peut guère figurer dans la question que sous la réserve qu'elle doive, à elle seule, faire pencher la balance entre deux procédés rivaux, entre lesquels tout serait égal d'ailleurs.

Ne nous occupons donc que des deux autres ordres de considérations.

Perturbations fonctionnelles apportées par l'iridectomie. Elles sont de deux sortes : l'*éblouissement*, si la pupille artificielle est trop grande et mal localisée. Cet inconvénient peut, la plupart du temps, être évité, si l'on a la possibilité, habituelle d'ailleurs, de placer le coloboma dans la région recouverte par la paupière supérieure. Secondement, l'accroissement des cercles de diffusion des images. Or, les cercles de diffusion ne portant que sur les images non exactement focales, les images exactes ne seront aucunement troublées par une pupille plus ou moins large, plus ou moins irrégulière. Or, chez l'opéré de cataracte, les images polaires sont seules rendues exactes par le verre correcteur de l'état de la réfraction qu'a modifié l'opération.

Les seules images excentriques auront donc à subir l'effet du coloboma; mais, comme nous venons de le dire pour l'éblouissement, cette seconde imperfection peut être annulée par le choix de l'emplacement du coloboma.

Dans tous les cas, la perturbation visuelle que nous venons de définir sera le plus souvent inférieure à celles produites par l'astigmatisme cornéal, conséquence directe et fréquente des cicatrisations vicieuses qui suivent l'extraction à lambeau et déforment la membrane.

Passons aux conséquences purement chirurgicales.

Les données classiques de la science faisaient grandement redouter autrefois aux chirurgiens toute lésion, tout froissement de l'iris pendant les opérations qui se pratiquent sur les parois de la chambre antérieure.

Ces données sont absolument contredites par celles de notre époque. Non-seulement elles démontrent l'innocuité, presque constante, de l'ablation d'un secteur de l'iris, mais même lui attribuent dans toutes les circonstances où elle est scientifiquement pratiquée (et en dehors de l'opération qui nous occupe), une influence propice parfaitement définie.

Ainsi : 1° il est constant que l'iris offrant un coloboma, même récent, acquiert par là beaucoup plus d'indifférence aux contusions et aux froissements.

2° Il n'est pas moins démontré que l'iridectomie, par la détente qu'elle apporte dans la pression intra-oculaire, constitue un moyen antiphlogistique spécial dans les phlegmasies de l'organe.

3° Une pupille primitivement contracturée ou rigide, résistant à l'atropine, reprend, après l'excision, ses facultés de dilatation sous l'influence du mydriatique.

A tous ces points de vue, l'iridectomie est donc bien plutôt *salutaire que redoutable.*

Mais elle devient indiquée, ou même urgente, soit dans les procidences irréductibles (comme à la périphérie), soit en cas de luxation du cristallin, ou dans toute circonstance où doivent être introduits des instruments tracteurs.

Où sont donc ses inconvénients? Nous n'en voyons guère qu'un seul, le pincement ou enclavement double ou simple d'une des lèvres de la solution de continuité de l'iris, dans les commissures de la plaie cornéale. Cet enclavement peut, dans quelques cas, amener une rétraction consécutive, exceptionnellement continue, de la marche pupillaire vers la périphérie de la cornée. A l'extrême rigueur, cette rétraction continue peut aller jusqu'à transformer le diaphragme irien en une membrane fermée et formant tambour.

Mais cet accident, qui peut se réaliser dans *toute* perforation de la cornée, est *tout aussi commun* dans les opérations qui n'admettent pas l'excision préalable de l'iris. Il ne saurait donc être opposé comme un argument à ce temps de l'acte opératoire.

D'ailleurs, à ce dernier égard, l'iridectomie porte en elle son propre remède : en la pratiquant secondairement à l'autre extrémité du diamètre, tous les accidents sont à l'instant annihilés.

D'après ces considérations, on devra conclure avec l'auteur que, dans l'extraction, l'iridectomie est un secours, une garantie, et non un apport de péril. Pour notre compte, ajoute M. Giraud-Teulon, dans aucun de nos insuccès nous n'avons eu une seule fois à incriminer l'iridectomie; dans tous, au contraire, nous avons dû lutter contre une expulsion laborieuse. Là est l'ennemi, là seulement le danger.

Ces prémisses établies, le riche bilan offert par la méthode linéaire accepté (de 5 à 3 pour 100 d'insuccès complets), pourquoi, dira-t-on, instituer encore de nouvelles recherches, pourquoi poursuivre d'aussi improbables perfectionnements? On vient de le dire : parce que dans la méthode de de Graefe *l'issue est encore souvent laborieuse.*

Ce n'est pas par caprice que l'on voit *toutes* les écoles, s'écartant plus ou moins du principe même de la méthode, rapprocher plus ou moins l'incision linéaire de la direction d'un lambeau petit ou moyen.

Dans ces derniers temps, de Graefe lui-même ne portait-il pas le sommet central de son incision jusqu'à plusieurs millimètres au delà du canal de Fontaine? C'était décrire un lambeau, c'était abandonner le principe même de la méthode, tout en lui laissant son nom. Pour la même raison, depuis sa mort les écoles qui ont survécu à la sienne s'éloignent également, mais cette fois en se rapprochant du centre de la cornée des positions réglementaires. Il n'y a plus que M. Weber qui pratique, et exactement, avec des couteaux lancéolaires cylindriques, la véritable incision des premiers temps.

Les premiers succès qui nous avaient conquis à cette méthode n'ayant pas été suivis de séries aussi heureuses, nous nous sommes vus contraints, quant à nous, à abandonner ce terrain et à nous engager, *proprio motu*, dans la ligne même que vous a décrite dernièrement M. Notta. Comme toutes les écoles que nous venons de citer, nous cherchons à nous procurer une expulsion moins laborieuse. Nous l'avons dit : dans les incisions linéaires périphériques, la porte de sortie est la plupart du temps trop étroite. Ajoutons que, malgré ses brillants résultats, la méthode de de Graefe ne devient qu'à la longue

tout à fait satisfaisante, et encore avec les amendements qu'on lui apporte de tous côtés. Les statistiques du début, celles de l'apprentissage individuel, sont loin d'apporter autant d'éléments encourageants; aussi chacun cherche-t-il, conscient ou non, à s'ouvrir pour le cristallin une issue plus facile.

C'est pour répondre à cette nécessité que M. Notta, que nous-mêmes avons été conduits à inscrire l'incision linéaire dans un grand cercle, soit exactement transversal, soit très-voisin de l'horizontalité. Et notre collègue, ainsi que nous-même, n'avons eu qu'à nous louer extrêmement de cette apparente innovation; car, pour rendre hommage à la vérité, ni l'un ni l'autre de nous n'a droit à réclamer la priorité de cette méthode. Elle se trouve décrite tout au long dans les Comptes rendus du Congrès international ophthalmologique de 1867, et est due à M. *Küchler*, de Darmstadt. Dans l'incision de de Graefe, les points de ponction et de contre-ponction sont situés à 1mm,5 en dehors du bord transparent de la cornée (dans le limbe scléro-cornéal); il en est de même dans la méthode de Küchler; seulement cette ligne est tout entière exactement dans le diamètre transversal, et le sommet passe en plein sommet de la cornée. Cette direction est aussi la nôtre, avec cette exception que nous inclinons un peu le couteau, de façon à porter le centre de l'incision entre 1 et 2 millimètres au-dessus du sommet même de la cornée. M. Notta entre dans la cornée et en sort dans le diamètre transparent même, à ses extrémités; c'est la seule différence à noter dans sa manière de faire et la nôtre. Contrairement à des craintes à priori légitimes, cette incision ouvre une porte suffisante à la lentille, laquelle sort avec une extrême aisance, *exactement* comme dans la méthode de Daviel, et par un mécanisme identique, elle ne donne pas lieu à procidence primitive du vitré, n'exige aucun effort sensible de pression. Enfin, appartenant à un grand cercle de la sphère, elle jouit de toutes les qualités propres à favoriser une réunion par première intention de la plaie. Cette réunion a lieu, dans la quasi généralité des cas, sans opacité cicatricielle consécutive appréciable; or, il faudrait qu'une telle opacité eût des dimensions notables en largeur, pour devenir une cause importante de perturbations fonctionnelles.

Le seul inconvénient que nous ayons reconnu à cette méthode, c'est la formation constante, dans les cas qui nous sont propres, dans la moitié des cas chez M. Notta, d'enclavement irien dans la plaie. Cet enclavement, qui peut être évité le plus souvent au moment de l'application du premier appareil, peut cependant se trouver reproduit dans les périodes consécutives de la cicatrisation. Son mécanisme, en tant que consécutif, ne nous est pas encore bien connu. Quant à ses effets, ils ne peuvent être considérés, à priori, comme indifférents. Cependant les plus considérables de ces pincements observés par nous, et s'élevant au degré d'une véritable hernie, n'ont exigé d'autre traitement que l'ablation de la portion herniée. Nul effet plus fâcheux ne nous a jusqu'à présent fait regretter, en aucun cas, l'adoption de ce procédé.

D'ailleurs le remède assuré, au premier trouble notable, n'est-il pas tout près de nous, dans une iridectomie secondaire? Les adversaires de l'iridectomie trouveront dans ce procédé de très-grandes probabilités pour échapper à sa nécessité. Mais ce n'est pas là, à notre sentiment, le vrai mérite qui le distingue. C'est la facilité remarquable de l'évolution expultrice, réunie à une coaptation par première intention; c'est l'association *ex æquo* des deux qualités fondamentales des méthodes de Daviel et de de Graefe: l'aisance de l'extraction, réunie à la coaptation immédiate, et par le seul équilibre hydrostatique du globe.

SÉANCE DU 26 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

RAPPORTS. — DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE. — PRÉSENTATION DE MALADES.

M. *Tillaux* fait un rapport sur une observation présentée à la Société par M. Nicaise : résection sous-périostée de la diaphyse humérale; gonflement des tendons extenseurs des doigts à la suite d'une paralysie traumatique du nerf radial (*Gaz. hebd.*, p. 139). C'est le premier succès de ce genre obtenu chez un adulte qui soit publié.

M. *Chassaignac* s'étonne toujours qu'on ne lise point les bulletins de la Société; on y trouverait un exemple de résection de l'humérus à la suite de plaie par arme à feu. Cette opération, pratiquée le lendemain de l'accident, retrancha la partie de l'os comprise entre le condyle et le haut de la gouttière du nerf radial. Le malade, le projectile et les esquilles furent présentés à la Société. Le malade de M. Nicaise n'a donc point fourni le premier exemple de succès complet chez un adulte, puisque le blessé de M. Chassaignac avait vingt-deux ans.

M. *Tillaux* fait remarquer qu'à vingt-deux ans l'ossification n'est pas complète. Le malade de M. Nicaise a trente-trois ans. M. Ollier n'a pas encore pu montrer un cas analogue.

M. *Le Fort* déclare le résultat très-satisfaisant; mais il voudrait que l'on dise dans l'observation pourquoi il y a eu si peu de raccourcissement (1 centimètre). Comment le périoste a-t-il pu reproduire l'os dans toute sa longueur?

M. *Tillaux* répond à cela que M. Nicaise s'est donné beaucoup de peine pour conserver le périoste; il est donc naturel d'attribuer le résultat heureux au mode opératoire et à la conservation du périoste.

Selon M. *Alph. Guérin*, pendant longtemps on s'est préoccupé seulement de la guérison des malades, sans songer à conserver la longueur du membre. Dès le début du traitement, M. Nicaise a employé les moyens propres à garder cette longueur; au lieu de rapprocher les surfaces réséquées, il les a maintenues écartées; c'est ainsi qu'il a évité le raccourcissement.

— M. *Le Fort* fait un rapport verbal sur un travail de M. Le Dentu : DU TRAITEMENT DES PLAIES ARTÉRIOSO-VEINEUSES COMPLIQUÉES D'ANÉVRYSMES DIFFUS ET DE NON-CICATRISATION DE LA PLAIE CUTANÉE (*Gaz. hebd.*, p. 188). Le malade qui fut l'occasion de ce travail avait un anévrysme artérioso-veineux de la cuisse : un coup de couteau avait blessé l'artère et la veine fémorales. La compression indirecte sur l'artère ne put être continuée, à cause des petites eschares développées sous la pelote. Ligature des deux bouts de l'artère; quatre jours après cette opération, hémorrhagies répétées. Amputation de la cuisse. C'est par le bout inférieur de la veine fémorale que se faisaient les hémorrhagies.

— M. *Magitot* présente un malade atteint d'une perforation du sinus maxillaire droit, résultant probablement de l'ouverture d'un kyste caséeux du plancher du sinus.

— M. *Broca* est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Désormeaux* présente le moule d'une luxation du poignet en arrière.

— M. *Panas*. L'abaissement de la cataracte a été abandonné à juste titre. D'après Graefe, la proportion des succès définitifs ne dépasse pas 60 pour 100; encore est-il que l'insuccès sur un œil rend l'opération bien plus chanceuse sur son congénère.

Les procédés d'extraction peuvent être partagés en trois groupes : ceux à incision linéaire, ceux à petit lambeau périphérique, et ceux à grand lambeau intra-cornéal.

Chose curieuse : la méthode linéaire remonte à l'origine de

l'extraction, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les travaux de Charles Saint-Yves, Pourfour du Petit et Méry (1707).

Il est juste de reconnaître toutefois que ni Petit, ni Saint-Yves n'avaient appliqué leur procédé aux cataractes ordinaires, mais seulement à des fragments de cataracte tombés dans la chambre antérieure.

Une quarantaine d'années plus tard (1750), Pabucci imagina deux procédés différents d'extraction, à savoir : une incision linéaire oblique, intéressant le côté inféro-interne de la cornée, en vue d'extraire une capsule cristalline opacifiée, et un procédé applicable aux cataractes ordinaires, et qu'il décrit comme il suit.

Incision courbe, à concavité supérieure, commençant au niveau du plan transversal pour aboutir par son sommet à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du diamètre vertical de la cornée. Un couteau terminé par une aiguille à sa pointe, et dont la lame allait en s'élargissant vers le manche, servait à embrocher la cornée de part en part, puis à sectionner cette membrane, le tout en un seul temps.

Toutes ces tentatives étaient à peu près oubliées lorsque Gibson, en 1811, proposa de faire une incision droite de trois lignes intéressant le côté externe de la cornée et distante de une à deux lignes de la périphérie de cette membrane. La cataracte devait être discisée quelques semaines auparavant, et pour l'extraire il se servait d'une curette ou du crochet. En cas de synéchies, Gibson ajoutait l'excision d'un lambeau irien attiré au dehors.

En 1814, Travers se déclara aussi partisan de l'extraction linéaire, sous le nom de *quarter incision*, qu'il faisait par simple ponction sans contre-ponction, et qui occupait, comme le nom l'indique, le quart de la circonférence de la cornée. Du reste Travers ne l'appliquait que pour les cataractes molles et restait toujours fidèle à l'opération de Daviel pour les cataractes dures.

De Graefe, en 1859, combina l'iridectomie à la *quarter incision*; aussi l'appela-t-il extraction linéaire *modifiée*, nom qu'il réserva plus tard à son dernier procédé, aujourd'hui connu de tous sous la dénomination de procédé de Graefe.

Ici se place l'invention des larges curettes de Waldau, puis de Critchett.

Ce dernier auteur, ainsi que Bowman, élargirent en outre l'incision jusqu'au tiers de la circonférence de la cornée, et firent l'iridectomie non plus en dehors, mais en haut, en vue d'éviter les inconvénients optiques résultant de la mutilation de l'iris.

A Jacobson revient l'idée de faire l'incision très-périphérique aux dépens de la sclérotique.

C'est alors que Graefe, combinant toutes ces données, s'est attaché définitivement à la méthode opératoire qui porte aujourd'hui son nom et que je me dispenserai de décrire comme étant connue de tous. Aussi laissant là ce court aperçu historique, j'aborde le parallèle des résultats fournis par les procédés nouveaux, comparés à ceux de la vieille opération de Daviel, et qui, malgré tous les dénigrements dont elle a été l'objet, reste encore sinon la meilleure, au moins une admirable opération dans ses résultats, ainsi que Graefe lui-même le témoigne hautement dans ses écrits.

Sichel (père), sur 523 opérations, comptait 78 pour 100 de succès complets; Graefe, sur un total de 1600 kératotomies à grand lambeau, 87 pour 100; De Hasner, 80 pour 100.

En examinant ces chiffres imposants par leur nombre, on voit que la proportion des succès *complets* est à celle des revers de 82 pour 100.

Il est à ajouter que les réopérations n'ont pas dépassé, d'après Graefe, le chiffre de 10 pour 100.

Voyons maintenant, en regard, les résultats obtenus par les procédés nouveaux.

Bowman obtint, par le procédé dit *Sooop extraction*, des *succès complets* dans la proportion de 82,5 pour 100; Graefe, à l'aide du même procédé, 81 pour 100; Wecker, en opérant d'après Jacobson, 89 pour 100; Pagestecher, avec ce dernier procédé, n'a eu que 67 pour 100. — Total, 319 succès sur 400 opérations, soit 72,9 pour 100.

On le voit, cette méthode ne vaut pas pour ses résultats l'ancienne opération de Daviel telle qu'elle avait été perfectionnée dans les dernières années où celle-ci régnait sans partage.

Ajoutons que les réopérations, que nous avons vues être de 10 pour 100 pour celle-ci, deviennent avec les procédés nouveaux de 20,5 pour 100 entre les mains de Graefe lui-même, et la proportion est restée presque toujours égale ou supérieure à 10 pour les autres opérateurs, en même temps que la perte du vitrium a varié entre 6 et 10 pour 100, ce qui est beaucoup trop. Aussi de Graefe, dès 1865, abandonna tous ces procédés et proposa le sien propre, dont il nous reste à apprécier la valeur. Mais auparavant il est juste d'ajouter que les procédés nouveaux, malgré leurs imperfections, avaient mis en évidence un grand fait, à savoir : que l'incision en boutonnière, substituée au grand lambeau, offrait l'avantage inappréciable de rendre la parophthalmie suppurative infiniment plus rare et d'accélérer la réunion par première intention des lèvres de la plaie. Or, pour qui se rappelle la douleur qu'on avait autrefois en trouvant à la levée du premier appareil un œil blanc, en pleine suppuration et à jamais perdu; pour qui songe à la lenteur, aux ennuis et aux souffrances d'un séjour prolongé au lit, l'avantage en question des nouvelles méthodes ne saurait être trop apprécié. Malheureusement cet avantage est contrebalancé, nous l'avons déjà dit, par d'autres ennuis qui tous se résument en ceci : issue plus difficile et souvent plus incomplète de la cataracte que par la méthode à large lambeau.

Mais arrivons au dernier procédé de Graefe.

Dans une première série, le chirurgien de Berlin opéra 69 cataractes, parmi lesquelles il y avait des dures et des molles, mais en ayant soin d'en éliminer toutes celles traumatiques ou congénitales, pour lesquelles il préférait, comme par le passé, la discision.

Bientôt après, 80 cas nouveaux furent opérés de même, ce qui porte le chiffre à 149.

Déjà, en 1848, c'est-à-dire trois années après avoir institué son procédé, de Graefe comptait un total de 600 opérations, avec les résultats que voici :

Succès complets, 90,4 pour 100; demi-succès, 6,8 pour 100; insuccès, 2,8 pour 100.

Malgré les résultats brillants fournis par la méthode entre les mains de son inventeur, celle-ci ne manquait pas de certains inconvénients graves qui ont frappé tous les opérateurs, dès le début, sans en excepter Graefe lui-même.

En premier lieu se place ici la difficulté éprouvée pour l'issue du cristallin; preuve les diverses formes de curettes et crochets inventés à cet effet. On a pas tardé non plus à reconnaître que les manœuvres de ce genre devenaient souvent funestes pour l'œil, aussi furent-elles abandonnées le jour où l'on a reconnu que le glissement de la cataracte, d'après certains principes, obviait à ce genre de difficultés et de périls.

L'incision, par trop périphérique dans la sclérotique, n'était pas non plus exempte de dangers, dont le principal résidait dans l'issue par trop fréquente de l'humeur vitrée et la pénétration dans l'œil d'une grande quantité de sang, provenant moins de la brèche faite à l'iris, que de la conjonctive et du canal de Schlemm divisés par le couteau. Pour se convaincre de la réalité du fait, il suffit de rappeler que Graefe, au début de sa pratique, n'accusait pas moins de 20 pour 100 comme proportion des anomalies opératoires, consistant en prolapsus du corps vitré ou rétention des masses corticales.

La raison principale qui fit donner par Graefe à l'incision une position aussi périphérique, c'est qu'il admettait, avec Jacobson, que les plaies de la sclérotique étaient plus aptes à la réunion immédiate que les plaies de la sclérotique.

Or, c'est là une opinion que les faits journaliers ne justifient point, à la condition d'éviter de tailler dans la cornée de

grands lambeaux. La réunion immédiate s'obtient avec une merveilleuse rapidité. Aussi la plupart des successeurs de Graefe n'hésitèrent pas à reporter l'incision vers la cornée, afin de s'éloigner de la région dangereuse de la zonule, de l'iris et des parois ciliaires. De cette façon, non-seulement on évite l'issue de l'humeur vitrée, mais on se met plus à l'abri de l'irido-cyclite, qui n'a été observée que trop souvent, de l'aveu même d'un des élèves les plus distingués de Graefe, je veux parler de Knapp.

L'iridectomie a été diversement appréciée. Tout le monde, cependant, reconnaît qu'elle est pour le moins inoffensive; et comme, d'autre part, elle facilite singulièrement l'issue de la lentille, on aurait certainement tort de ne pas la faire. Je sais qu'on lui adresse deux reproches, à savoir qu'elle expose à une hémorrhagie intra-oculaire abondante, et qu'elle entraîne une certaine imperfection optique et même esthétique.

Pour ce qui est de l'hémorrhagie, j'ai déjà fait observer que rarement l'iris en est la source; aussi, depuis qu'on a pris le parti de s'écarter de la sclérotique et de la conjonctive, il devient très-rare d'être empêché par le sang à mener l'opération à bonne fin; quant aux imperfections optiques et à la difformité qui en résulte, personne n'y pense, depuis que Critchett a donné le conseil de pratiquer la brèche en haut, en un lieu où la paupière supérieure cache la cornée et supplée au défaut d'iris en ce point.

En revanche, l'iridectomie offre l'avantage de prévenir les hernies, l'enclavement et les synéchies antérieures, sans parler de la contusion de cette membrane qui rend le développement d'une iritis consécutive bien plus à craindre que l'excision régulière et méthodique de ce voile membraneux.

Telles sont les données actuelles de l'opération de Graefe, qui, tout en lui conservant son caractère fondamental d'incision en *boutonnière*, apte à se cicatriser promptement, et avec le moindre danger possible à la suppuration de l'œil, accident redoutable s'il en fût, lui enlève, en grande partie, les défauts dont on l'avait accusée à juste titre. Nous disons, en grande partie et non en totalité, parce qu'elle reste toujours une opération délicate, demandant une certaine dextérité de la part de l'opérateur, et une pratique pour ainsi dire journalière.

Reste une dernière objection, celle de la plus grande fréquence des cataractes secondaires, et la nécessité de nouvelles opérations complémentaires.

C'est là un fait que nous croyons, en partie, vrai; seulement rien ne prouve que l'opération de Daviel laissait après elle des résultats plus beaux, et voici pourquoi : A cette époque, la conservation intégrale de l'iris devait cacher bien des pseudo-membranes, bien des débris cristalliniens et capsulaires, que l'iridectomie actuelle met en évidence. Ajouter que ni l'éclairage oblique, ni l'ophthalmoscope, n'étaient connus et que, dès lors, on manquait de moyens convenables pour s'assurer de la transparence parfaite des milieux de l'œil, comme nous pouvons le faire aujourd'hui.

Du reste, je pense que la pureté des résultats dépend moins du mode opératoire que de la présence ou de l'absence de complications ultérieures, et surtout de la possibilité de débarrasser complétement le champ papillaire des débris du cristallin et de la capsule. C'est là un point de la question, qui n'est pas encore entièrement résolu; et le jour où il sera possible d'atteindre ce but, l'opération de la cataracte aura fait un pas nouveau, bien plus important encore que celui auquel elle est redevable, dans ces dernières années, à nos confrères anglais et à Graefe.

Des tentatives ont été faites dans ce sens, et sans parler de Richter et de Beer, Pagensticher et Wecker, après Sparive et Christian, pratiquèrent l'extraction du cristallin et de sa capsule. A part le danger que fait courir à l'œil l'issue d'une grande quantité d'humeur vitrée, nous pensons qu'il n'est même pas possible, dans l'immense majorité des cas, d'extraire la lentille sans rompre la capsule, à cause de la grande friabilité de celle-ci et de son adhérence intime avec la zone de Zinn.

Pour compléter, autant que possible, les données statistiques de l'opération de Graefe, il me reste encore à citer quelques autres chiffres, et c'est par là que je finirai.

Wecker, dans une première série d'opérations, obtint 95,5 pour 100, et, dans un plus récente, 96,5 pour 100.

Les accidents ont consisté en :

Issue de l'humeur vitrée, 6 pour 100; panophthalmites et iridocyclites, 3 cas sur 86; iritis léger, 4.

Svellen avoue 82 à 83 pour 100 de succès complets, et dit n'avoir perdu totalement que 2,4 pour 100 de yeux. Secondi, de Gênes, obtint 86 à 87 pour 100 de succès, et accuse 10 pour 100 de perte de l'humeur vitrée. Knapp, dans sa troisième série d'opérations, accuse 11 accidents opératoires sur 100, dont 9 consistent dans l'issue du vitrium; le chiffre de ses succès atteint 91 pour 100, plus 6 demi-succès; quant à la perte totale, elle est notée 3 fois seulement. Pagenstecher, sur 48 opérations, accuse 6 insuccès; proportion 86 pour 100 de succès.

En réunissant tous ces chiffres à ceux fournis par Graefe, on arrive à un total imposant, où les erreurs doivent se balancer, et où l'on voit les succès être aux insuccès comme 89 à 90 est à 100. C'est, on le voit là, un magnifique résultat qui, joint à la simplicité et à la rapidité du traitement, fait de l'opération de Daviel *modifiée* une des merveilles de la chirurgie contemporaine, surtout si l'on songe qu'elle est encore susceptible d'autres perfectionnements, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

ACTION TOXIQUE DE L'IODURE DE TÉTRAMYLE AMMONIUM : RABUTEAU. — AFFECTION DU CŒUR DROIT DIAGNOSTIQUÉE PENDANT LA VIE ; AUTOPSIE. — LÉSIONS CADAVÉRIQUES DANS UN CAS DE DILATATION DE L'ESTOMAC : LEVEN. — SUR L'ACCROISSEMENT DU TISSU CONJONCTIF : RANVIER.

M. *Rabuteau*, complétant sa précédente communication sur l'action toxique du tétraméthyle ammonium, rapporte que 1 centigramme de cette substance tue une grenouille en trois ou cinq minutes. Comme il l'annonçait dans la dernière séance, il s'agit d'un poison musculaire. En effet, les muscles de l'animal intoxiqué ne sont plus excitables par l'électricité dix minutes après la mort. Le cœur lui-même n'est plus excitable par l'électricité.

Un composé très-voisin, l'iodure de tétramyle ammonium est également toxique et poison musculaire. C'est un sel moins soluble, mais aussi dangereux.

M. Rabuteau continuera ses expériences sur la série de ces composés jusqu'à présent peu connus. Il est aidé dans cette voie par M. Frédéric Wurtz, de la pharmacie Centrale, qui a préparé ces produits et en trouvera quelques analogues. C'est une série ouverte à l'expérimentation, et puisque nous avons l'occasion de revenir sur ce point, nous préviendrons ceux qui seraient tentés d'expérimenter le tétramétyle ammonium, que M. Rabuteau n'en a pris que 2 centigrammes et non 2 grammes, comme une erreur typographique nous l'a fait imprimer; 2 grammes de tétraméthyle ammonium seraient très-probablement toxiques chez l'homme, puisque 50 centigrammes tuent le chien en quelques heures.

— M. *Leven* présente le cœur d'une femme qui est morte des complications pulmonaires d'une affection du cœur droit. Cette observation est surtout intéressante par cette circonstance que le diagnostic a été porté très-nettement dans la dernière période de la maladie.

Un bruit de souffle au premier temps perçu du côté droit du bord supérieur du sternum, la cyanose prononcée du visage, des lèvres et de la langue, l'absence d'hydropisie et d'œdème,

la régularité du pouls, tels sont les caractères cliniques qui ont fait diagnostiquer par M. Leven une affection du cœur droit.

De fait, la valvule tricuspide présente des altérations très-précises; il y a sclérose de la valvule, taches laiteuses et épaississement en forme de couronne à l'insertion de la valvule; les bords sont épaissis, recoquevillés, et vers la partie libre on sent au toucher des nodosités, des épaississements de consistance cartilagineuse. Il y a surtout insuffisance de la valvule, mais aussi un rétrécissement léger de l'orifice auriculo-ventriculaire. Dans le cœur gauche, il n'y a pas trace d'hypertrophie; la malade est morte des complications pulmonaires.

M. Leven a pu assister à l'autopsie du malade traité à Lariboisière par l'aspiration stomacale à l'aide de la pompe (voyez *Gazette hebdomadaire*, n° 5, page 77); le traitement n'avait pas été continué rigoureusement; on avait injecté dans l'estomac des solutions faibles de nitrate d'argent, dans le but de modifier la muqueuse gastrique.

A l'autopsie, on a trouvé une hypertrophie très-prononcée des parois de l'estomac et des intestins. Ces lésions sont rattachées à l'alcoolisme; il y avait même de la péritonite ou plutôt des adhérences de l'estomac; nous avons grande confiance dans le jugement de M. Leven, mais il nous semble qu'un fait aussi intéressant mériterait une exposition plus complète, afin qu'il soit bien démontré que l'introduction de la sonde n'est pour rien dans les lésions observées, et, dans tous les cas, pour qu'on puisse apprécier les conditions de la dilatation de l'estomac en l'absence de tout ulcère ou d'altérations carcinomateuses. Pour le moment, il semblerait résulter de ce fait que l'hypertrophie des parois stomacales, qui, dans ce cas, nous paraît très-rapprochée de la gastrite chronique, peut produire les symptômes de la dilatation stomacale.

—M. *Ranvier*, pour terminer la séance, expose une partie des résultats de ses recherches sur l'accroissement du tissu conjonctif; nous n'en parlerons que lorsqu'il aura complété sa communication, c'est-à-dire dans quinze jours, car la Société de biologie prend vacances samedi prochain.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Du choléate de soude dans le traitement de la lithiase biliaire, par le professeur M. Schiff.

Nous donnons ici une courte analyse d'une intéressante lettre écrite par l'illustre professeur italien au docteur Prospero Sonsino.

Il s'agit d'un cas de calculs biliaires, de l'espèce la plus commune, c'est-à-dire formés de cholestérine unie à un peu de mucus. « Il est possible, dit M. Schiff, qu'il y ait un excès de formation de la chole stérine dans la bile; mais comme nous ignorons absolument l'origine de la cholestérine excrétée par le foie, nous ne pouvons en aucune façon préciser la cause qui pourrait produire un tel excès de formation. En général, ce n'est pas d'un excès de cholestérine dans la bile que dépendent les calculs; cette substance se trouve d'abord en proportions normales, puis elle se dépose et forme des concrétions, parce que la bile contenue dans la vésicule ne renferme plus les principes qui dissolvent la cholestérine ou la maintiennent dissoute. » C'est sur cette dernière hypothèse, confirmée par de nombreuses observations, que se fonde le nouveau traitement proposé par le docteur Schiff; elle offre sur la première l'incontestable avantage de mettre en lumière une indication thérapeutique qui peut être salutaire, tandis que celle-ci condamne le praticien à une inaction stérile.

Or on sait que la cholestérine n'est soluble que dans un très-petit nombre de liquides organiques, et parmi les substances contenues dans le corps humain, les sels biliaires (cholates et choléates de soude et de potasse) dissouts dans un liquide légèrement alcalin, sont celles qui peuvent dissoudre une petite quantité de cholestérine. C'est probablement la présence de ces sels qui tient en solution la cholestérine dans la bile, et l'on peut supposer qu'une diminution ou une trop grande dilution de ces sels, tendront à faire précipiter la cholestérine. Puisqu'une diminution absolue ou relative de ces sels dans la vésicule biliaire détermine la production des calculs biliaires formés de cholestérine, une augmentation de ces mêmes sels devra empêcher la précipitation de la cholestérine et la maintenir à l'état liquide.

Le pouvoir dissolvant de ces sels est cependant trop faible pour que l'on puisse espérer, en augmentant leur quantité, redissoudre les calculs biliaires déjà formés et qui doivent forcément être expulsés; mais il est du moins permis de croire qu'il ne se formera pas de nouveaux dépôts de cholestérine tant que l'on maintiendra dans la bile un excès de sels biliaires.

Telle est la base du traitement, et voici quels en sont les moyens :

Le docteur Schiff conseille à ses malades l'usage interne du choléate de soude à la dose de 50 centigrammes administrés deux fois par jour. Cette dose devra être graduellement augmentée jusqu'à ce que le malade en ressente des effets fâcheux.

Les phénomènes de saturation sont caractérisés par des troubles digestifs et circulatoires. Le pouls devient irrégulier, il se ralentit dans le repos et s'accélère sensiblement au moindre effort, après le plus léger exercice. Si l'on constate de tels phénomènes, c'est que la dose sera trop forte : aussi, sans suspendre l'emploi de cet agent, faudra-t-il en diminuer la dose. L'heureuse influence ne pourra être appréciée qu'au bout d'un certain temps, car le médicament n'agit qu'avec lenteur. — Alors même que le malade éprouverait encore dans la première semaine les mêmes douleurs, il ne doit pas désespérer de sa guérison, car il est impossible d'annihiler les effets des calculs antérieurement développés dans la vésicule biliaire. (*L'Imparziale*, 16 février 1873. N° 4. Florence. p. 97-99.)

D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie et de la chlorose, par le docteur Brown Séquard.

L'illustre physiologiste, dans son nouveau recueil périodique auquel nous sommes heureux de pouvoir souhaiter la bienvenue, dit avoir employé avec succès, depuis plusieurs années, une nouvelle méthode de traitement dans un assez grand nombre de cas de dyspepsie, de chlorose et d'anémie, ou d'affections nerveuses causées par des troubles gastriques ou par l'appauvrissement du sang.

Cette méthode consiste à ne donner aux malades, à la fois, qu'une petite quantité d'aliment solide ou liquide ou de boisson, et cela à des intervalles réguliers variant de dix à vingt minutes ou une demi-heure. Toute espèce d'aliment peut être pris de cette manière; mais pendant la courte période qu'a lieu l'expérience, il est évident que les fantaisies des malades ne doivent pas être écoutées et que ce sont des aliments nourrissants qui doivent constituer leur régime, tels que la viande rôtie ou grillée et surtout de la viande de bœuf ou de mouton, des œufs, du pain, du lait avec du beurre et du fromage et une quantité très-modérée de légumes ou de fruits. Ce mode d'alimentation devrait être continué deux ou trois semaines, après quoi le sujet serait graduellement ramené au régime ordinaire de trois repas par jour.

Ce système d'alimentation a montré à M. Brown Séquard que la quantité d'aliments solides que réclame un adulte est presque toujours de douze à dix-huit onces de viande cuite et

de dix-huit à vingt-quatre onces de pain. Quant à la quantité de liquide qu'il a eu à accorder, elle a toujours été notablement moindre que ne l'ont indiqué divers physiologistes ou hygiénistes d'Amérique ou d'Europe, notamment le professeur John C. Dalton et le docteur Edward Smith.

L'auteur insiste particulièrement sur trois points auxquels il ajoute une grande importance : 1° le goût et la répugnance que les malades ont pour certains aliments; 2° l'importance de la variété dans les mets; 3° la digestibilité de certaines substances alimentaires comparativement à d'autres, digestibilité qui diffère beaucoup chez les divers malades.

Loin d'entrer dans de longues explications pour montrer comment la guérison ou tout au moins une amélioration notable peut être obtenue par ce mode d'alimentation dans la dyspepsie fonctionnelle, dans l'anémie ou dans d'autres affections, M. Brown Séquard fait simplement remarquer que nous sommes naturellement organisés comme la plupart des animaux, sinon tous, pour manger très-fréquemment et non, comme nous le faisons, deux, trois ou quatre fois par jour. — Il lui paraît certain, d'après les faits déjà nombreux qu'il a observés, que la dyspepsie fonctionnelle, une fois qu'elle a pris naissance, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, s'entretient et s'accroît par la distension des parois de l'estomac.

Il lui semble donc probable que l'avantage obtenu au moyen de cette méthode chez les dyspeptiques dépend d'abord du repos donné à l'estomac irrité et d'une grande amélioration dans la qualité du suc gastrique.

Dans l'anémie et la chlorose non compliquées de dyspepsie, l'avantage de cette méthode repose sans doute sur la rapidité de la formation du sang, par suite de l'accroissement notable de la quantité d'aliments que peuvent digérer les malades.

Elle a du reste été déjà employée avec succès par un certain nombre de médecins contre les vomissements incoercibles de la grossesse, et M. Brown Séquard dit y avoir eu recours très avantageusement dans un cas où plusieurs modes de traitement avaient été vainement essayés. (*Archives of scientific and pratical medicine*, by C. E. Brown-Sequard et Seguin. N° 1. 1873, et traduit dans le *Bulletin de thérapeutique*, 28 février 1873, p. 149.)

BIBLIOGRAPHIE.

Arsenal du diagnostic médical, par M. le docteur Maurice Jeannel. — Paris, 1873. J. B. Baillière.

Ce livre contient la description des principaux instruments dont le médecin peut se servir dans l'étude des maladies. L'auteur, se jugeant « trop dépourvu de cette autorité qui donne le droit d'introduire dans la science des faits nouveaux et des affirmations », a cru devoir se renfermer dans l'examen des procédés d'exploration actuellement employés dans la clinique médicale. Dans ce travail, qui, croyons-nous, a servi de thèse inaugurale, on chercherait donc en vain des nouveautés : il s'agit là presque d'un catalogue des instruments de clinique médicale accompagné de commentaires plus ou moins longs et de remarques critiques manquant souvent d'originalité.

Ce travail pourra cependant être utile aux praticiens éloignés des centres et peu au courant de la science, car ils y trouveront réunies les descriptions des instruments qui donnent aujourd'hui plus de précision aux recherches cliniques et la manière de s'en servir. Les thermomètres, les balances, les stéthoscopes, plessimètres, plessigraphes, les procédés de mensuration de la poitrine, cyrtomètre, compas, etc.; les spiromètres, pnéomètres, pneumo-dynamomètres; les pneumographes, parmi lesquels il en est un, inventé par M. Jeannel; les appareils aspirateurs (pompe Dieulafoy), les cardiographes, sphygmographes, les æsthésiomètres divers, quelques-uns des procédés d'exploration des organes des sens, du sens musculaire, de la motilité, les dynamomètres, les laryngoscopes, enfin les spéculums vaginaux sont successivement passés en revue.

Si le diagnostic ne pouvait se passer de tous ces instruments, il ferait bon voir le médecin déployant son arsenal et voulant soumettre son client à ces diverses explorations! Le malade tournerait le dos et demanderait un médecin moins curieux et plus prompt dans le diagnostic. Entre nous, il aurait un peu raison.

Beaucoup de ces instruments fournissent, dans les recherches de physiologie pathologique, de précieux enseignements, mais ce ne sont, pas à proprement parler, des instruments de diagnostic, et ils n'entreront jamais dans la pratique. Le thermomètre, très-utile dans la période prodromique, dans l'appréciation de la marche des maladies, et le stéthoscope, indispensable pour l'exploration des vaisseaux du cou (chose que M. Jeannel a complétement passée sous silence dans les trop nombreuses pages qu'il a consacrées au stéthoscope), doivent former tout le bagage ordinaire du médecin; le reste a sa place dans les laboratoires des cliniques pour les recherches et l'enseignement.

Une remarque, en terminant, à l'adresse des éditeurs. Voici un livre de 282 pages, en texte peu compacte, orné de 86 figures, plus, d'un gros catalogue de librairie qui contribue à lui donner de loin une certaine ampleur et du poids. Le prix est fixé en conséquence; pourtant le catalogue n'a rien de commun avec l'arsenal médical, et les figures clichées ont déjà paru dans dix ou vingt ouvrages et se retrouvent dans tous les catalogues des fabricants. Ne pourrait-on se montrer un peu plus tendre pour la bourse des pauvres gens?

A. L.

VARIÉTÉS.

FONDATION D'UN CERCLE MÉDICAL.

Plusieurs de nos confrères, reprenant avec quelques modifications un projet dont l'exécution a été tentée plusieurs fois, voudraient fonder un *Cercle médical* et créer un foyer de réunion constamment ouvert, à la fois scientifique et confraternel.

Ils se sont déjà assuré le concours de plusieurs membres de la Faculté et du corps médical des hôpitaux. Le prix de la cotisation annuelle est fixé à 100 francs pour les docteurs, à 60 francs pour les internes en exercice, et à 20 francs pour les membres non résidents.

Les adhésions peuvent être adressées à M. le docteur Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, auprès duquel on se procurera tous les renseignements nécessaires sur l'institution du *Cercle médical*.

Conseil municipal de Paris. Hôtel-Dieu. — Dans la séance du 8 avril, le Conseil s'est encore occupé du *projet de délibération* présenté par M. Ch. Loiseau sur l'achèvement du nouvel Hôtel-Dieu. M. Marmottan a demandé qu'il fût sursis à la discussion jusqu'à ce qu'on eût obtenu l'avis des médecins et chirurgiens des hôpitaux sur les modifications proposées par la commission. Après un court débat, les divers articles du projet proposé par la commission ont été adoptés.

Association générale. — Le dimanche 20 avril, à sept heures du soir, aura lieu le banquet offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales. Ce banquet aura lieu, cette année, à l'Hôtel du Louvre, rue de Rivoli. Le prix de la souscription est de 20 francs. On souscrit directement, ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL.

Le troisième congrès médical international doit tenir ses séances à Vienne, du 2 au 10 septembre prochain. Le Comité exécutif est composé des professeurs Rokitansky, Sigmund, Hebra, Benedikt et Schutzler.

Nous recevons et nous nous empressons de publier les statuts et le programme arrêtés par les membres du Comité exécutif.

STATUTS.

Le congrès se réunit sous le protectorat de S. A. l'archiduc Raiuer, pendant la durée de la grande exposition de Vienne, du 2 au 10 septembre 1873.

Sont membres du congrès : 1° les membres du comité exécutif chargé de préparer l'organisation ; 2° les délégués des gouvernements, des corporations scientifiques (universités, académies, associations médicales, hôpitaux); 3° tous les médecins et naturalistes qui, voulant prendre part aux travaux du congrès, se sont fait inscrire à la présidence jusqu'au jour de l'ouverture.

Les membres du congrès n'ont pas à acquitter de cotisation. Les séances sont publiques.

Tous les membres ont droit de prendre part aux discussions et aux votes dans les formes qui seront spécifiées au programme des travaux.

Le programme des séances se compose : 1° des questions mises à l'étude par le comité exécutif, des questions proposées à la présidence jusqu'au 1er mai et portées à l'ordre du jour d'une séance.

Les questions suivantes sont proposées par le comité exécutif : 1° la vaccination; 2° les quarantaines et le choléra; 3° la prostitution; 4° l'assainissement des villes; 5° la création et l'adoption d'une pharmacopée internationale ; 6° l'étude des moyens propres à introduire l'uniformité dans l'enseignement médical de tous les pays et celle des mesures relatives à la collation des grades et à l'exercice de la médecine.

Le comité exécutif délègue un ou plusieurs commissaires pour rédiger un rapport sur chaque question et formuler au besoin les propositions auxquelles elle donnerait lieu. Ces rapports, qui serviront de base aux discussions, seront imprimés pour être remis aux membres avant l'ouverture du congrès.

La présidence de la première et de la dernière séance revient de droit au président du comité exécutif (professeur Rokitansky). A la première séance, il sera procédé à l'élection des présidents pour les séances suivantes.

Le bureau des séances se compose de membres du comité exécutif qui fonctionneront pendant toute la durée du congrès.

Il n'y a pas de vote sur les questions purement scientifiques. Ne seront soumises au vote que les propositions afférentes à des mesures administratives intéressant la santé publique. Les élections et les votes se font par bulletins.

La langue du troisième congrès international médical est l'allemand ; cependant d'autres langues sont admises pour les discussions. Les communications de la présidence se font en allemand avec traduction en français, en anglais et en italien. Il en de même de la rédaction des actes du congrès.

A l'avant-dernière séance, on fixera la date et le lieu de réunion du quatrième congrès international, et on nommera le comité exécutif.

PROGRAMME.

Les séances ont lieu tous les jours, les dimanches exceptés, et en principe de neuf heures du matin à une heure de l'après-midi.

(Suivent des dispositions de détail sur le mode de votation.)

Les communications ne peuvent être faites en séance que par leurs auteurs. La correspondance et tous les travaux adressés au secrétariat général seront portés à la connaissance des membres dans une séance spéciale, et les exemplaires envoyés seront distribués aux membres du congrès.

Aucun orateur ne peut garder la parole au delà de quinze minutes, à moins d'une délibération de l'Assemblée.

Pendant la durée du congrès, il sera imprimé par les soins de la présidence un journal quotidien contenant toutes les indications utiles aux membres du congrès.

Les procès-verbaux, qui paraîtront aussitôt que possible après la clôture, ne renfermeront en substance ou en extrait que les communications mises par les auteurs à la disposition du secrétariat général.

Le secrétariat général est chargé du compte rendu administratif.

Vienne, mars 1873.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année 1870-1871). — Les prix de l'année 1870-1871 qui n'avaient pu être décernés à l'époque ordinaire avaient donné les résultats suivants :

Prix Barbier. — Encouragement de 1000 francs à M. Desochy pour différents appareils de fracture.

Prix Chateauvillard. — Prix entier, de la valeur de 2000 francs, décerné à M. Desnos, médecin des hôpitaux, et Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux, pour leur travail intitulé : DES COMPLICATIONS CARDIAQUES DANS LA VARIOLE, ET NOTAMMENT DE LA MYOCARDITE VARIOLEUSE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Dans sa séance du 2 avril, la Société de chirurgie a procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire. C'est M. Polaillon qui a été élu.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du président de la République française en date du 13 mars 1873, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. les docteurs Boyreau (Armand), Raoult-Deslongchamps (Victor-Alexandre), Rozan (François), Mutel (Alexandre-Guillaume).

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les docteurs Cominal (Martial-Georges), Poupelard (Hippolyte-Julien), Roy (Paul-René), Teinturier (Victor-Maurice), Guérin (Xavier-Frédéric-Eugène), Schœffel (Jean-Paul), Lacipière (Pierre-Léopold), Massio (Marie-Antoine-Charles-Ernest), Fauvel (Pierre-François), Ribadieux (Jules-Auguste), Dufay dit Sanial Dufay (Louis-Marie-Gustave), Ricque (Félix-Camille-François-Nicolas-Marie), Louail (Louis-Marie), Krug-Basse (Edmond), Accarias (Adolphe-Romain), Poncet (François), Massola (Joseph-Sabin).

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Jules Hélot père, dont la démission, en faveur de son fils, de ses fonctions de chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen a excité récemment une si vive agitation dans le corps médical de cette ville, est mort le 6 avril, d'une maladie du cœur.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 29 mars au 4 avril 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 11. — Typhus, 0. — Érysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 53. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 16. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 256. — Affections chroniques, 334 (1). — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 22. — Total, 824.

Londres : Décès du 23 au 29 mars 1873, 1546. — Variole, 5; rougeole, 9; scarlatine, 7; fièvre typhoïde, 26; érysipèle, 8; bronchite, 293; pneumonie, 116; diarrhée, 10; diphthérie, 3; croup, 17; coqueluche, 63.

Bruxelles : Décès du 16 au 22 mars 1873, 126. — Rougeole, 5; scarlatine, 1; bronchite et pneumonie, 15; entérite et diarrhée, 11.

Rome : Décès du 17 au 23 mars 1873, 151. — Variole, 3; rougeole, 2; fièvre typhoïde, 6; érysipèle, 1; bronchite, 10; pneumonie, 16; diphthérie et croup, 9.

(1) Sur ce chiffre de 334 décès, 180 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — Travaux originaux. Thérapeutique : Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Physiologie expérimentale : Essai sur la transpirabilité du sang. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Revue des journaux. Du choléate de soude dans le traitement de la lithiase biliaire. — D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie et de la chlorose. — Bibliographie. Arsenal du diagnostic médical. — Variétés. Fondation d'un cercle médical. — Conseil municipal de Paris : Hôtel-Dieu. — Congrès médical international.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 17 avril 1873.

L'ERGOT DE SEIGLE EN FRANCE ET EN ANGLETERRE : DISCUSSION A LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE DUBLIN.

Que n'a-t-on pas dit sur l'ergot de seigle? Il n'est pas de médicaments qui aient eu à la fois plus d'apôtres et plus de détracteurs. Tous les ouvrages classiques s'étendent avec complaisance sur les excellents résultats que le praticien pourra retirer de l'emploi de cet agent, et il serait impossible de résumer ici tout ce que les accoucheurs ont écrit sur ce sujet. Tel n'est pas, du reste, notre but. L'intéressante discussion ouverte récemment à la Société obstétricale de Dublin (*Proceedings of the Dublin obstetrical society*, 1872, p. 99 et suiv.), qui a suivi de près celle dont l'Académie de médecine a été le théâtre, et les recherches physiologiques entreprises par MM. Sée, Brown-Séquard, Holmes, Millet, Hirschfeld, en éclairant d'une vive lumière les points restés obscurs de ce vaste sujet, sont venus en même temps ajouter à la question un intérêt d'actualité. Aussi nous paraît-il utile de tenir nos lecteurs au courant de ces derniers travaux.

Il y a deux ans à peine, notre excellent et regretté collègue, le docteur Holmes, dans ses Études expérimentales sur le mode d'action de l'ergot de seigle (thèse de Paris, 1870, *Arch. de phys. normale et pathol.*, juin 1870), posait les conclusions suivantes qui résument en elles les recherches physiologiques de ses devanciers et confirment de tous points les résultats obtenus par son maître, le professeur Sée :

1° L'ergot de seigle et sa principale préparation, l'extrait aqueux, font contracter les petits vaisseaux à tunique musculaire ;

2° La contraction des petites artères fait augmenter la pression artérielle dans les gros troncs ;

3° Cette action s'étend même aux vaisseaux pulmonaires dont la contraction a pour effet de faire momentanément baisser la pression artérielle, quand on injecte l'ergotine dans la veine.

4° Ces effets paraissent se manifester même après la section des nerfs vaso-moteurs. M. le professeur Sée, dès 1842, s'inspirant des expériences de Parola, de Trousseau et de Beatty, avait déjà parfaitement étudié les modifications circulatoires subies par le cœur et le pouls, sous l'influence de l'ergot de seigle. Il avait en effet reconnu que l'extrait aqueux de seigle ergoté produit constamment un ralentissement notable, mais passager, de la circulation, une régularisation durable et manifeste du pouls, avec perte complète de sa force et de sa résistance.

Pour M. Brown-Séquard, l'ergot, à dose thérapeutique, fait contracter les vaisseaux de la moelle épinière et de ses membranes, diminue l'action réflexe et la sensibilité, tandis qu'à dose toxique cette substance produit une congestion de ce centre nerveux et de ses enveloppes, ainsi qu'une exagération morbide de la sensibilité et du pouvoir réflexe et, comme conséquence de cette exagération même, des convulsions.

Le docteur Leteurtre a réuni dans sa thèse tous les documents qui peuvent servir à l'histoire du seigle ergoté (thèse de Paris, 1871) et l'on retrouvera à la fin de son travail une note du docteur John Hirschfeld (d'Édimbourg), relative aux effets hémostatiques de cet agent. De son côté, M. Bailly, dans un excellent article : ERGOT DE SEIGLE : *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratique*, t. XIII, 1870) a très nettement précisé les indications thérapeutiques de l'ergot de seigle, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici ses propres conclusions :

1° L'ergot de seigle, à cause de ses propriétés ecboliques, joue un rôle important en obstétricie et convient dans tous les cas où, soit pendant le travail, soit après l'accouchement, il est besoin d'accroître la puissance des contractions utérines, que par conséquent l'inertie utérine, dans toutes les circonstances où elle peut se produire, requiert l'usage de l'ergot qui, sous le rapport obstétrical, doit être préféré à l'ergotine.

2° En clinique interne, le pouvoir curatif de l'ergot et de l'ergotine, beaucoup plus restreint qu'en obstétrique, se réduit à l'action que ces agents thérapeutiques exercent contre certains états morbides de l'utérus, hémorrhagies, congestions utérines, hypertrophie du col de la matrice; à une action beaucoup moins prononcée, et peut-être contestable dans les hémorrhagies des muqueuses du poumon, de l'intestin ou de la vessie ; à une efficacité médiocre, mais reconnue, contre les affections inflammatoires de la moelle et aussi à l'action sédative que ces médicaments exercent sur le système circulatoire.

En chirurgie enfin, l'ergotine de Bonjean, dissoute dans l'eau, jouit de propriétés hémostatiques non douteuses dans les hémorrhagies externes causées par l'ouverture de vaisseaux capillaires ou de vaisseaux d'un calibre assez faible pour ne point exiger la ligature.

Après avoir présenté l'état de la science sur l'ergot de seigle en 1871, examinons maintenant les progrès accomplis dans ces derniers temps sur cet important sujet qui intéresse, comme on peut le voir, toutes les branches de l'art de guérir.

Il y a quelques mois à peine, M. Tarnier, dans son remarquable rapport à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, p. 893 et 904, t. XXX, p. 1,609, 26 novembre 1872), a consciencieusement étudié les avantages et les dangers que pouvait offrir l'ergot de seigle dans la pratique obstétricale. Nous avons déjà reproduit cet important discours, mais il ne nous semble pas inutile d'en résumer ici les points principaux, afin de pouvoir établir le parallèle entre l'opinion du savant accoucheur français et celle de ses confrères d'outre-Manche que nous allons bientôt exposer.

« Col largement dilaté ou très-facilement dilatable, bonne présentation de l'enfant, conformation régulière du bassin,

telles sont, dit M. Tarnier, les conditions indispensables qui permettent l'emploi du seigle ergoté dans un accouchement rendu laborieux par l'insuffisance des contractions utérines.

Plus loin, M. Tarnier ajoute : « On ne doit employer ce médicament qu'en cas d'absolue nécessité, et en surveiller l'effet sur la circulation fœtale par une auscultation souvent répétée ; si les battements du cœur se ralentissent, on pourra au moins conjurer le danger en appliquant le forceps.

L'ergot de seigle peut encore rendre de réels services dans les présentations du siége. En provoquant ainsi des contractions utérines plus énergiques, la tête de l'enfant séjourne moins longtemps dans les parties maternelles et le danger couru est moins grand.

Pendant la délivrance, l'utilité du seigle ergoté est encore moins contestable que pendant l'accouchement proprement dit, mais il ne faudrait pas croire qu'on pût l'employer impunément. L'utérus, en se rétractant violemment, emprisonne quelquefois le placenta, qui se putréfie sur place, d'où résultent les plus graves accidents. C'est surtout dans les hémorrhagies utérines que l'emploi du seigle ergoté est formellement indiqué, soit comme agent prophylactique, soit comme agent curatif. Il semble ici, d'après M. Tarnier, que l'action du médicament soit double ; à l'amoindrissement de la circulation utérine, par le fait même de la contraction des fibres de la matrice, vient se joindre l'amoindrissement de la circulation générale dans le cœur et dans les artères, aussi peut-on dire que l'ergot de seigle est excellent dans les hémorrhagies graves qui se produisent aux différentes époques de la grossesse, pendant l'accouchement, avant et après la délivrance. C'est surtout dans ce dernier cas que son efficacité est plus évidente encore : ici le sang coule à flots et la vie des malades est compromise. Non-seulement on doit le prescrire, mais il faut pouvoir l'administrer sans perdre une minute ; aussi la plupart des accoucheurs ont la bonne habitude d'avoir toujours sous la main plusieurs doses de seigle ergoté prêtes à être administrées au cas de besoin ; souvent même ils poussent la précaution beaucoup plus loin, et sans attendre l'apparition de l'hémorrhagie ils donnent une dose de seigle ergoté pour peu que la rétraction de l'utérus leur paraisse insuffisante.

Telle est, en résumé, la pratique des accoucheurs français, si judicieusement exposée par l'habile chirurgien de la Maternité. Examinons maintenant les opinions des accoucheurs les plus renommés de l'Irlande.

Le docteur John Denham a présenté récemment à la Société obstétricale de Dublin un intéressant mémoire sur l'ergot de seigle, que nous ne pouvons malheureusement que résumer ici : Le même auteur avait publié déjà, il y a près de seize ans, dans THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL, quelques observations sur l'usage du seigle ergoté. Le principal objet de ce travail était de montrer que l'action funeste exercée par l'ergot sur le fœtus était purement mécanique et non pas toxique.

Le docteur Denham, s'appuyant sur les expériences de Black et de Wright (*Edinburgh medical and surgical Journal*, t. LIII), affirme que l'ergot de seigle n'est nullement un agent toxique et délétère. « Mon intention n'est pas cependant, dit-il, de discuter l'action physiologique de l'ergot, mais bien d'offrir à la Société le résultat de mes observations faites à un point de vue essentiellement pratique. »

Il a souvent employé ce médicament comme emménagogue dans les salles des maladies chroniques du « *Rotunda Lying-in Hospital* », mais sans grand succès. Donné à petites doses souvent répétées, l'ergot lui a paru quelquefois utile dans des cas de leucorrhée, mais l'emploi du fer à hautes doses, un régime tonique et des injections astringentes produisent assurément des résultats tout aussi avantageux. Dans quelques formes d'hémorrhagies comme celles qui surviennent souvent quelques jours et même quelques semaines après la délivrance, alors que l'utérus est plus mou et plus dilaté qu'à l'ordinaire, le docteur Denham dit avoir retiré d'excellents effets de l'ergot de seigle. Il en est de même d'un certain nombre d'hémorrhagies causées par un polype utérin. Dans ce dernier cas, le médicament lui a paru même hâter l'expulsion du polype.

Après avoir signalé les opinions trop exclusives de Beathy, de Ramsbotham, de M'Clintock, de Hosack, de Meigs, de Doherty et de Collins, qui semblent admettre une influence directement nocive exercée par l'ergot de seigle sur le fœtus et sur la mère, le docteur Denham affirme que ce médicament, administré entre le sixième et le neuvième mois de la grossesse, ne porte atteinte ni à la vie ni à la santé de l'enfant, et qu'il n'a pas d'action sur le travail, tant que la gestation n'est par arrivée à son terme. Le docteur Denham rapporte à cet égard l'observation suivante : Jane Doyle, d'une bonne santé habituelle, affirme n'être pas enceinte. Elle fut admise dans le service des chroniques au mois de mai 1872. On entendait distinctement les bruits du cœur du fœtus. Le 18, le 21 et le 23 mai, elle prit un gramme d'ergot fraîchement pulvérisé, trois fois par jour, sans qu'il en résultât pour elle aucun effet fâcheux. Dans les premiers jours de juin, on lui administra 4 grammes de liqueur d'ergot, trois fois par jour, pendant une semaine. Cette dose ne produisit d'autre effet que de provoquer de violentes nausées qui forcèrent bientôt d'en suspendre l'emploi. La malade resta à l'hôpital et accoucha le 26 juillet d'un enfant parfaitement sain. La mère avait pris cependant 12 drachmes 1/2 (21 grammes d'ergot).

Il arrive souvent que les femmes enceintes entrent à l'hôpital en se plaignant de fausses douleurs, sans être en travail, quoique étant à terme. En pareils cas, le docteur Denham a remarqué que souvent l'ergot administré à dose continue pendant un ou deux jours hâte généralement le moment du travail. Il en cite un exemple très-probant, que nous allons rapporter :

Mary Wickham, âgée de vingt-neuf ans, admise à sa seconde grossesse, le 25 juin 1872. Elle n'était pas en travail ; on lui fit prendre en trois fois 10 grammes de liqueur d'ergot. Le 26, l'ergot, n'ayant produit aucun effet, fut administré de nouveau. La malade entra en travail dans le courant de la journée et accoucha d'un bel enfant bien portant à neuf heures cinquante minutes du soir. Elle avait pris dans le courant de ces deux jours une once et demie (48 grammes) de liqueur d'ergot).

Le docteur Denham ne pense pas que l'ergot de seigle produise l'avortement chez les femmes en bonne santé, quand même il y aurait eu menace de cet accident ; mais si le travail est commencé, l'ergot en hâte rapidement la fin. Contrairement à l'opinion de M. Tarnier, il ne semble pas ajouter une grande confiance dans l'efficacité de cet agent pour arrêter les hémorrhagies *post partum*, avant ou après l'expul-

sion du placenta : avant l'expulsion de celui-ci, parce qu'il provoque des contractions utérines qui empêcheraient l'introduction de la main, dans le cas où une intervention obstétricale deviendrait nécessaire ; après l'expulsion du placenta, à cause de l'action dépressive de l'ergot sur la circulation et sur le système nerveux. Voici quelles sont les conclusions auxquelles le docteur Denham est arrivé :

1° Donné même à doses répétées, l'ergot de seigle n'a d'autre inconvénient que celui de provoquer des nausées et de l'anorexie ;

2° Il n'exerce aucune influence fâcheuse sur le fœtus ;

3° Lorsqu'un avortement est commencé, l'ergot l'accélère et l'active ;

4° Administré dans la deuxième période du travail, il en hâte en général la fin. Mais si le travail ne se termine pas promptement, l'administration de l'ergot donne lieu aux plus grands dangers pour l'enfant, non pas que ce médicament soit toxique, comme certains accoucheurs le prétendent, mais parce qu'il arrête la circulation et provoque des contractions utérines continues qui compriment violemment le fœtus ;

5° Dans les hémorrhagies *post partum*, après l'expulsion du placenta, le docteur Denham ne croit pas que l'ergot de seigle exerce une grande influence sur l'utérus ; aussi n'y a-t-il que rarement recours.

Dans presque tous les pays il existe une foule de moyens ou de remèdes populaires auxquels on attribue en général la propriété d'accélérer le travail ou d'accroître l'énergie des contractions utérines. Dans un travail publié récemment par le docteur Whimper (de l'île de Vancouver), il est dit que la queue du serpent à sonnettes, finement pulvérisée, est employée dans la Colombie anglaise comme agent infaillible pour réveiller l'inertie utérine. D'autre part, en Irlande, il est un usage très-répandu pour accélérer le travail : il consiste à secouer la malheureuse parturiente, à la rouler neuf fois en avant et en arrière, puis à lui donner neuf grains de blé ou de seigle ergoté. Le docteur Denham fait judicieusement observer que les Américains, qui revendiquent l'honneur d'avoir découvert les propriétés thérapeutiques de l'ergot de seigle, ont peut-être tenu des Irlandais émigrés aux États-Unis, le traitement empirique dont nous venons de parler, ce qui leur a sans doute suggéré l'idée d'employer isolément l'ergot de seigle.

Le docteur Denham termine son intéressante étude par quelques indications bibliographiques relatives à l'emploi de l'ergot de seigle comme astringent et hémostatique ; mais cette digression nous éloignerait trop de notre sujet. Revenons donc aux indications obstétricales de l'ergot de seigle.

Le docteur Ringland, après avoir payé au travail précédent un juste tribut d'éloges, accepte en tous points l'opinion de son auteur et n'accorde aucun crédit aux effets toxiques du du médicament. Il ajoute qu'au début de sa carrière il avait lu, devant la Société obstétricale de Dublin, un mémoire très-imparfait, dans lequel il avait déjà signalé les effets fâcheux que l'ergot de seigle exerçait immédiatement sur l'enfant par l'intermédiaire de son action sur l'utérus.

Le docteur Ringland a administré le seigle ergoté dans un très-petit nombre de cas, lorsque la tête était sur le périnée et qu'il y avait retard dans le travail par suite de l'inertie utérine. Dans la seconde période du travail, l'ergot lui a paru présenter de grands avantages pratiques, lorsque la parturiente avait eu des hémorrhagies et qu'on pouvait s'attendre à une nouvelle perte de sang immédiatement après l'expulsion du fœtus. Quant à l'emploi du médicament dans la troisième période du travail, il ajoute plus de confiance que le docteur Denham en son efficacité. Il dit avoir employé bien des fois l'excellente préparation de Hamilton et Long, et elle a manqué rarement de lui rendre service. Il ne s'en est cependant jamais tenu à un seul agent thérapeutique dans les cas d'hémorrhagies graves, en sorte qu'il est difficile de dire si l'on doit rapporter l'effet produit au massage de l'utérus, à la pression exercée sur le fond de l'organe, aux applications froides, ou bien à l'ergot de seigle, et il recommande de combiner ces divers modes de traitement lorsqu'on a affaire à une hémorrhagie violente.

Enfin, le docteur Ringland déclare, en terminant, qu'il compte bien faire l'essai des injections sous-cutanées d'ergotine préconisées par le docteur Denham.

La discussion soulevée par l'important travail de cet habile accoucheur ne se borne pas à la communication précédente. Le docteur Thomas More Madden prend part à son tour aux débats et pose deux questions importantes à résoudre 1° Quels sont les cas dans lesquels il convient de donner l'ergot de seigle ? 2° Quelle est la préparation que l'on doit préférer ? Il prie les membres de la Société de fournir à cet égard le concours de leurs lumières. « Quelque grand, dit-il, que soit le danger de laisser le soin des opérations obstétricales à des mains inhabiles et novices, il vaut mieux confier aux étudiants le forceps que l'ergot de seigle. » Il ajoute que dans sa propre pratique il n'a employé le médicament que dans trois sortes de cas : 1° immédiatement avant de donner le chloroforme, lorsqu'il est sur le point d'appliquer le forceps, il administre presque toujours à la parturiente une dose d'ergot, dans le but de favoriser les dernières contractions utérines ; 2° lorsque la femme est multipare et qu'elle a eu des hémorrhagies dans ses précédentes couches. Le docteur Madden, en pareil cas, donne l'ergot au moment où la tête de l'enfant sort de la vulve ; 3° il dit enfin avoir employé avec succès l'ergot à hautes doses dans les hémorrhagies légères post-puerpérales, mais il ne donne jamais ce médicament pendant le travail, à moins qu'il ne soit préparé à appliquer les fers dans la dernière heure qui suit l'administration du médicament.

La préparation à laquelle il donne la préférence est la poudre fraîche administrée à la dose d'un demi-drachme dans l'eau chaude. Celle qu'il recommande ensuite est la liqueur d'ergot du docteur Long, dont il a retiré de bons effets lorsqu'il n'avait pas sous la main de poudre fraîche ; aussi en porte-t-il toujours sur lui lorsqu'il va faire un accouchement. Sur quarante-six fois qu'il a employé l'ergot et appliqué le forceps, huit enfants vinrent au monde mort-nés ; dix-sept fois il a donné l'ergot sans recourir à l'application du forceps, et trois enfants naquirent sans vie. Le premier mourut trois quarts d'heure après l'administration du médicament, le second deux heures dix minutes, et le troisième une demi-heure après. Il a donné, dit-il, l'ergot dans beaucoup de cas d'hémorrhagie *post partum*, et dans plusieurs le médicament a arrêté l'hémorrhagie ; dans d'autres, l'intervention d'autres moyens a été nécessaire.

L'opinion du docteur Atthill se rapproche beaucoup de celle du docteur Denham. Comme lui, il dénie à l'ergot de

seigle toute influence toxique sur le fœtus. Il ne donne jamais l'ergot que dans les cas où il y a lieu de craindre une hémorrhagie après l'accouchement. Contrairement au docteur Madden, il n'a jamais vu le médicament réussir dans les hémorrhagies post-puerpérales.

Quant au mode d'administration, il conseille de le donner par la voie rectale, comme M'Clintock l'avait du reste indiqué avant lui. Il a coutume d'associer à chaque dose d'ergot de seigle quelques gouttes de liqueur de strychnine, espérant augmenter de la sorte l'efficacité du remède.

En résumé, il résulte de cette longue discussion dans tous les détails de laquelle nous n'avons pu entrer, que l'ergot de seigle ne mérite ni les éloges ni les reproches exagérés dont il a été l'objet. Qu'au point de vue obstétrical, il peut rendre d'incontestables services, quand il est administré par des mains prudentes et habiles, et qu'en réveillant la contractilité des parois utérines il est le plus précieux adjuvant du travail, comme il peut devenir dans d'autres cas l'arme la plus dangereuse et la plus perfide. Enfin et surtout, comme il ressort clairement de la communication du docteur Denham, l'ergot de seigle n'exerce pas d'action toxique sur le fœtus et n'agit que secondairement sur lui par l'intermédiaire de la contraction utérine qu'il éveille ou qu'il accroît.

Dr Labadie-Lagrave.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux.

(Fin. — Voyez les numéros 13 et 15.)

Obs. X. *Rhumatisme articulaire aigu datant de cinq jours. Traitement par la triméthylamine pendant quatre jours. Très-grande amélioration. Suppression du traitement faute de médicament. Rechute.* (Charité, service de M. Bouchard, suppléant de M. le professeur Bouillaud. Observation recueillie par M. Michel, externe du service.) — Louise Godard, demoiselle de magasin, âgée de vingt et un ans, entre à l'hôpital de la Charité le 27 janvier. Cette jeune femme, douée d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, est arrivée à Paris il y a trois mois. Elle se plaça dans un magasin où on lui donna pour chambre à coucher une pièce froide et humide.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 24 janvier, elle sentit en se levant une douleur dans le genou droit. Elle alla cependant à son magasin, et dans la journée même commencèrent des douleurs dans le genou; ces douleurs étaient continues et augmentaient peu à peu d'intensité. Elle se coucha très-fatiguée, dormit peu, eut de la fièvre et souffrit non-seulement de la jambe droite mais même de la gauche. Le matin les douleurs étaient assez vives pour l'empêcher de se lever. Le genou droit présentait un peu de rougeur, dit la malade.

Ces accidents augmentèrent peu à peu d'intensité, sans modifier toutefois sensiblement l'état général, car la malade dit n'avoir eu de la fièvre que pendant la première nuit de sa maladie, que les accidents ont débuté au milieu d'une santé parfaite, sans être précédés d'aucun trouble digestif, etc.

Pas de rhumatisme dans la famille.

A l'entrée, nous constatons une légère tuméfaction du genou droit, qui est rouge et chaud. La malade se plaint des autres articulations de la jambe gauche, mais nous ne trouvons rien d'apparent. Elle dit en outre que les douleurs augmentent la nuit. Sa langue est sale, la malade n'a pas été à la selle depuis le début de sa maladie. Pouls dur et plein, 84; température, 38°,8. (Ouate.)

Le 29 janvier, la malade se plaint de douleurs très-vives dans l'articulation du poignet droit; les douleurs des jambes diminuent. Ce matin, l'articulation scapulo-humérale était atteinte en même temps que l'articulation coxo-fémorale devenait libre. Les pieds sont enflés, rouges et chauds. Rien au cœur. Température, 38°,6. (Propylamine, 20 centigrammes.)

Le 30 janvier, même état. Température, 38°,5. (Propylamine, 40 centigrammes.)

Le 1er février, les articulations inférieures sont presque complétement dégagées; les articulations supérieures sont encore douloureuses, mais on ne trouve ni œdème, ni rougeur. La nuit a été bonne, pas de fièvre. L'emploi de la propylamine est continué à la dose de 1 gramme. La malade ne peut encore remuer les bras et les articulations du poignet; les doigts sont libres et n'ont jamais été atteints. Langue bonne. Pas de nausées ni de trouble intestinal.

Le 3, léger bruit de souffle au premier temps et à la base; à la pointe les deux bruits sont bien timbrés. Pas de dédoublement du deuxième bruit. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Les articulations du poignet et du coude sont assez douloureuses et rouges; l'inflammation est cependant peu considérable. Trois selles cette nuit. Langue bonne. Pas de fièvre. Température, 37°,4. (Propylamine, 1gr,50.)

Le 4, souffle au premier temps et à la base. Face pâle et décolorée. Langue bonne. Souffle dans la veine jugulaire. La malade se trouve beaucoup mieux, elle peut même remuer les mains, qui n'offrent plus qu'un peu de rougeur au niveau de l'articulation du poignet. La malade devient très-gaie; elle demande à manger. Température, 37°,6. La propylamine étant refusée par l'hôpital, on cesse la médication.

Le 5, la malade a passé une très-mauvaise nuit. Les articulations du poignet, à droite comme à gauche, sont très-douloureuses, elles sont rouges, enflammées. Les articulations du coude sont douloureuses, surtout à droite. La face est rouge; les yeux sont cernés. Elle n'a pas dormi cette nuit, a eu plusieurs frissons et une fièvre assez forte. Le matin, transpiration abondante. Pouls, 94; température, 38°,6.

Le 6, nuit plus mauvaise encore que celle de la veille; les articulations sont douloureuses au point d'empêcher la malade de faire le moindre mouvement. Ses traits sont tirés. Pouls, 98; température, 38°,8. Toujours pas de propylamine.

Le 7, la nuit a été meilleure, mais cependant les douleurs sont toujours à l'état aigu. Température, 38°,4.

A partir de ce jour, nous voyons les accidents aigus décroître lentement. Le pouls et la température décroissent peu à peu; ce n'est que depuis le 23 février que nous trouvons les chiffres normaux.

Aujourd'hui la malade est encore dans le service et dans un état d'anémie très-prononcé; elle a de plus une péricardite qui a nécessité l'emploi de deux vésicatoires.

La malade se sentait très-promptement soulagée par la propylamine, qu'elle redemandait avec instance au moment où l'emploi de ce médicament ne fut plus autorisé par la pharmacie centrale. La malade dit qu'après avoir pris la potion elle éprouvait quelques nausées : c'est le seul phénomène qu'elle ait remarqué.

Cette observation est surtout remarquable par ce fait que, dès l'administration de la triméthylamine, les douleurs disparaissent, et l'amélioration est tellement sensible que l'on peut croire à une guérison; mais on est forcé de cesser brusquement ce médicament, l'administration des hôpitaux n'en délivrant plus, et immédiatement les douleurs reparaissent avec une nouvelle intensité; c'est ce que nous avons été à même d'observer, pour notre part, dans plusieurs autres cas.

Obs. X. *Rhumatisme articulaire aigu datant de cinq jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en sept jours.* (Maison municipale de santé, service de M. Féréol. Observation recueillie par M. Cauchois, interne du service.) — Gustave Aubr..., dix-neuf ans, né en Auvergne, habite Paris depuis un an. Son père serait sujet aux douleurs rhumatismales(?) Lui-même, vers l'âge de douze ans, aurait été atteint de fièvres intermittentes qui auraient duré plusieurs mois et été traitées par le sulfate de quinine. A part cette maladie, il se déclare habituellement bien portant. Nous constatons seulement que la peau est ichthyosique sur presque toute la surface du corps, et principalement au voisinage des articulations dans le sens de l'extension. Ce garçon, d'apparence assez robuste, quoique un peu pâle et de coloration lymphatique, est employé aux magasins du Coin-de-Rue, et, dans son service, exposé constamment, dit-il, aux courants d'air. Il a été pris le 3 février, un lundi. Il aurait eu du frisson suivi de chaleur et de sueur; néanmoins il ne s'est mis au lit que le surlendemain, 5 février. Il entre à la Maison de santé le 7 au soir.

Le 8 février, les douleurs sont limitées aux deux articulations tibio-tarsiennes et aux gaînes tendineuses voisines. A ce niveau, il y a une légère tumeur et une tuméfaction modérée. Les deux pieds ont une attitude caractéristique. Équinisme prononcé, savoir : extension du tarse et du métatarse sur la jambe; flexion des orteils sur la face dorsale du pied. Rien aux autres articulations. Léger souffle au premier bruit du cœur, à la pointe.

Sur les lèvres, quelques vésicules d'herpès. Pouls, 88 ; température rectale, 39°,4. (Baumo tranquillo, tilleul, julep gommeux.)

Soir. — Pouls, 80 ; température rectale, 39°,9.

Le 10 février, les genoux sont un peu douloureux et peut-être légèrement tuméfiés. L'appétit est presque nul. Pouls, 76 ; température rectale, 38°,6.

Soir. — Pouls, 76 ; température rectale, 39°,5.

Le 11, douleur des genoux plus prononcée, celle des pieds également. Impulsion cardiaque énergique ; bruit de souffle plus prononcé à la pointe. Mouvements des genoux difficiles et douloureux. Tuméfaction du genou gauche. La rotule est soulevée. Il y a de l'épanchement dans la synoviale du genou. Pouls, 88 ; température rectale, 39°. (Propylamine, 75 centigrammes dans un julep gommeux.)

Le 12, les deux genoux sont tuméfiés. L'épanchement paraît avoir un peu augmenté à gauche. Température rectalo, 39°,8. (Propylamine, 1 gramme.)

Soir. — Pouls, 84 ; température rectale, 39°,8.

Le 13, même état des genoux ; les pieds et les membres supérieurs sont toujours indemnes. Tendance au dédoublement du second bruit à la base. Pouls, 80 ; température rectale, 39°,2.

Soir. — Pouls, 88 ; température rectale, 39°.

Le 14, les genoux sont bien moins douloureux, quoique toujours tuméfiés. Température rectale, 38°,6.

Le 16, le soir, température rectale, 39°,2.

Le 17, persistance de quelques douleurs dans les genoux et retour dans les pieds. Température rectale, 38°,4. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Pouls, 80 ; température rectale, 39°,6.

Le 18, température rectale, 38°.

Soir. — Température rectale, 38°,6.

Le 19, le malade déclare pouvoir remuer toutes les articulations sans la moindre gêne. Appétit excellent depuis plusieurs jours déjà. Fonctions intestinales régulières. Il y a eu de la diarrhée le deuxième jour du traitement par la propylamine. Température rectale, 37°,8.

Soir. — Température rectale, 37°,6.

Le 25, la pâleur du visage et l'amaigrissement sont plus marqués chez ce malade. La convalescence continue. Les épanchements articulaires ont disparu.

Cette observation de M. Feréol est un cas type, très-analogue à ceux que nous avons déjà publiés dans l'Union médicale, où la guérison se produit en sept jours de traitement.

L'appétit est aussi augmenté sous l'influence du traitement qui a amené aussi une légère diarrhée.

Obs. XII. *Rhumatisme articulaire aigu généralisé datant de trois jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en six jours.* (Maison municipale de santé, service de M. Feréol. Observation recueillie par M. Cauchois, interne du service.) — Louis P..., vingt-cinq ans, employé de commerce, habite Paris depuis trois ans. Ne se rappelle, aucune maladie antérieure qu'une attaque de rhumatisme articulaire vers l'âge de quinze ans. Il aurait, à cette époque, été malade pendant environ *six mois*. Les grandes articulations seules auraient été prises. Depuis ce temps, il s'est assez bien porté, *quoique sujet aux douleurs* (?).

Il est de nouveau malade depuis le 9 février 1873. Il aurait été pris par les cous-de-pied d'abord, puis les genoux, les épaules. L'appétit et le sommeil se sont perdus. Il entre à la Maison de santé le 12 février 1873. Gonflement douloureux des deux cous-de-pied avec rougeur sous forme de traînées qui suivent le parcours des gaînes tendineuses au voisinage de ces articulations. Le genou gauche est tuméfié, douloureux, un peu rouge. Épaule gauche également douloureuse. Rien aux petites articulations des mains. Les deux bruits du cœur un peu soufflés à la base ; le maximum du souffle se trouve à 4 centimètres au dedans du mamelon gauche et un peu au-dessus. Souffle au premier bruit à la pointe, légèrement présystolique. Aucune exagération de la matité précordiale. Inappétence. Langue saburrale. Constipation depuis quatre jours. Douleurs aux articulations du carpe et du métacarpe gauche, avec tuméfaction commençante. Pouls, 112 ; température (prise de l'aisselle gauche), 38°,4. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 112 ; température, 38°,9.

Le 13 février, les signes locaux ont augmenté aux mêmes articulations, ainsi que le souffle de la pointe au premier bruit. Pouls, 92 ; température axillaire, 38°,1. (Propylamine, 1 grammo.)

Soir. — Pouls, 112 ; température axillaire, 39°,5.

Le 14, sueurs abondantes. Articulations digitales douloureuses aux deux mains. Un peu de sommeil la nuit précédente. Garderobes abondantes (trois dans la journée), effet que le médicament produit chez tous les malades. Pouls, 108 ; température axillaire, 38°,8.

Soir. — Pouls, 112 ; température axillaire, 38°,9.

Le 15, faciès pâle, exprimant la souffrance. Même état des articulations. La rougeur persiste sur le trajet des tendons péroniers. Le malade se plaint d'oppression, cependant l'auscultation ne révèle rien de nouveau du côté du cœur ou des poumons. Mais la pression des articulations sternales supérieures (première avec la deuxième pièce du sternum et cartilages costaux voisins) est très-douloureuse. Pouls, 100 ; température axillaire, 38°. (Propylamine, 1gr,25.)

Soir. — Température axillaire, 38°,5.

Le 16, amélioration locale. Les mouvements des bras sont plus libres. Le malade accuse une amélioration notable, et surtout un *retour très-prononcé de l'appétit*. Dans la journée il s'est levé quatre heures (c'est le cinquième jour du traitement). Température axillaire, 37°,8.

Soir. — Pouls, 92 ; température axillaire, 38°,3.

Le 17, l'amélioration continue. L'appétit revient. Pâleur et amaigrissement notables. Pouls, 88 ; température axillaire, 37°,4. (Propylamine, 1 gramme.)

Soir. — Température axillaire, 37°,5.

Le 18, le malade déclare n'éprouver plus aucune douleur. Il se lève une grande partie de la journée. Température axillaire, 37°,2. (Propylamine, 75 centigrammes.

Soir. — Température axillaire, 37°,2.

Le 19, on cesse le médicament. Température axillaire, 37°.

Le 20, température axillaire, 37°,1.

Le 25, la malade paraît complétement guéri. Il n'a pas reparu de douleurs articulaires ni de tuméfaction depuis six jours. Il est à peine un peu pâle, se lève toute la journée et mange de bon appétit ; chaque matin il agite triomphalement bras et jambes au moment où l'on entre dans sa chambre. Le bruit de souffle cardiaque persiste et paraît attribuable, en grande partie au moins, à la maladie du jeune âge.

Encore un des cas les plus remarquables de rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui guérit en six jours, et voici les réflexions que M. Feréol fait, à propos de cette observation :

« Pour moi, la triméthylamine est un médicament excellent dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, et d'autant meilleur que la maladie est plus aiguë. Il agit à la fois sur l'élément douleur et sur l'élément fièvre, qu'il fait disparaître tous deux en même temps, sans que, jusqu'à présent, j'aie rien observé qui puisse m'autoriser à redouter quelque métastate viscérale, comme on pourrait en craindre une, d'après les anciennes idées sur la nécessité des fluxions rhumatismales. »

Obs. XIII. *Rhumatisme articulaire subaigu datant de six jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en six jours.* (Maison municipale de santé, service de M. Feréol. Observation recueillie par M. Cauchois, interne du service.) — J. B. Schl..., âgé de dix-sept ans. C'est un garçon qui offre les apparences extérieures d'une bonne constitution, grand et bien musclé ; système pileux brun, très-développé sur tout le corps. Il n'aurait fait dans son enfance qu'une maladie grave, vers l'âge de sept ans, probablement le croup. Depuis plusieurs années, environ deux ans, il se plaint de ressentir habituellement, et d'une manière en quelque sorte constante, des douleurs dans le dos. Ces douleurs gagnaient quelquefois l'épaule gauche, sans s'y être jusqu'ici jamais fixées. Il est facilement essoufflé en courant et en montant les escaliers ; ces exercices violents lui occasionnent des points de côté passagers. Il n'aurait pas ressenti de palpitations.

Antécédents de famille nuls.

Il habite Paris depuis 1871, où il est employé de commerce.

Sans cause appréciable, sans chaudepisse, il a commencé à éprouver des douleurs dans les articulations des membres supérieurs, surtout l'épaule et la main gauches, le 19 janvier 1873. Bientôt ces douleurs, descendant dans les genoux et les cous-de-pieds, obligent Schl... à cesser tout travail, et il entre à la Maison de santé le 22 janvier. Anorexie. Langue un peu saburralo. 80 pulsations. Constipation. Douleurs modérées des jointures des membres inférieurs et des membres supérieurs gauches. Pas de gonflement appréciable. Aucune rougeur. Premier bruit du cœur un peu rude et soufflé à la pointe.

Le 25 janvier, douleurs restées les mêmes, mais surtout prononcées aux épaules et aux articulations de la main. Le malade a été tenu jusqu'ici en expectative. Pouls, 80 ; température rectale, 39°.

Soir. — Le malade commence le soir même le traitement par la propylamine (50 centigrammes dans un julep gommeux). Pouls, 84 ; température rectale, 39°,8.

Le 26, moins de douleurs dans les membres inférieurs. L'appétit revient. Pouls, 72 ; température rectale, 38°,6.

Soir. — Pouls, 72 ; température rectale, 39°,4.

Le 27, le malade prend 1 gramme de propylamine et *commence à se lever*. Pouls, 64 ; température rectale, 38°,4.

Soir. — Température rectale, 38°,4.

Le 28 soir, les douleurs ont complétement disparu dans les membres inférieurs; l'épaule gauche seule reste douloureuse. Pouls, 64; température rectale, 37°,2.

Le 29 : pouls, 72; température rectale, 37°,8.

Le 30, plus de douleurs appréciables dans les articulations. La douleur dorsale que le malade ressent depuis deux ans (?) aurait à peine éprouvé quelque soulagement. Pouls, 64; température rectale, 37°,2.

Soir. — Température rectale, 37°,8.

Le 31, la propylamine est supprimée. L'appétit est, depuis plusieurs jours, redevenu normal.

Sort, le 4 février, guéri.

Résumé. — Rhumatisme articulaire subaigu fébrile, traitement par la propylamine le sixième jour; chute de la fièvre et retour de l'appétit le troisième jour. Durée totale : une douzaine de jours (du 19 au 30 janvier).

Obs. XIV. *Rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de quinze jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en quinze jours.* (Maison municipale de santé, service de M. Féréol. Observation recueillie par M. Cauchois, interne du service.) — François Ren..., âgé de quarante-deux ans, homme d'une constitution de force moyenne, blond, peau fine, blanche. Point d'antécédents de famille. Première attaque de rhumatisme. Employé de commerce, les mois de novembre et décembre 1872 auraient été pour lui fort pénibles; des courses quotidiennes, longues et fatigantes, en l'exposant souvent à être mouillé par les pluies diluviennes qui ont signalé la fin de cette même année, paraissent avoir été le point de départ des accidents actuels.

C'est le 10 janvier qu'il en a ressenti les premières atteintes. Le début s'est produit par des roideurs douloureuses occupant les deux jarrets; elles se faisaient principalement sentir le soir, puis ont envahi le pourtour des genoux. Bientôt l'épaule gauche est devenue douloureuse. La perte du sommeil, de l'appétit, oblige le malade à entrer à la Maison de santé le 24 janvier 1873.

Le 24 janvier, sueurs abondantes. Genou gauche tuméfié, douloureux, ainsi que le cou-de-pied et l'épaule du même côté. Coude gauche douloureux, sans tuméfaction. Inappétence. On traite d'abord (le docteur Cazalis en l'absence de M. Féreol) par la poudre de Dower, 30 centigrammes. Les symptômes persistent.

Le 26, douleurs généralisées aux deux genoux, à toutes les articulations du membre supérieur gauche, à l'épaule droite. Pouls, 100; température axillaire, 38°,6. (Propylamine, 50 centigrammes dans un julep gommeux.)

Soir. — Pouls, 96; température axillaire, 39°,8.

Pas d'amélioration les deux jours qui suivent.

Le 27, température axillaire, 38°,9. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Soir. — Pouls, 104; température axillaire, 39°,6.

Le 28, douleurs moindres aux membres supérieurs. L'épaule, le coude, la main gauche sont à peine douloureux à la pression. La main exécute quelques mouvements assez librement. Les genoux restent douloureux, mais sans tuméfaction bien notable. Persistance des sueurs. L'inappétence et la soif continuent. (Propylamine, 1 gramme.) Température axillaire, 38°,4.

Soir. — Pouls, 104; température axillaire, 39°,2.

Le 29, même traitement. Pouls, 84; température axillaire, 37°,6.

Soir. — Pouls, 92; température axillaire, 38°8.

Le 30, les deux épaules restent encore très-douloureuses. Le malade se plaint d'oppression. L'auscultation du poumon révèle l'existence de quelques râles sibilants épars vers les deux bases. Le premier bruit du cœur est un peu soufflé à la pointe (?). Tympanisme stomacal. Pouls, 84; température axillaire, 37°,8.

Soir. — Pouls, 112; température axillaire, 39°,2.

Le 31, persistance de *rhonchus sibilans*. Bruit de souffle cardiaque reste très-faible. Pouls, 80; température axillaire, 37°,3. (Cinq jours de traitement par la propylamine; le malade prend 1 gramme de ce médicament depuis le 28, trois jours).

Soi. — Température axillaire, 38°,1.

Le 1er février, diminution sensible des douleurs à toutes les articulations d'abord prises. Mouvements faciles des membres inférieurs et supérieurs. L'appétit commence à se faire vivement sentir. Depuis la dose de 1 gramme de propylamine, le malade va à la selle en diarrhée plusieurs fois par jour. Pouls, 92: température axillaire, 37°,4.

Soir. — Pouls, 100; température axillaire, 38°.

Le 2, même traitement. Pouls, 92; température axillaire, 37°,4.

Soir. — Pouls, 96; température axillaire, 37°,4.

Le 3, une seule selle diarrhéique. Le malade se lève dans la journée. Pouls, 96; température axillaire, 38°,2 (?).

Soir. — Pouls, 84; température axillaire, 37°,5.

Le 4, même traitement. Température axillaire, 37°,2.

Soir. — Pouls, 80; température axillaire, 37°,4.

Le 5, douleurs presque nulles, si ce n'est encore un peu à l'épaule gauche. Rien ailleurs. Amaigrissement prononcé. Encore quelques sueurs nocturnes.

On a cessé de prendre la température à partir du 8 février. Bien que le malade continuât la propylamine, l'appétit était revenu.

Le 13, il y avait encore un peu de roideur douloureuse, le soir, dans le jarret droit, le premier pris au début. La température était restée normale, c'est-à-dire de 37°,4 à 37°,6. Le bruit de souffle cardiaque persiste dans le premier temps à partir des 10 et 11 février.

Le malade sort le 15.

Résumé. — Rhumatisme aigu, tendance à se généraliser, traitement par la propylamine, de 50 centigrammes à 1 gramme le troisième jour à partir du quinzième jour de la maladie; dès le sixième jour du traitement chute de la température et du pouls, diminution considérable des douleurs, manifestation du retour de l'appétit. Durée totale de la maladie : un mois ou vingt et un jours de fièvre.

Dans l'observation XIV, nous signalerons la diarrhée qui survient après quelques jours de traitement, où l'on maintient la dose à 1 gramme de triméthylamine par jour. Ces phénomènes sont encore bien plus accusés dans l'observation suivante, où l'on voit ce médicament produire une sensation insupportable de sécheresse et de chaleur dans l'arrière-gorge; ce qui oblige de cesser dès le premier jour cette médication; et cependant la dose ne dépassait pas 0gr,75. C'est là un fait tout à fait exceptionnel et que nous ne trouvons pas dans les autres observations.

Obs. XV. *Rhumatisme blennorrhagique. Traitement par la triméthylamine pendant vingt-quatre heures. Symptômes du côté du tube digestif. Cessation du traitement. Pas de résultat.* (Maison municipale de santé, service de M. Féréol. Observation recueillie par M. Cauchois, interne du service.) — Émile Laf..., vingt-quatre ans, garçon coiffeur, entre le 3 février à la Maison de santé. Une première chaudepisse il y a quatre ans n'a pas été suivie d'accidents. Récidive il y a deux mois (décembre 1872). Depuis le 18 ou le 20 janvier, douleurs dans les talons et les cous-de-pied, et presque en même temps dans le genou droit, avec tuméfaction de cette articulation. Un vésicatoire a été appliqué sur le genou le 24 ou le 25 janvier. Ce jeune homme n'a jamais eu d'affection rhumatismale. Aucun de ses parents n'est ou n'a été, à sa connaissance, affecté de rhumatisme.

État actuel. — Pâleur du visage. Un noyau d'induration épididymaire à droite. Écoulement uréthral blanc jaunâtre. Battements de cœur normaux. Se plaint de douleurs dans les talons et l'aponévrose plantaire. Point de tuméfaction appréciable de ces parties. Genou droit légèrement tuméfié, sans rougeur. Peu de douleur à la pression. La rotule est soulevée; fluctuation; il y a de l'épanchement dans l'articulation. (Baume tranquille, ouate.)

Le 5 février se plaint de douleurs dans le cou (arthralgies cervicales) et de quelques douleurs des coudes. Aucune tuméfaction apparente de ces parties. (Badigeonnage à la teinture d'iode, application d'un appareil silicaté sur le genou.)

Le 8, les douleurs rachidiennes ont augmenté; les douleurs tarsiennes persistent. Apyrexie. (Propylamine, 75 centigrammes.)

Le 9, se plaint vivement d'une sensation insupportable de sécheresse et de chaleur du gosier. Il y a eu beaucoup de diarrhée cette nuit. On supprime la propylamine. Déclare souffrir moins du cou et des talons (?). Les coudes sont libres. Même état du genou droit.

Le malade sort le 15 février sans changement dans son état, sauf la disparition des arthralgies tarsiennes et cervicales.

A propos de cette observation, M. Feréol ajoute les réflexions suivantes :

« Je n'aurais pas cru devoir livrer cette observation, où la propylamine, d'ailleurs assez peu indiquée, n'a été employée qu'un seul jour, s'il n'y avait lieu d'attribuer à l'emploi du médicament un phénomène que je n'ai, du reste, observé chez aucun autre malade, mais qui a paru le lendemain de son emploi et disparu le jour où l'on a cessé la potion. »

Nous rappellerons, à propos de ce rhumatisme blennorrhagique, ce que nous avons dit à propos de l'observation VII, du peu de résultat de la triméthylamine dans cette sorte d'affection. M. Feréol est arrivé au même résultat négatif; et voici le fait qu'il veut bien nous communiquer :

« J'ai employé encore la propylamine contre un rhumatisme blennorrhagique fébrile, siégeant principalement au

genou droit (température axillaire, 40°). Le malade n'avait jamais eu de rhumatisme, bien qu'il eût eu déjà une blennorrhagie. Le genou gauche était pris aussi, mais à un degré moindre ; il y avait un état sudoral prononcé, et des douleurs atroces. — Le médicament, dans ce cas, a complétement échoué, bien que j'en aie porté la dose progressivement jusqu'à 2 grammes; il a déterminé un peu de diarrhée; mais nul apaisement de la douleur, et aucune diminution de la fièvre. — Il a fallu y renoncer; l'articulation malade a été placée dans une gouttière, et l'on y a fait des applications de teinture d'iode; la fièvre a baissé un peu, mais la localisation morbide s'est maintenue en s'accentuant dans le sens de la tumeur blanche. Le malade a été transporté en chirurgie, où on lui a posé un appareil inamovible maintenant le membre dans l'extension. Il y est encore. »

Nous résumerons toutes ces observations dans le tableau ci-joint, qui montre sous une forme plus nette les résultats obtenus.

N°s des observations.	Hôpital.	Sexe.	Age.	Nature du rhumatisme.	Nombre des attaques.	Temps écoulé depuis le début du rhumatis. jusqu'au commenc. du traitement par la triméthylamine	Durée du traitement par la triméthylamine.	Durée totale de la maladie.	Médications antérieures.	Résultats.	Noms des observateurs.	Observations.
1	Hôtel Dieu.	Homme.	26	Aigu.	Rechute	2 jours.	3 jours.	5 jours.	P. de Dower.	Guérison.	Martineau.	»
2	Id.	Femme.	37	Id.	1re	15 —	5 —	20 —	Sulfate de quinine.	Id.	Id.	Augmentation très-considérable de l'appétit.
3	Id.	Id.	29	Id.	4e	15 —	5 —	20 —	Rien.	Id.	Id.	Amélioration très-notable le lendemain de l'administration du médicament.
4	Id.	Id.	40	Id.	1re	15 —	4 —	19 —	Id.	Id.	Id.	Appétit très-augmenté. Diurèse abondante.
5	Id.	Homme.	24	Id.	8e	2 —	14 —	» »	Id.	Insuccès.	Id.	»
6	Beaujon.	Id.	37	Subaigu.	5e	» »	12 —	» »	Id.	Guérison.	Brouardel.	Amélioration dès le quatrième jour du traitement.
7	Id.	Id.	20	Blennorrh.	1re	10 —	11 —	21 —	Id.	Id.	Id.	»
8	St-Antoine.	Id.	»	Aigu.	9e	5 —	19 —	24 —	Id.	Id.	Gombault.	»
9	Id.	Femme.	28	Id.	2e	8 —	10 —	18 —	Id.	Id.	Id.	Fort grave. Compliqué de délire violent.
10	Charité.	Femme.	21	Aigu.	1re	5 —	4 —	29 —	Id.	Améliora-tion.	Bouchard.	Très-grande amélioration par la triméthylamine. Cessation brusque du traitement faute du médicament. Rechute.
11	M. de santé.	Homme.	19	Id.	1re	5 —	7 —	12 —	Id.	Guérison.	Feréol.	»
12	Id.	Id.	24	Id.	2e	3 —	6 —	9 —	Id.	Id.	Id.	»
13	Id.	Id.	17	Subaigu.	1re	6 —	6 —	12 —	Id.	Id.	Id.	»
14	Id.	Id.	42	Aigu.	2e	15 —	15 —	30 —	P. de Dower.	Id.	Id.	Dès le sixième jour du traitement, très-grande amélioration.
15	Id.	Id.	24	Blennorrh.	1re	» »	1 —	» »	»	Insuccès.	Id.	La triméthylamine, à la dose de 0gr,75, a produit de la diarrhée et de la sécheresse dans l'arrière-gorge, au point de faire cesser le traitement.

Dans toutes ces observations, la triméthylamine a été employée en potion, et la dose a été en moyenne de 1 gramme à 1gr,50. M. Martineau, dans l'observation V, a atteint la dose de 2gr,75. En quantité aussi élevée, la triméthylamine produit une irritation vive dans l'arrière-gorge et dans l'estomac. Le plus souvent, à doses modérées, cette médication est des mieux supportées; elle détermine cependant quelquefois de la diarrhée (observations XIII et XIV), et même nous avons vu (observation XV) chez un malade une seule dose de 0gr,75 produire une sensation de sécheresse tellement vive dans l'arrière-gorge, que l'on dut cesser cette médication. Mais, c'est là, nous le répétons, un fait tout à fait exceptionnel, que nous n'avons noté qu'une seule fois.

L'odeur de la triméthylamine est fort bien masquée par le sirop de menthe, et les malades prennent sans aucune répugnance cette potion ainsi préparée.

Effets thérapeutiques. — Le premier phénomène observé après l'administration de la triméthylamine, c'est la diminution dans les douleurs; et ce soulagement se produit dès les premiers jours de la médication (observations I, II, III, IV, VIII, etc.); c'est même là un signe qui nous permet d'affirmer que la triméthylamine aura une action favorable sur la marche subséquente du rhumatisme. Car, lorsqu'il fait défaut après quatre ou cinq jours de traitement, il est à croire que cette médication n'aura aucune action satisfaisante.

Cette sidération dans les phénomènes douloureux, que nous avions déjà signalée dans notre premier travail, nous paraît encore être le point dominant de la médication par la triméthylamine. Tous les malades, ou presque tous, accusent un grand soulagement après l'administration du médicament, et ce soulagement est bien dû à la triméthylamine; car, lorsque, par une cause ou par une autre, on cesse brusquement le traitement, on voit les douleurs réapparaître pour disparaître de nouveau lorsqu'on reprend le médicament. Ceci est surtout très-appréciable dans l'observation due à M. Bouchard (obs. X).

En même temps que se produit cette diminution dans les douleurs articulaires, il se fait aussi une diminution dans le pouls et la température, et pour certains observateurs, M. Bucquoy en particulier, qui, dans son service de l'hôpital Cochin, a obtenu d'excellents résultats dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par la propylamine, cette action dépressive sur le pouls et la température occuperait la première place. La triméthylamine agirait dans ce cas, suivant notre savant collègue, comme le sulfate de quinine, mais avec plus d'énergie et de constance.

Nous ne partageons pas absolument cette manière de voir, et, tout en admettant l'action antifébrile de la triméthylamine, nous ne croyons pas qu'elle joue ici le rôle principal, et nous pensons que la dépression notée dans les observations qui précèdent sur le pouls et la température, est due autant à la disparition des phénomènes articulaires qu'à l'action antifébrile du médicament.

A côté de ces deux grands phénomènes, diminution de la douleur et de la fièvre, il se joint aussi un amoindrissement dans le gonflement des articulations qui reprennent peu à peu leurs dimensions normales. Cependant les poussées articulaires ne s'arrêtent pas brusquement, elles se produisent encore pendant la médication; mais leur intensité est beaucoup moindre, et elles vont en s'éteignant jusqu'à la guérison complète (observation VIII).

Du côté des urines, on observe des résultats variables. Tantôt elles sont augmentées comme dans les observa-

tions I, II et IV; tantôt, au contraire, elles ne paraissent subir aucune modification; on peut en dire autant des sueurs qui sont accrues dans certains cas, mais qui, dans d'autres, n'ont pas été modifiées.

Enfin, il est un phénomène qui a frappé un certain nombre d'observateurs, et que l'on trouvera très-nettement signalé, surtout dans les faits de MM. Gombault et Martineau (obs. I, II, III, IV, VIII, IX), c'est l'augmentation très-notable de l'appétit. Les malades réclament impérieusement à manger, et il est presque impossible de ne pas accéder à leur désir, tellement leur faim paraît intense.

Les indications thérapeutiques de la triméthylamine dans le rhumatisme articulaire aigu, nous paraissent résulter de l'acuité même de ce rhumatisme, et à cet égard, nous partageons absolument la manière de voir exprimée plus haut par notre ami le docteur Feréol. Plus le rhumatisme a une marche aiguë et rapide, plus la tendance à la généralisation est grande, plus aussi on tirera un parti favorable de l'emploi des solutions de triméthylamine. Est-ce à dire cependant que la médication aura toujours une action favorable? Assurément non; et nous voyons, dans le cas signalé par M. Martineau (obs. V), un fait où ce traitement a complétement échoué, quoique dans cette observation nous trouvions réunies toutes les circonstances favorables que nous venons d'énumérer; pour expliquer cet insuccès, nous ne pouvons invoquer la mauvaise qualité du remède, car on employait la même triméthylamine commerciale que dans les quatre premières observations où un résultat avantageux avait été noté. Pourquoi cet insuccès? Nous l'ignorons absolument, et c'est un des points encore obscurs de la question qui nous occupe.

Dans le rhumatisme subaigu, la triméthylamine peut donner encore de bons résultats; mais ces derniers deviennent de plus en plus rares, à mesure que l'on a affaire à des rhumatismes à forme chronique, pour devenir à peu près nuls dans les cas de rhumatisme noueux ou à déformation.

Malgré le résultat satisfaisant obtenu par M. Brouardel dans le rhumatisme blennorrhagique, il ne nous paraît pas démontré que la triméthylamine soit indiquée dans cette forme, et nous voyons dans les faits de M. Feréol (obs. XIV) la confirmation de ce dire.

Les complications qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ne paraissent nullement contre-indiquer l'emploi de la triméthylamine, même lorsqu'il s'agit de complications du côté de l'encéphale. Un des faits les plus curieux qu'on puisse citer est, à coup sûr, l'intéressante observation de M. Gombault (obs. IX), où nous voyons un cas de rhumatisme articulaire aigu des plus graves avec délire, guérir rapidement sous l'influence du traitement par la triméthylamine.

Dans l'un des faits qu'il a observés à l'hôpital Cochin, M. Bucquoy a remarqué aussi une amélioration très-notable avec la médication par la triméthylamine, dans un cas fort grave de rhumatisme articulaire aigu, compliqué non-seulement de péricardite, mais encore d'un épanchement pleurétique considérable.

Pour compléter l'étude de cette action thérapeutique de la triméthylamine, il nous faudrait maintenant comparer les résultats obtenus par cette méthode, avec ceux qui résultent des différentes médications déjà conseillées contre le rhumatisme articulaire aigu. Mais c'est là un point qui, pour être exposé complétement, demanderait une place beaucoup plus considérable que celle qui m'est accordée ici. Nous nous proposons d'ailleurs de développer complétement ce point lors de la discussion qui aura lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux.

Ce que nous pouvons affirmer dès aujourd'hui, c'est qu'en comparant la statistique des observations des cas de rhumatisme articulaire aigu traités par la triméthylamine avec celles que l'on trouve à l'appui des autres médications conseillées contre cette affection, l'avantage reste de beaucoup à la première.

Action physiologique. — Nous abordons maintenant le point le plus difficile de notre travail, et cela surtout pour deux raisons : la première, c'est que le médicament qui a servi à nos recherches est, comme nous l'avons montré dans la première partie de cette étude, un corps complexe et variable, mélangé à des solutions plus ou moins concentrées d'ammoniaque et de triméthylamine, et lorsqu'on veut connaître d'une façon positive l'action physiologique de ce corps composé, il faut faire la part de chacun des éléments qui le constituent.

La seconde difficulté consiste dans les obstacles qui surgissent lorsqu'on fait les expériences sur les animaux. Cette solution caustique détermine, en effet, chez eux, et en particulier chez le lapin, des désordres graves, soit du côté des voies digestives lorsqu'on l'introduit par la bouche, soit du côté de la peau (gangrène) lorsqu'on l'introduit dans le tissu cellulaire. Aussi, les seules expériences qui nous paraissent concluantes sont-elles seulement celles qui sont faites sur l'homme sain.

Malgré ces difficultés, nous pouvons cependant jeter ici les premières bases de cette action physiologique, et signaler les points principaux de cette action.

Au point de vue toxique, on peut introduire sous la peau d'un lapin jusqu'à 5 grammes de propylamine commerciale, ou de chlorhydrate de triméthylamine, sans produire ces phénomènes convulsifs qu'ont observés MM. Béhier et Liouville en se servant du carbonate d'ammoniaque, et si la mort survient elle résulte, non pas de l'action toxique du médicament, mais bien des désordres graves produits par l'action caustique des solutions employées.

La triméthylamine agit, à n'en pas douter, sur la circulation. Le professeur Guibert, en 1865 (*Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours*, Bruxelles, 1854), en prenant 1 gramme de triméthylamine, a vu son pouls tomber de 66 à 59 pulsations; en augmentant la dose, le pouls est descendu à 54.

Fargier-Lagrange, dans sa thèse, montre cette même action dépressive dans ses observations; enfin, Namias (*Giornale veneto di scienze mediche*, june 1872), de Venise, considère cette action particulière de la triméthylamine comme supérieure à celle de la digitale et de la digitaline.

Dans nos recherches, cette dépression du pouls s'est aussi nettement accusée, et un des faits les plus curieux assurément est celui que M. Cadet de Gassicourt a observé dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et dont voici l'observation.

Obs. XVI. *Rhumatisme articulaire subaigu. Traitement par la triméthylamine. Action très-marquée sur les battements du cœur.* (Hôpital Saint-Antoine, service de M. Cadet de Gassicourt. Observation recueillie par M. Hirne, interne du service.) — Le nommé Lorieux (Alphonse), charretier, âgé de trente et un ans, est entré dans le service le 23 janvier 1873, pour une troisième attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, dont le début remonte à quatre jours avant son entrée. Il présentait en plus un double souffle à la pointe du cœur, indiquant une lésion qui est ancienne, mais sans troubles ni irrégularités dans les battements du cœur ou le pouls.

Le 24 janvier, on prescrit : propylamine, 1 gramme.

Le 25, le malade se sent mieux et déclare avoir été fort soulagé et avoir moins souffert.

Le 29, on prescrit 2 grammes, et la même dose est continuée jusqu'au 4 février.

Il sort guéri le 8 février.

Sans insister sur l'influence qu'a pu avoir la propylamine sur la marche du rhumatisme, influence qui est indiquée avec soin dans l'observation, nous notons seulement un fait intéressant, savoir : l'abaissement considérable du pouls, qui s'est montré chez ce malade après l'administration de la propylamine, et qui persiste jusqu'à son départ.

Le jour du départ, le pouls n'avait pas augmenté de fréquence. Il a été du reste noté avec beaucoup de soin et contrôlé par des observateurs différents.

	Température. Matin.	Température. Soir.	Pouls. Matin.	Pouls. Soir.
24 janvier.	»	38°,4	»	»
25 —	38°,6	39°,2	»	»
26 —	38°,2	38°,2	110	92
27 —	38°,2	38°	»	99
28 —	37°	37°,2	76	90
29 —	37°	»	60	»
30 —	»	»	64	»
1er février.	37°	»	48	»
2 —	»	»	50	»
4 —	»	»	48	»

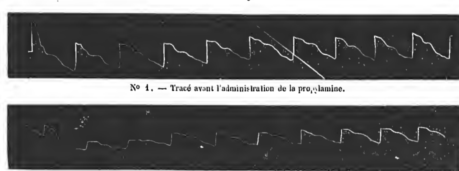
On voit dans cette observation, sous l'influence de 2 grammes de propylamine, le pouls s'abaisser de 110 à 48 pulsations.

Nous avons fait sur nous-même une série de recherches, surtout avec le chlorhydrate de triméthylamine fourni par la pharmacie centrale de France, et voici le résultat de nos expériences :

Nous prenons à jeun, à 5 heures, 50 centigrammes de chlorhydrate de triméthylamine dissous dans l'eau. Notre pouls était à 78, et notre température axillaire à + 37°,4; à six heures, le pouls est à 76, la température à + 37°,2; à six heures et demie, le pouls est à 74; la température à + 37°; — à sept heures, le pouls à 72, la température à + 36°,8; à neuf heures et demie, le pouls marquait de nouveau 78.

Sur une autre personne en parfait état de santé, nous donnons 75 centigrammes de chlorhydrate de triméthylamine. Le pouls était alors à 88, et la température axillaire était de + 37°. Une heure après, il y avait 84 pulsations, et la température était de + 36°,8. — Puis le pouls s'abaisse à 82, la température à + 36°,4. Enfin, deux heures après l'administration du médicament, le pouls était à 76, et la température à + 36°.

Il n'y a pas, non-seulement diminution dans le nombre des pulsations, il y a encore une modification dans la force du pouls. Les tracés suivants pris sur nous-même après l'administration de 1 gramme de propylamine, montrent d'une façon fort nette cette action.



N° 1. — Tracé avant l'administration de la propylamine.

N° 2. — Tracé une heure après l'administration de 1 gramme de propylamine.

Ainsi donc, il nous paraît bien démontré que la triméthylamine rentre dans le groupe des médicaments antifébriles et qu'elle diminue le nombre des pulsations, l'intensité du pouls et la température. De plus, elle diminue le chiffre de l'urée dans les urines.

Fargier-Lagrange a, le premier, montré que la sécrétion de l'urée était diminuée sous l'influence de la triméthylamine. Sur une malade atteinte d'arthrite déformante, l'analyse de l'urine donne les chiffres suivants :

Émission de vingt-quatre heures, 1200 centimètres cubes, légèrement acide; densité, 1013; couleur orangée.

Eau	1167
Matières solides	33
Matières organiques	23,64
Matières salines inorganiques	9,36
Urée	17,64
Acide urique	0,14
Matières extractives	5,13
Chlorure sodique	5,88

On donne 60 centigrammes de triméthylamine, et voici le résultat de l'analyse :

Urines de vingt-quatre heures, 1100 centimètres cubes, légèrement acide; densité, 1013 · couleur citrine.

Eau	1069,64
Matières solides	30,36
Matières organiques	21,56
Matières salines inorganiques	8,80
Urée	15,95
Acide urique	0,22
Matières extractives	5,17
Chlorure sodique	5,82

Ce qui fait une diminution de plus de 2 grammes d'urée.

Dans un autre cas, il note aussi après l'administration de la triméthylamine une diminution de 2gr,24 d'urée; dans une troisième, de 3 grammes d'urée.

Le docteur Bouchard, dans son service à la Charité, a bien voulu soumettre un homme, d'ailleurs bien portant, à l'action de la triméthylamine. Les analyses des urines ont été faites suivant la méthode si précise de notre savant collègue, et voici les résultats qui nous ont été fournis par M. Michel, externe des hôpitaux, qui a apporté le plus grand soin à ces analyses (voyez le tableau, page suivante).

Comme on le voit par ce tableau, le chiffre de l'urée sécrétée en vingt-quatre heures baisse de 21gr,22 à 15gr,37 en trois jours après l'administration de 1 gramme, puis 1gr,50 et 2 grammes de propylamine.

M. Hirne, interne des hôpitaux, a bien voulu, sur notre demande, faire des recherches analogues. Sur un homme d'ailleurs bien portant, les analyses faites à époques variables et souvent rapprochées ont montré que la moyenne de l'urée sécrétée en vingt-quatre heures était de 24gr,37; sans rien changer à son genre de vie, on a administré de la propylamine et voici les chiffres que l'on a obtenus.

27 février.	0gr,75	de propylamine	19,58	d'urée en 24 heures.
1er mars.	Id.	—	28,08	—
2 —	Id.	—	28,22	—
3 —	Id.	—	14,64	—
4 —	Id.	—	29,15	—
5 —	Id.	—	30,47	—
6 —	Id.	—	17,29	—
7 —	Id.	—	21,10	—
8 —	Id.	—	17,20	—
9 —	Id.	—	29,25	—
10 —	1gr,50	—	14,84	—
11 —	Id.	—	20,28	—
12 —	Id.	—	29,20	—
13 —	Id.	—	25,00	—
Total des 14 analyses....			324,30	

En moyenne, par vingt-quatre heures, 23gr,16 d'urée.

Comme on le voit, la moyenne s'est abaissée de 24gr,37

	28 février.	1er mars.	2 mars.	3 mars.	OBSERVATIONS.
Quantité	1160	1380	1540	1260	Cet homme ne présente pas de fièvre. Pendant les trois jours, le malade a pris la potion devant M. Michel. Il a mangé comme d'habitude 4 portions.
Densité	1018	1017	1016	1018	
Couleur	jaune vert	jaune vert	jaune vert	jaune vert	
Transparence	très-grande	très-grande	très-grande	très-grande	
Sédiment	neant	néant	néant	néant	
Réaction	légèrement acide	Id.	Id.	neutre	
Urochrome	très-abondant	abondant	assez abondant	assez abondant	
Uroxanthine	traces	traces	traces	traces	
Sucre	néant	néant	néant	néant	
Bile	Id.	Id.	Id.	Id.	
Albumine	Id.	Id.	Id.	Id.	
Urée par litre	18,3	12,4	12,2	12,2	
Urée par 24 heures	21,22	17,11	18,78	15,37	
Acide phosphorique par litre	2,63	2,27	1,58	1,17	
Acide phosphorique par 24 heures	3,07	3,84	2,43	1,47	
Chlore par litre	6,55	7,35	2,98	2,50	
Chlore par 24 heures	7,59	10,12	1,58	3,15	
	Température normale. — Ces chiffres ne diffèrent que peu de ceux obtenus les jours précédents.	On donne 1 gramme de propylamine.	On donne 1 gr. 50 de propylamine.	On donne 2 grammes de propylamine. — Le malade a eu des nausées, mais n'a pas vomi.	

à 23gr,16, mais la lecture de ces analyses montre encore ce fait important, que la diminution est surtout marquée au début de l'administration du médicament ou quand on élève brusquement la dose. Ainsi, le premier jour de l'expérimentation le chiffre de l'urée sécrétée en vingt-quatre heures s'abaisse à 19gr,58, puis peu à peu l'économie paraît s'habituer au médicament, et le chiffre de l'urée s'élève jusqu'à 29gr,25; on élève alors la dose de propylamine de 0gr,75 à 1gr,50, immédiatement le chiffre d'urée tombe à 14gr,84, pour s'élever de nouveau les jours suivants.

Quant à l'action de la triméthylamine sur le système nerveux, les expériences que nous avons faites sur les animaux (lapins et grenouilles) ne nous paraissent pas assez démonstratives pour en tirer des conclusions précises.

Enfin, en ajoutant que la triméthylamine agit comme irritant sur la peau et comme caustique sur les muqueuses, nous aurons tracé le tableau des connaissances exactes que nous avons sur l'action physiologique de cette substance.

Il faudra maintenant, dans des recherches ultérieures, que nous commençons en ce moment, comparer l'action de l'ammoniaque et de ses composés et faire la part exacte de ce qui revient à l'un et à l'autre de ces corps.

Ce que nous pouvons dire à l'égard de la triméthylamine c'est que, malgré l'opinion d'Awénarius, l'origine de cette substance ne paraît pas modifier son action physiologique; qu'elle soit, en effet, tirée de la saumure de hareng, ou de l'urine humaine, ou du *Chenopodium vulvaria*, ou qu'elle soit composée artificiellement, son action physiologique nous a paru toujours la même.

On voit donc, par tout ce qui précède, que les solutions de triméthylamine ont une action réelle au point de vue physiologique, comme au point de vue thérapeutique; elles abaissent la température, diminuent et modifient le pouls; elles font baisser le chiffre de l'urée. Voilà pour le point de vue physiologique.

Au point de vue thérapeutique, elles agissent d'une façon fort nette dans le rhumatisme articulaire aigu, et donnent des résultats plus avantageux que toutes les autres méthodes préconisées jusqu'ici, et cela sans produire d'accidents ni de perturbations graves.

Les seuls inconvénients de cette méthode résultent, nous ne saurions trop le répéter, des compositions variables des propylamines du commerce; mais ils vont disparaître bientôt, soit par l'emploi d'un sel toujours fixe, le chlorhydrate de triméthylamine, soit par des solutions bien titrées de triméthylamine, et nous pensons que, désormais, cet alcali organique est destiné non-seulement à prendre une place importante dans la thérapeutique, pour la cure du rhumatisme articulaire aigu, mais encore que, grâce à son action dépressive sur le pouls et la température, il est appelé à rendre de grands services dans le traitement des maladies circulatoires et fébriles.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 7 avril 1873. — Présidence de M. Bertrand.

Effets toxiques des iodures de tétraméthylammonium et de tétramylammonium. Note de M. *Rabuteau*. — Il résulte des expériences de l'auteur, faites sur deux chiens et sur quelques grenouilles, que l'iodure de tétraméthylammonium et l'iodure de tétramylammonium sont des poisons énergiques; qu'ils paralysent les extrémités des nerfs moteurs en respectant la sensibilité et la contractilité musculaire. « Or, dit l'auteur, ces résultats sont exactement ceux que l'on observe dans l'empoisonnement par le curare, d'après les belles recherches de M. Cl. Bernard. Toutefois, lorsque les doses sont très-fortes, la contractilité musculaire finit par s'éteindre; c'est pourquoi j'ai cru, à un certain moment, que le poison en question était un poison musculaire; mais l'arrêt de la respiration devançant l'arrêt du cœur m'a fait rejeter cette opinion, attendu que les poisons musculaires introduits dans la circulation générale influencent surtout le cœur, parce qu'il leur livre sans cesse passage et que, d'après la remarque de M. Ch. Legros, les fibres de cet organe sont mises d'autant plus facilement en contact avec eux qu'elles sont dépourvues de myolemme. » Les expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Robin, en partie avec l'aide de M. Ch. Legros, professeur agrégé, avec des iodures de tétraméthyle et de tétramylammonium, remis par M. Frédéric Wurtz, de la pharmacie centrale de France, qui les avait préparés lui-même.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Pasteur* comme membre associé libre, en remplacement de M. *Payen*.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le rapport de M. le docteur *Tillot* sur le service médical de l'établissement thermal de Saint-Christau pendant l'année 1872. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Des renseignements destinés à compléter les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1871 dans les départements des Côtes-du-Nord et du Seine-et-Marne. (*Commission de vaccine.*)—*c*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de l'Allier, ainsi que des extraits de délibération des conseils d'hygiène relativement à la vaccine. (*Même commission.*) — *d*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département des Côtes-du-Nord et de la Nièvre, ainsi qu'un rapport de M. le docteur *Sabert* sur le service de la vaccine dans ce dernier département. (*Même commission.*) — *e*. Le rapport de M. le docteur *Flamarion* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi dans la commune de Nogent (Haute-Marne), pendant les années 1871 et 1872. (*Commission des épidémies.*) — *f*. Une demande de récompense honorifique faite par M. le préfet de Seine-et-Oise, en faveur de M. *Jacquin*, maire de Bessancourt, pour le zèle et le dévouement qu'il a montrés pendant une épidémie de fièvre typhoïde. (*Même commission*). — *g*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant les années 1871 et 1872 dans l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne) et dans les départements du Finistère, de la Haute-Garonne et de la Drôme. (*Même commission.*) — *h*. Le compte rendu négatif des épidémies qui ont régné dans le département de la Mayenne pendant l'année 1872. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de candidature de M. *Béranger-Féraud* au titre de membre correspondant étranger. — *b*. Une lettre de candidature de M. *Duboué* (de Pau) au titre de membre correspondant national. — *c*. Une note de M. *Onimus* sur la septicémie.

M. *Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Féréol*, deux brochures, l'une sur l'ulcération tuberculeuse de la langue ; la deuxième intitulée : DE QUELQUES SYMPTÔMES VISCÉRAUX ET, EN PARTICULIER, DES SYMPTÔMES LARYNGO-BRONCHIQUES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

M. *Théophile Roussel* offre en hommage à l'Académie le projet de loi qu'il a présenté à l'Assemblée nationale pour la protection des enfants du premier âge.

M. *Larrey* présente, au nom de M. *Béranger-Féraud*, une note sur trois observations de tétanos guéri par l'opium administré à hautes doses.

M. *Béclard* dépose sur le bureau, au nom de l'ambassadeur d'Autriche, la 8e livraison du travail de M. le docteur *Hébra* sur les maladies de la peau.

M. *Depaul* offre, au nom de M. *Herrgott*, deux brochures : l'une sur la dégénérescence hypertrophique des parties génitales externes chez la femme ; l'autre intitulée : LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG DEPUIS 1842 JUSQU'EN 1872.

La séance débute par un échange de propos assez aigres entre MM. Chassaignac et Bouley sur la rédaction du procès-verbal. M. le secrétaire annuel avait cru devoir adoucir les termes du discours de M. Chassaignac et la réponse de M. Bouley. Chacun d'eux proteste et maintient ce qu'il a dit. M. le président coupe court à la discussion en mettant aux voix la rédaction du procès-verbal, et l'incident en reste là.

M. *le secrétaire perpétuel* donne ensuite lecture de quelques passages d'une lettre de M. Onimus sur la septicémie. Il résulte de ses nouvelles expériences qu'un sang virulent peut conserver sa virulence, malgré la disparition des vibrions et des bactéries, et que d'un autre côté un sang peut n'avoir aucune influence toxique, malgré la présence de ces organismes inférieurs.

Décidément plus ça va, moins c'est clair.

ÉLECTION. — L'Académie avait à élire un membre dans la section d'anatomie pathologique. Les candidats étaient nombreux, 10 ou 12 si nous avons bonne mémoire. L'Académie n'en avait conservé que 7 qu'elle présente dans l'ordre suivant : En première ligne M. Charcot, en deuxième M. Laboulbène, puis venaient MM. Lancereaux, Empis, Cornil, Voisin, et enfin M. Parrot, qui avait été rajouté par décision spéciale.

Au premier tour, M. Charcot obtient 30 voix sur 76, M. Laboulbène 29, M. Empis 16, et M. Parrot 1. Personne n'ayant obtenu la majorité absolue de 39, on procède à un nouveau tour de scrutin, et M. Charcot est nommé par 45 voix sur 77. M. Laboulbène n'obtient que 32 suffrages.

L'Académie nomme ensuite les commissions de prix pour l'année 1873, pendant que M. Hardy lit quelques rapports sur les remèdes secrets et nouveaux.

RAPPORT : LA VARIOLE. — Les inventeurs s'étaient proposés cette fois de guérir la variole. Comme toujours, remèdes des plus variés et des plus fantaisistes. Signalons en passant une eau divine proposée par un M. Lange, qui la tient d'un Arabe de Damiette, — une mixture merveilleuse qui guérit la variole comme l'eau guérit la soif, — enfin le phénol Bobœuf ou phénate de soude. Un M. Jobard en est tellement content qu'il propose tout simplement de remplacer la vaccine par ce phénate, qu'il appelle un phénoménate de soude. La commission, moins enthousiasmée que ce M. Jobard, passe à l'ordre du jour et renvoie en masse à leurs auteurs ces propositions baroques qui ont souvent l'air de mystifications.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE. — M. *Piorry* vient dire son opinion sur la question ou plutôt sur l'étymologie du mot *cepticémie*.

Malheureusement il a la migraine, et comme il ne comptait pas parler, il est obligé d'improviser. La migraine aidant l'improvisation, il en résulte un discours fort décousu, dit parfois d'un air tragique et où il est assez difficile de suivre l'enchaînement des idées.

M. Piorry constate d'abord qu'on a fini par adopter le mot septicémie qu'il avait proposé il y a longtemps. Il profite de l'occasion pour dire comment il s'y est pris pour composer ses mots et cette nomenclature qu'on a tant attaquée. On met au milieu l'organe malade, au commencement une particule indiquant le degré de la maladie, et à la fin une désinence qui indique le genre de cette maladie. C'est bien simple.

Entrant ensuite un peu plus au cœur de la question, autant du moins que nous avons pu le suivre, M. Piorry dit qu'en somme l'idée que représente ce mot de septicémie n'est pas nouvelle. Depuis longtemps les chirurgiens, et lui en particulier, avaient reconnu l'existence d'un poison plus ou moins actif dans certaines affections locales ou générales, comme dans les cas de piqûres anatomiques, dans la pustule maligne, le charbon, le choléra, la gangrène d'hôpital, etc., etc. C'est l'étude de ces faits qu'il a pu observer dans le cours de sa longue carrière qui lui a inspiré l'idée de représenter par un mot cette altération particulière du sang sous l'influence d'un principe toxique. De là est né le mot septicémie.

Il en est un autre qu'il voudrait bien voir passer aussi dans le langage médical ; c'est le mot *septiocémie* pour exprimer l'idée que ce virus est contagieux.

Cinq heures allant sonner, M. Piorry s'arrête et remet la suite au prochain numéro.

On nous pardonnera d'être si bref. Comme M. Piorry a fait pour ses auditeurs, nous renvoyons nos lecteurs aux ouvrages, traités, brochures ou discours qu'il a publiés.

Erratum. — Dans le dernier numéro, lire dans le compte rendu de l'Académie : *immoler des générations de lapins*, etc., et non *immobiliser*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

DE L'ORIGINE RÉELLE DU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN. — CONGESTION CÉRÉBRALE. — UN CAS DE PÉRITONITE MORTELLE DÉVELOPPÉE PENDANT LE COURS D'UNE PLEURÉSIE. — DE L'OLIGURIE HYSTÉRIQUE. — DE LA FARINE D'AVOINE DANS L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS.

Nos lecteurs se rappellent l'observation d'hémorrhagie de la protubérance avec rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux présentée par M. Desnos à la dernière séance. A ce propos, M. *Luys* montre des photographies de coupes de la protubérance dans lesquelles on voit distinctement les noyaux d'origine des nerfs moteurs externes et les divisions des fibres nerveuses qui en émanent. Il démontre que dans l'observation de M. Desnos (voy. *Gaz. hebd.*, n° 13, p. 202) le foyer hémorrhagique avait dilacéré ces fibres dans leur continuité.

M. *Féréol* demande quelques détails sur les noyaux d'origine réelle des nerfs moteurs de l'œil ; il voudrait savoir si M. Luys a constaté l'entrecroisement sur la ligne médiane des racines

de la sixième paire et s'il y a des fibres de communication entre le noyau d'origine de la sixième paire et celui de la troisième paire.

M. A. Foville, dans un mémoire lu en 1858 à la Société de médecine de la Seine, a admis l'existence de ces fibres communicantes pour expliquer un fait clinique dans lequel, avec une hémiplégie des membres du côté droit, existait une paralysie du moteur oculaire externe. Dans ce cas, le muscle droit interne de l'œil droit restait associé dans la paralysie avec le muscle droit externe de l'œil gauche, et à ce propos M. Foville avait comparé l'action des nerfs de ces muscles à celle des rênes d'un attelage double. Le malade ayant guéri, la vérification anatomique n'avait pu être faite.

M. Feréol observe à la Maison de santé un malade âgé de vingt-cinq ans, syphilitique et tuberculeux, qui fut atteint d'hémiplégie incomplète du côté droit et de paralysie de la sixième paire gauche. Chez ce garçon, l'œil gauche ne peut se porter vers l'angle externe de l'orbite, du fait de la paralysie du muscle droit externe, mais en même temps l'œil droit ne peut pas se porter dans l'angle nasal, le muscle droit interne n'obéissant plus à la volonté dans le mouvement associé des deux yeux. Cependant ce dernier muscle, le droit interne de l'œil droit, n'est pas entièrement paralysé ;car si l'on vient à fermer l'œil gauche, ce qui abolit la synergie des muscles des deux yeux, il récupère ses fonctions et l'œil droit peut alors se diriger complétement vers l'angle interne de l'orbite. Son action isolée s'épuise toutefois assez vite, car si l'on répète deux ou trois fois l'expérience, la pupille ne peut plus dépasser la position médiane.

Ce fait, ainsi que celui de M. Foville, semble indiquer que le muscle droit interne a une double source d'innervation : quand il agit synergiquement avec le muscle droit externe de l'œil opposé, il puise son excitation motrice dans la sixième paire, tandis que s'il agit isolément, c'est par le moteur oculaire commun qu'il entre en contraction. M. Luys a-t-il constaté l'existence de fibres communicantes pouvant mettre les nerfs de la troisième et de la sixième paire en concordance d'action pour les mouvements antagonistes des muscles de l'œil dans la vision simple?

M. *Luys* répond que ses recherches personnelles sur l'agencement des fibres nerveuses dans les centres lui ont fait voir ce fait général commun aussi bien aux racines motrices des régions inférieures de l'axe spinal qu'à celles des régions supérieures: c'est que toutes, sans exception, ne remontent pas directement à l'encéphale; elles s'amortissent dans des territoires de cellules qui sont immédiatement en regard de leur point d'arrivée, et ce n'est que par une série nouvelle de fibres, émanant des cellules précitées, que la conjugaison a lieu avec les régions centrales. Ces fibres secondaires qui relient ces divers territoires de cellules sont toutes entrecroisées de haut en bas (commissure blanche de la moelle). Chaque territoire isolé de cellule motrice est donc relié aux centres à l'aide d'un système de fibres ascendantes entrecroisées sur leurs parcours; les noyaux d'origine des nerfs de la sixième et de la troisième paire obéissent aux mêmes lois de distribution, ils se trouvent ainsi reliés aux centres à l'aide d'un système de fibres entrecroisées que l'on voit très-bien dans toute la hauteur de la protubérance.

Relativement à la deuxième question, M. Luys fait observer que si les noyaux d'origine de la sixième et de la troisième paire sont distincts et stratifiés l'un au-dessus de l'autre, il est néanmoins vraisemblable qu'ils sont conjugués à l'aide des réseaux de la substance grise qui leur servent de lien sympathique, et que c'est vraisemblablement à l'existence de ces moyens d'union qu'il faut avoir recours pour se rendre compte des synergies d'actions si bien coordonnées que l'on constate dans la motricité des muscles antagonistes des globes oculaires.

M. *Féréol* pense que, pour résoudre la question qu'il a posée en dernier lieu, il faut de nouvelles recherches. L'explication de M. Foville, très-séduisante pour l'esprit, n'est encore que vraisemblable.

— M. *Desnos* communique un autre fait d'hémiplégie avec rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du même côté que l'hémiplégie.

La malade, frappée d'hémiplégie simple du côté gauche quinze jours avant son entrée à l'hôpital, avait une insuffisance mitrale avec hypertrophie du cœur. Cinq jours avant sa mort, survinrent des phénomènes non douteux de congestion encéphalique bientôt suivis d'une seconde attaque apoplectique caractérisée par la perte de connaissance, la respiration embarrassée, irrégulière, suspirieuse, et par une rotation de la tête et une déviation conjuguée des yeux du même côté que l'hémiplégie préexistante, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion, au foyer hémorrhagique diagnostiqué. Vingt-quatre heures après ces accidents, la rotation de la tête et la déviation des yeux avaient disparu. La malade mourait dans la même journée.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, montra les traces d'un petit foyer hémorrhagique dans l'hémisphère droit. Mais son volume (lentille), son aspect, la coloration, le contenu (quelques gouttes de sérosité citrine) démontraient qu'il était antérieur aux accidents qui avaient amené la malade à l'hôpital. En dehors de cette lésion, il fut impossible de trouver un autre foyer: l'encéphale, dans toutes ses parties, présentait seulement une congestion intense avec état sablé très-prononcé. Le cœur était hypertrophié et ses valvules mitrales insuffisantes.

Il ne s'agissait donc là que d'une congestion cérébrale intense à forme hémiplégique, à laquelle les lésions cardiaques n'étaient probablement pas étrangères. Si l'autopsie n'avait pas été faite, on eût cru à un vaste foyer hémorrhagique dans le lobe droit.

— M. *Villemin* lit une observation de péritonite aiguë mortelle survenue pendant le cours d'une pleurésie aiguë.

Un soldat de vingt-cinq ans, malade depuis quinze jours, entre au Val-de-Grâce, où l'on constate un vaste épanchement dans la plèvre gauche. Une ponction donne issue à quatre litres de sérosité. Deux jours après, apparition d'une douleur vive dans l'hypochondre gauche, vomissements, fièvre intense et mort en quelques jours. L'autopsie montre que les deux faces du diaphragme sont garnies de fausses membranes, sans traces de tubercules; les fibres musculaires paraissent un peu malades. Le péritoine, dans tout l'hypochondre gauche, est enflammé. Les organes abdominaux sont intacts.

Les faits de ce genre sont rares. Les auteurs du *Compendium* disent cependant que les pleurésies diaphragmatiques peuvent provoquer une péritonite. On ne saurait accuser la ponction des accidents qui se sont présentés : poussé dans le sixième espace intercostal, le trocart est tombé directement dans le liquide et n'avait pu en aucune façon léser le diaphragme.

M. *Hérard* a vu deux fois survenir des péritonites mortelles deux jours après l'opération de l'empyème.

— M. *Fernet* lit un intéressant travail sur l'*oligurie hystérique*.

Quelquefois chez les hystériques on voit survenir une diminution considérable dans la sécrétion urinaire et en même temps se produire des vomissements supplémentaires dont l'abondance et la fréquence sont en raison directe et constante de la diminution de la sécrétion de l'urine. Ces vomissements contiennent des proportions plus ou moins considérables d'urée.

S'étant mis en garde contre toutes les supercheries que peuvent inventer les hystériques, M. Fernet a étudié avec soin ce phénomène dans plusieurs cas. Il a noté que le chiffre de l'urée contenue dans les vomissements était toujours inférieur au chiffre de l'urée excrétée normalement dans les urines, et que malgré cela il ne se produisait pas d'accidents urémiques, ni diarrhée, ni accidents cérébraux, etc.

M. Charcot attribue cet abaissement du chiffre de l'urée et cette absence d'accidents urémiques à une diminution du mouvement de dénutrition chez les hystériques. Les vomissements joueraient donc là le rôle de soupape de sûreté contre les accidents urémiques, en même temps qu'ils remplacent la fonction urinaire absente.

On rencontre d'ailleurs de l'urée dans les vomissements qui se produisent chez les albuminuriques.

— M. *Dujardin-Beaumetz* lit en son nom et au nom de M. Er. Hardy un travail sur la farine d'avoine et son rôle dans l'alimentation du jeune âge.

M. Beaumetz ayant reçu d'Écosse une grande quantité de cette farine l'expérimenta sur les jeunes enfants.

En Écosse, la farine d'avoine est un aliment en usage depuis longtemps : depuis quelques années son emploi s'est répandu en Irlande, en Angleterre et dans les colonies. En France, la farine d'avoine est peu connue. M. Payen s'est pourtant efforcé de prouver qu'il y aurait avantage à généraliser son emploi.

La farine d'avoine préparée en Écosse par des procédés particuliers (battage de l'avoine immédiatement après la moisson, dessiccation de la graine dans des fours *ad hoc*, mouture grossière), se présente sous la forme d'une poudre d'un gris jaunâtre, mêlée d'une assez grande quantité de grains concassés ; elle a peu d'odeur et de saveur. Sans parler des bouillies, des galettes etc., que les Écossais confectionnent avec cette farine, il est une préparation destinée dans le pays, à l'alimentation des jeunes enfants : c'est une gelée légère d'un goût agréable, légèrement vanillée. On l'obtient par la macération d'une cuillerée à bouche de farine dans un verre d'eau ou de lait pendant 12 heures ; on passe au travers un tamis, et l'on fait bouillir jusqu'à consistance de gelée en ajoutant du sel ou du sucre.

L'analyse chimique faite par M. E. Hardy a démontré que 100 grammes de cette farine contenaient : 8^{gr} 7 d'eau, 7^{gr} 5 de matières grasses, 64 grammes d'amidon, 12^{gr} 2 de matières azotées, 1^{gr} 5 de matières minérales, enfin 7^{gr} 6 de cellulose, dextrine, et perte.

La valeur nutritive de la farine d'avoine, établie par la comparaison entre les éléments azotés ou plastiques et les éléments ternaires ou respiratoires, est analogue à la valeur nutritive du lait de femme et du lait de vache.

De plus, la farine d'avoine contient plus de fer que la plupart des aliments ordinaires : Boussingault y a trouvé 0,0131 dix milligrammes de fer métallique pour 100, tandis qu'il n'en entre que 0^{gr} 0048 dans le pain blanc, 0,0048 dans la viande de bœuf, 0,0083 dans les lentilles, etc.

Théoriquement donc, la farine d'avoine est un type d'aliment riche en principes nutritifs. M. Beaumetz a voulu juger de sa valeur dans l'alimentation des jeunes enfants. Dans 4 cas, il a nourri des nouveau-nés avec le lait de vache et la farine d'avoine, et il a pu s'assurer par la méthode des pesées que ces enfants supportaient très-bien cette alimentation et prospéraient même dans des proportions normales.

Cette farine a aussi l'avantage d'agir efficacement contre les diarrhées et les coliques des jeunes enfants. Elle entre dans la composition du sirop dit de Luther, très-employé en Allemagne.

Ce genre d'alimentation pourrait être employé dans les hospices ou asiles qui reçoivent les jeunes enfants. L'expérience a été faite dans l'hôpital civil de Versailles, et M. Marie, interne de cet hôpital en a relaté les bons résultats dans sa thèse (*Étude sur l'emploi de l'avoine*, Paris 1873). M. Gillette, chirurgien de l'hôpital de Melun, a également employé la farine d'avoine combinée avec le lait de vache et les six observations détaillées qu'il a données, prouvent combien cette alimentation peut être précieuse dans le cas où l'allaitement maternel fait défaut. Plus l'enfant s'éloigne de la naissance et se rapproche de la première année, plus l'alimentation par la farine d'avoine paraît profitable.

— M. *Lailler* attire l'attention de la Société sur la cessation du service des revaccinations dans les hôpitaux depuis plusieurs mois. Il importe de ne pas préparer par négligence une nouvelle épidémie de variole pour dans dix ans.

M. *Moissenet* répond que l'administration s'est occupée récemment de la question. Il transmettra l'opinion de ses collègues au Conseil.

Sociétés savantes des départements.

Société médicale d'Alger.

PÉRITONITE PURULENTE ; RUPTURE DE L'OMBILIC : BAIZEAU. — CALCULS DE XANTHINE : JAILLARD.

Un nouveau journal vient encore de paraître ! Le double but auquel il tend est trop louable pour ne pas lui assurer un favorable accueil de la part de tous les amis dévoués du progrès. L'Alger médical, en effet, est destiné à nous initier à toutes les questions qui concernent la pathologie algérienne, à étudier l'hygiène de ce pays dans ses rapports avec la colonisation et les différents éléments de ce climat, vers lequel sont tournés aujourd'hui tant de regards. N'y a-t-il pas là de vastes horizons à explorer et de beaux résultats à conquérir ! Aussi sommes-nous heureux de féliciter nos anciens collègues et amis, les docteurs Louvet et Alling, de leur louable tentative, en souhaitant la bienvenue à la nouvelle feuille périodique qu'ils rédigent.

Le premier numéro de l'Alger médical renferme les comptes rendus de la Société de médecine de cette ville, dont nous extrayons deux communications intéressantes. L'une, du docteur Baizeau, relative à deux cas de *péritonite purulente* terminée par la *rupture de l'ombilic* et par la *guérison*. Les deux malades sont deux enfants, âgés l'un de douze ans, l'autre de dix. Pris tout à coup, et sans cause appréciable, de fièvre intense avec vomissements, douleur et ballonnement du ventre, ils ont offert tous les signes de péritonite généralisée, et ont parcouru les phases de cette affection avec des alternatives qui plus d'une fois ont fait craindre une terminaison fâcheuse. L'un d'eux a eu à lutter non-seulement contre des accidents péritonéaux, mais il a été successivement atteint de pneumonie, de pleurésie purulente et de parotidite suppurée.

L'ouverture de l'ombilic s'est faite chez lui deux mois après le début de l'inflammation du péritoine, et au bout de peu de temps il a fallu ouvrir la poitrine pour donner issue au pus épanché. Des tubes à drainage ont été placés dans la plèvre droite et dans l'abdomen, et ont servi à faire des injections iodées. Ce n'est qu'après onze mois de maladie que l'on a pu le débarrasser de ses drains. Depuis lors, il a repris ses forces et n'a jamais ressenti la moindre gêne, soit du côté de la poitrine, soit du côté du ventre.

L'autre enfant a eu à supporter moins d'épreuves, la marche de la maladie a été plus régulière, sans cependant être beaucoup moins menaçante. L'ombilic s'est ouvert de la même façon, livrant passage à des flots d'un pus verdâtre, séreux, mêlé de flocons. Le drainage et les injections à l'eau tiède amenèrent assez vite la diminution de la sécrétion purulente, et six semaines après la perforation de l'ombilic la guérison était complète. La maladie n'avait duré que trois mois et, comme chez l'autre petit malade, elle ne laissa aucune trace.

Un autre fait intéressant et non moins rare a été communiqué par le docteur Jaillard. Il s'agit d'un *calcul de xanthine* extrait de la vessie d'un jeune adolescent de treize ans à l'aide de la taille périnéale. Ce calcul avait l'aspect d'une sphère parsemée d'énormes bourgeons, ce qui le faisait ressembler, dit le présentateur, à un de ces casse-têtes antiques qui figurent dans les panoplies de nos musées. Il mesurait 5 centimètres dans son plus grand diamètre et pesait 22^{gr},50.

Sa couleur était rouge-brique et rappelait celle du vieil acajou ; il se brisait facilement sous l'influence d'une forte

pression ; aussi la tenette employée pour le retirer de la cavité vésicale avait-elle déchiré l'extrémité de ses gemmes, ainsi que le montre une photographie insérée dans les colonnes du journal.

« Divisé en deux portions à l'aide d'une scie à amputation, ce calcul, dit le docteur Jalliard, laisse voir deux branches d'un rouge brunâtre susceptible d'un très-beau poli, veinées de raies concentriques, assez régulières vers la partie centrale, mais devenant sinueuses à mesure qu'elles se rapprochent de la périphérie, et par suite indiquant comment ce calcul, en se développant asymétriquement, a pu acquérir la configuration irrégulière qu'il présente. »

Sa substance, réduite en poudre, présentait les caractères suivants : Elle se détruisait sous l'influence de la chaleur sans laisser de résidu, ne cédait rien à l'eau, ni à l'éther, ni aux carbonates alcalins, se dissolvait aisément dans la potasse, la soude caustique et même l'ammoniaque, ainsi que dans les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique.

Sa solution potassique, traitée par un courant d'acide carbonique, se troublait en laissant déposer une poudre amorphe d'un blanc légèrement citrin.

Sa solution nitrique, soumise à l'action de la chaleur, laissait un résidu jaunâtre, insensible à l'action de l'ammoniaque et du bichlorure de mercure. Elle ne réduisait ni le nitrate d'argent, ni le tartrate cuprico-potassique. Ce calcul était donc composé de xanthine, dont il présentait toutes les réactions. Il est regrettable seulement que l'examen microscopique et la recherche qualitative n'aient pas été faits dans ce cas. Quoi qu'il en soit, la présence de la xanthine ne nous paraît pas douteuse, et le fait nous semble d'autant plus intéressant que tous les auteurs, L. Beale, Neubauer et Vogel, Golding Bird, etc., s'accordent à reconnaître la rareté de pareilles concrétions (on n'a observé, en effet, que deux ou trois fois seulement ces calculs chez l'homme). Il pourrait être avantageusement rapproché des cas cités par Douglas Maclagan et Bence Jones (*Journal of the chem. Society*, 1862, p. 68), quoique ce dernier observateur n'ait trouvé la xanthine qu'à l'état de sédiment cristallin dans l'urine d'un enfant de neuf ans et demi.

Dr L.-L.

Société centrale de médecine du Nord.

Aphasie sans lésion du lobe frontal et avec lésion du lobe postérieur : M. Folet.

Le malade dont M. Folet a entretenu la Société ne prononçait plus que deux mots : *Mais oui!* qu'il appliquait à toute occasion. Il comprenait parfaitement, du reste, obéissait aux ordres qu'on lui donnait de s'asseoir, de se coucher, etc. Mais dès qu'il s'agissait d'exprimer sa pensée, il lui était impossible de trouver les mots destinés à la traduire. Il savait très-bien cependant s'exprimer par gestes faits fort à propos. Lui demandait-on son âge, il levait six fois les doigts des deux mains. — Cela fait soixante ans, lui disait-on. — *Mais oui !* — Vous êtes sûr que cela ne fait pas cinquante-huit? — Il secouait négativement la tête en répétant : *Mais oui !* M. Folet croit que cet homme ne savait pas écrire; d'ailleurs, une difformité de la main l'eût empêché de tracer les caractères. On n'a donc pu constater les troubles de l'écriture ordinairement si caractéristiques dans l'aphasie. Il y avait, d'après les renseignements assez vagues du reste que l'on put obtenir sur ce malade, un temps déjà très-long, une vingtaine d'années peut-être, qu'il présentait ces phénomènes. Il avait en outre une hémiplégie incomplète du côté droit.

Cet homme quitta le service et y rentra à la fin du mois dernier pour un vaste anthrax du dos. Les troubles de la parole s'étaient quelque peu modifiés chez lui, en ce sens qu'il était toujours incapable d'exprimer verbalement sa pensée, mais que son répertoire s'était enrichi de deux ou trois mots. Il disait : *Mais oui* et *mais non*, qu'il appliquait avec assez de justesse.

La paralysie incomplète du côté droit existait toujours.

L'anthrax avait amené la mort; on put pratiquer l'autopsie qui donna les résultats suivants :

Autopsie. — Tout l'hémisphère cérébral gauche était un peu atrophié dans son ensemble, mais cette atrophie portait très-peu sur la moitié antérieure, et était au contraire extrêmement sensible à la partie postérieure où siégeait la lésion que je décrirai plus loin.

Au niveau de tout le lobe frontal, les méninges étaient parfaitement saines ; la fameuse circonvolution paraissait à l'extérieur absolument intacte. Je coupai tout ce lobe en tranches fines, et ni dans la circonvolution en question, ni dans aucun autre point, je ne pus découvrir la moindre trace d'une lésion quelconque.

Au contraire, au niveau de la face supérieure et moyenne du lobe postérieur, on voyait une plaque louche et opaque ; c'était le feuillet arachnoïdien comme soulevé par de l'œdème. Cette membrane enlevée, on tombait dans une perte de substance cérébrale. La pie-mère était complétement détruite, on n'en trouvait pas trace. La caverne était remplie non par du pus ou du liquide lait de chaux, mais par des espèces de tractus filamenteux blanchâtres très-peu solides, infiltrés d'une sérosité purulente. Après avoir enlevé tout cela avec des pinces, on se trouvait, sans avoir rien entamé qui ressemblât à la pulpe encéphalique, dans la cavité même du ventricule gauche, et par la perte de substance, comme à travers une fenêtre, on apercevait la saillie de la corne d'Ammon.

Cette intéressante observation de M. Follet méritait d'être consignée. Peut-être aurait-elle plus de valeur encore si l'auteur eût porté un peu plus loin l'analyse des phénomènes de l'aphasie chez son malade, spécialement en ce qui concerne le rôle de l'amnésie. Le sujet comprenait les mots qu'on prononçait devant lui ; il avait donc la parole mentale; il avait la mémoire des mots. Dans quelle mesure? N'y a-t-il pas des mots qu'il eût pu prononcer s'il les eût entendu articuler? Quels résultats eût donné la lecture? Autant de points qu'il eût été bon peut-être d'examiner (voy. un autre cas d'aphasie p. 263).

REVUE DES JOURNAUX.

Transfusion de lait dans le choléra, par le docteur Edw. Hodder.

Le moyen de traitement employé par le docteur Hodder contre le choléra nous a paru intéressant à rapporter autant par sa nouveauté même que par les heureux résultats qu'il a fournis dans les mains de ce praticien digne de foi. Il est regrettable que cette ingénieuse découverte n'ait pu être confirmée par de plus nombreuses expériences. Quoi qu'il en soit, ces trois observations qu'il relate seront peut-être utiles à retenir; aussi croyons-nous devoir les résumer succinctement ici: Le premier cas a trait à un cholérique en état de collapsus profond, algidité, vomissements et selles riziformes, anurie complète. Le docteur Hodder ayant appelé à son aide quatre de ses confrères, leur fait constater qu'il s'agit bien d'un cas de choléra asiatique intense et désespéré. Il leur propose alors l'injection de lait dans les veines du malheureux patient; trois des médecins quittent aussitôt l'hôpital et le quatrième se refuse à assister à cette opération. — Plein d'espoir dans sa tentative, le docteur Hodder envoie chercher une vache, la fait traire à travers une étoffe de gaze, recueille le lait dans un vase chauffé au bain marie (à 100° Fahrenheit), ouvre la veine du malade, remplit une seringue et injecte lentement 7 onces (220 grammes) du liquide qu'elle renferme. Au bout de 2 ou 3 minutes, dit-il, l'effet fut vraiment magique : les vomissements et les selles cessèrent, le pouls insensible auparavant put de nouveau être perçu, le corps se réchauffa bientôt et le malade guérit sans aucun accident ni symptôme fâcheux.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme adonnée aux boissons alcooliques qui fut admise dans les mêmes condi-

tions que le malade précédent. Le docteur Hodder lui injecta 14 onces (448 grammes) de lait chaud, et en quelques minutes tous les accidents cholériques disparurent et la malade se trouva mieux, mais dans la soirée elle retomba de nouveau dans le collapsus : nouvelle injection lactée (14 onces — 448 grammes) et cette fois le succès fut complet et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Enfin une troisième cholérique entre à l'hôpital *in articulo mortis*. Le même mode de traitement lui est appliqué : il semble se relever pendant quelque temps, mais succombe en l'absence du docteur Hodder, qui «s'il avait été là, dit-il, aurait fait une nouvelle injection de lait et l'aurait probablement sauvé comme les deux autres ».

Des difficultés purement administratives ont empêché le courageux investigateur d'appliquer sa méthode, et il est vraiment regrettable qu'il n'ait pu inspirer à ses confrères et à ses compatriotes canadiens l'ardeur et la foi dont il paraissait lui-même animé.

Aphasie complète suivie de guérison, par M. Grasset.

M. Grasset s'est livré à une étude minutieuse et complète des troubles de la faculté d'écrire que présentait son malade, et il a donné une série de spécimens de l'écriture de ce malade aux diverses phases de la maladie. De cette étude, l'auteur conclut que, dans l'aphasie, les troubles de l'écriture et de la parole sont de même ordre et ont la même signification. Les troubles de l'écriture n'indiqueraient point, d'après M. Grasset, comme on paraît l'avoir cru, une lésion plus profonde de l'intelligence ; en un mot, l'intelligence étant intacte ou à peu près, la faculté d'écrire peut, comme la faculté de parler, être entièrement abolie.

Les cas d'aphasie complète se terminant par la guérison étant assez rares, nous donnons le résumé du fait observé par M. Grasset, tel que lui-même l'a tracé :

« Un homme présentant des habitudes alcooliques invétérées et des signes non douteux de l'alcoolisme, est pris, tout à coup, en pleine santé, de malaise vague et d'accidents gastriques qu'il attribue à une indigestion ; puis subitement, pendant une querelle, il perd la parole et il entre le lendemain à l'hôpital, dans l'impossibilité absolue d'exprimer sa pensée ni par la parole, ni par l'écriture, ni même par le langage mimique. L'intelligence paraissait entière et les mouvements suffisamment libres, quoiqu'il y eût une légère hémiplégie à droite. Les phénomènes s'atténuent graduellement sous l'influence d'une médication révulsive ; puis les progrès vers le mieux s'accentuent très-rapidement dans une nuit où sont survenues trois épistaxis. A partir de ce moment, la guérison marche à grands pas. Seulement on s'aperçoit, pendant la convalescence, d'une sorte d'hémiplégie des divers sens. Ces phénomènes bizarres s'atténuent à leur tour, et le malade sort, entièrement guéri, le vingt-septième jour de la maladie. » (*Montpellier médical*, février 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

A Practical Treatise on urinary and renal Diseases, by William Roberts (Traité pratique des maladies urinaires et rénales). — Smith, Elder and C°. London, 1872.

Il s'agit d'une seconde édition d'un livre qui a déjà rencontré un grand succès. C'est une de ces publications anglaises qui renferment un exposé à la fois scientifique, clinique et pratique, riche en observations curieuses, orné de nombreuses planches, contenant des indications bibliographiques nombreuses.

La première partie est un résumé de l'étude de l'urine au point de vue chimique, physique et pathologique ; la seconde partie traite des maladies dont le principal symptôme est une altération de l'urine : diabète insipide et sucré, gravelle, calculs, urine chyleuse. La troisième partie comprend la congestion rénale, la maladie de Bright aiguë ou chronique, la suppuration dans les reins, l'embolisme rénal, la pyélite, l'hydronéphrose, les kystes, tumeurs, concrétions, entozoaires et anomalies de forme et de position des reins. C'est un livre à traduire avec annotations, ou mieux encore, à imiter.

De la conservation dans le traitement des fractures compliquées, par le docteur G. Poinsot. — A. Delahaye. Paris, 1873.

Dans ce volumineux travail, qui résume non-seulement les résultats de près de 200 observations, mais qui plaide éloquemment en faveur de la conservation, l'auteur s'applique à démontrer les avantages de l'irrigation continue comme méthode conservatrice générale. L'historique des efforts de la chirurgie moderne en faveur de la conservation y est exposé très-complètement. L'auteur traite avec grands détails des indications thérapeutiques, et principalement des irrigations froides et tièdes continues et intermittentes, ainsi que des indications de l'opération. Les enseignements tirés de la pratique du professeur Oré, de Bordeaux, ajoutent à ce travail l'autorité d'une pratique étendue.

VARIÉTÉS.

La tempérance (*Bulletin de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques*, année 1873, n° 1).

La tempérance est ennemie de tout excès, et ce serait un excès, sans doute, de former en France une ligue contre l'usage du vin. M. Lunier le dit excellemment dans les premières pages du Bulletin : les habitants du pays qui produit le meilleur vin de la terre ne doivent pas mépriser le vin. D'ailleurs ce n'est pas le vin, le vin naturel qu'il faut poursuivre ; ce sont les liqueurs fortes, l'alcool, ce destructeur de notre race, ou, si l'on veut encore, ce destructeur de toutes les races fines et nerveuses.

Voilà donc la guerre déclarée à l'alcool. L'association, en une œuvre commune, des efforts tentés par un grand nombre de citoyens, pourra seule permettre d'arrêter dans notre pays les progrès de ce redoutable adversaire : l'histoire le démontre, et M. Lunier en fournit la preuve dans son rapport du 1er décembre 1872, qui traite *de l'Origine et de la propagation des sociétés de tempérance*. Ces sociétés ont déjà produit en Amérique, en Angleterre, en Hollande, en Scandinavie, de recommandables résultats. En France, jusqu'à notre époque, aucune association viable ne s'est fondée contre l'abus de l'alcool, et ce n'est pas le fait de l'indifférence : l'alcoolisme nous a tardivement conquis ; il ne s'est acclimaté chez nous qu'après s'être largement développé au sein des autres nations.

Le lecteur trouvera dans le premier cahier du journal La tempérance l'historique de la fondation de la Société française, ses statuts et ses règlements ; il y trouvera aussi les procès-verbaux des séances qui se sont tenues du 12 mai au 1er décembre 1872 et la reproduction de toutes les lois et de tous les décrets édictés en 1871 et 1872 contre l'ivrognerie.

L'Association contre l'abus des boissons alcooliques ne possède qu'un moyen d'action, l'influence morale. Elle s'en servira pour agir de tout son pouvoir et sur le législateur et sur le peuple. Elle demandera avec persévérance, au premier, de réprimer vigoureusement l'ivresse, de s'opposer aux progrès de l'alcoolisme par des mesures préventives ; elle s'efforcera de modifier les habitudes du peuple en favorisant le développement d'idées saines sur les conséquences de l'ivrognerie, en s'adressant enfin à l'intérêt, ce précieux stimulant du devoir. L'association publiera des brochures, instituera des conférences, fondera des cercles d'ouvriers, des bibliothèques ; elle favorisera la substitution de boissons salubres — café, thé, bière, vin naturel — aux liqueurs alcooliques, et encouragera la fondation de sociétés coopératives qui fourniront à l'ouvrier un vin excellent coûtant moins cher que le vin du cabaret. Enfin, des prix seront décernés aux auteurs des meilleurs travaux sur l'alcool, sur l'alcoolisme et les moyens de s'opposer à son développement.

Je trouve dans le rapport verbal de M. Bergeron (séance du 3 juillet), *sur les sujets des prix à décerner* en 1873 et 1874, les indications suivantes, auxquelles il est utile, je crois, de donner la plus grande publicité :

I. — Un prix de 500 francs sera décerné à l'auteur du travail qui, sous la forme d'une *nouvelle*, d'un *conte*, de *sentences* ou de *publications illustrées*, pouvant être mis entre les mains de personnes de tout âge et de tout sexe, présentera le tableau le plus saisissant des dangers de l'ivrognerie.

II. — Rechercher les moyens pratiques de substituer dans les habitudes des populations, en France, l'usage des boissons non-seulement inoffensives, mais encore salutaires, telles que le thé et le café, à celui des boissons alcooliques. — Le prix sera de 500 francs.

III. — Déterminer, à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation, les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. — Le prix sera de 1500 francs; les deux ordres de faits distincts qu'embrasse la question pourront être traités isolément.

L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques réclame le concours de tous. « Nous venons faire un nouvel appel, dit-elle par l'organe de M. Lunier, à toutes les personnes qui ont quelque souci de la prospérité de leur pays, et leur demander de s'associer à nos efforts dans la lutte que nous avons entreprise contre l'ivrognerie. » L'œuvre est grande, le but est utile : cet appel sera entendu.

V. A.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le semestre d'été, par M. Guéniot, près de ladite Faculté.

M. Bailly, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, du cours des élèves sages-femmes à l'hôpital des Cliniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Bouchard, agrégé et bibliothécaire-conservateur des collections à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Duval, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Bergouhnioux, officier de santé, est nommé chef des travaux chimiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Lamotte, qui reste chargé des fonctions de professeur adjoint at de la chaire de pharmacie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LYON. — M. Letiévant, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé en outre suppléant hors cadre à ladite école.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — L'Association tiendra son assemblée générale le dimanche 20 et le lundi 21 avril courant. M. le président a l'honneur d'inviter les médecins de Paris et des environs à vouloir bien assister à la séance du dimanche 20 avril, qui aura lieu à deux heures précises dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour de cette séance. — Allocution par M. le président Tardieu; situation de la caisse générale, par M. le docteur Brun, trésorier; rapport général sur les actes de l'Association pendant l'exercice de l'année 1872, par M. Amédée Latour, secrétaire général.

Le même jour, à sept heures du soir, aura lieu le banquet affert à MM. les présidents et délégués des sociétés locales.

INSTITUTION DE LABORATOIRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 14 mars 1873, il est institué un laboratoire dans chacun des hôpitaux de Paris où la Faculté possède un enseignement clinique (Hôtel-Dieu, Charité, Pitié, Cliniques). Chaque laboratoire aura un chef qui sera nommé par le ministre sur la présentation des professeurs de l'hôpital auquel il devra être attaché. A l'Hôtel-Dieu et à la Charité, il y aura, en outre, un préparateur de chimie placé sous les ordres du chef de laboratoire.

Les préparateurs seront nommés dans la même forme que les chefs de laboratoires. Le traitement des chefs de laboratoires est fixé à 2400 francs par an; celui des préparateurs à 1800 francs. Ces traitements seront soumis à la retenue pour la pension de retraite.

Sont nommés chefs de laboratoires de clinique les docteurs en médecine dont les noms suivent : Hôtel-Dieu, M. Liouville (Henry); hôpital de la Charité, M. Cornil, agrégé libre ; hôpital de la Pitié, M. Nepveu; hôpital des Cliniques, M. Hybord (Paul). M. Georges Daremberg est nommé préparateur de chimie du laboratoire de la Pitié.

HONGRIE. — CHAIRES D'HOMŒOPATHIE. — On nous communique la note suivante :

La Diète de Hongrie vient de montrer de la manière la plus frappante combien l'ingérence d'un corps politique dans les choses de la science peut conduire à des institutions déplorables. Contre l'avis judicieusement motivé des sociétés savantes et de l'école de médecine, il a plu à la Chambre hongroise de créer, dans le sein de l'école même, deux chaires d'homœopathie. L'initiative est venue de haut; mais le corps politique magyare, si rétif à l'ordinaire, s'est laissé faire et a sanctionné la motion.

Nous regrettons que les professeurs de l'école de Pesth n'aient pas compris que le seul acte digne d'un corps enseignant en face d'un décret qui tend à le dégrader est la démission en masse des professeurs.

Nous apprenons en même temps que la Faculté de Gottingue est, à son tour, menacée d'institutions hahnemaniennes.

ASSISTANCE MÉDICALE DE NUIT. — Le journal LE FRANÇAIS, par la plume de notre honorable confrère Xavier Gaurand, appuie vivement le projet présenté à l'assistance publique par M. le docteur Passant sur les moyens d'assurer aux malades les secours de nuit; projet connu de nos lecteurs.

— On lit dans le PROPAGATEUR de Lille :

« A l'audience correctionnelle a été jugée l'affaire de M. Debaralle, dentiste à Lille, prévenu d'avoir, en faisant usage du chloroforme, exercé l'art de guérir sans diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, et d'avoir, par imprudence, négligence, maladresse et inobservation des règlements, commis un homicide involontaire sur la personne de la femme Caron, en employant le chloroforme.

» La défense a été présentée par Me Hauzé de l'Aulnait, avocat.

» Le tribunal a décidé que l'emploi du chloroforme pour procurer l'anesthésie constituait l'exercice illégal de la médecine, et que Debaralle avait commis un homicide par imprudence dans les circonstances relatées ci dessus ; il l'a en conséquence condamné à deux amendes de 15 francs chacune pour le premier délit, et pour le second à un mois d'emprisonnement et 500 francs d'amende. »

— M. Chassagny (de Lyon) fera, mardi prochain 22 avril, à l'amphithéâtre de la Faculté, à la suite du cours de M. Guéniot, l'exposé de la méthode des tractions soutenues.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 5 au 11 avril 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 0. — Érysipèle, 11. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 56. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 276. — Affections chroniques, 344 (1). — Affections chirurgicales, 61. — Causes accidentelles, 23. — Total, 852.

Londres : Décès du 30 mars au 5 avril 1873, 1438. — Variole, 3; rougeole, 23; scarlatine, 12; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 9; bronchite 239; pneumonie, 90; diarrhée, 18; diphthérie, 8; croup, 18; coqueluche, 50.

(1) Sur ce chiffre de 344 décès, 193 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** L'ergot de seigle en France et en Angleterre : Discussion à la Société obstétricale de Dublin. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société médicale d'Alger. — Société centrale de médecine du Nord. — **Revue des journaux.** Transfusion de lait dans le choléra. — Aphasie complète suivie de guérison. — **Bibliographie.** Index bibliographique. — **Variétés.** La tempérance.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 24 avril 1873.

LE NOUVEAU MODE DE RECRUTEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

L'école militaire de Strasbourg, dont nous avons plusieurs fois constaté les heureux résultats, ayant malheureusement été supprimée par la guerre, il devenait urgent d'organiser à nouveau le recrutement du corps de santé militaire. Malgré quelques avis défavorables au système employé depuis 1856, nous supposons que le gouvernement n'eût pas mieux demandé que de le conserver si la création d'une grande école casernée semblable à celle de Strasbourg n'eût entraîné des frais considérables pour le budget de la guerre qui, pour de longues années encore, se trouve en présence d'obligations aussi urgentes que multipliées. Il faut remarquer, en effet, que le matériel de l'école de Strasbourg, les bibliothèques, les collections, tout en un mot, est resté entre les mains de l'ennemi; c'était son droit strict; nous n'avons qu'à nous incliner. La reconstitution d'un semblable établissement était donc peu compatible avec nos ressources actuelles, et force a bien été de songer à un système exigeant moins de dépenses immédiates.

D'après la décision présidentielle du 5 octobre 1872, dont les dispositions se trouvent reproduites dans les programmes publiés plus loin, on peut constater que le ministère de la guerre a adopté un système tenant à la fois des anciens hôpitaux d'instruction supprimés en 1849 et du système de 1856. Les jeunes gens seront placés dans des hôpitaux militaires; ils y feront le service d'élèves, utiliseront à leur profit les ressources cliniques et anatomiques de ces établissements; d'un autre côté, ils participeront également à l'instruction donnée par les facultés ou écoles secondaires situées dans les mêmes localités. L'idée paraît bonne; car, en disséminant les élèves militaires en province pendant leurs trois premières années, on les fait participer à des ressources hospitalières multiples, on peut, dès le début de leurs études, les mettre en présence de malades. A Strasbourg, le nombre considérable d'élèves militaires ou civils était hors de toute proportion avec le nombre des malades pouvant servir à leur instruction, et le seul reproche que l'on pût adresser à la Faculté de cette ville était précisément de former des jeunes docteurs plus instruits *théoriquement* que *pratiquement*. A l'exception des internes ou des externes, les autres élèves avaient peu ou point manié de malades; c'était là un désidératum. Les anciens hôpitaux d'instruction, où les études théoriques étaient beaucoup moins élevées qu'à l'École de Strasbourg, formaient au contraire de bons praticiens.

Le système actuel cherche à combler ce vide; bien dirigé, il peut en effet donner les résultats désirés. Il faut pour cela que les jeunes élèves militaires se persuadent bien que les trois années passées en province doivent être trois années sérieuses, desquelles dépendra leur carrière tout entière; il faut que, lorsqu'au commencement de la quatrième, ils arriveront à Paris, ils soient déjà bien au courant du malade, habitués à l'examiner, rompus à la petite chirurgie, absolument instruits en anatomie; dans ces conditions, leurs deux dernières années pourront être des plus fructueuses.

Les examens de doctorat seront subis non pas dans l'ordre adopté pour les élèves civils, mais dans celui qu'avait déterminé le décret du 28 juillet 1860 pour les élèves militaires; le premier examen constitué par le troisième des élèves civils (sciences naturelles) et le second (anatomie et physiologie) seront subis entre la douzième et la seizième inscription, les trois autres entre le 1er novembre et le 1er mai de la cinquième année.

Ces dispositions qui, croyons-nous, ont été approuvées par la Faculté de Paris, consultée à ce sujet, constituent à certains points de vue un avantage pour les élèves militaires; mais

FEUILLETON.

Le Pèlerinage de la Mecque.

L'époque du pèlerinage de la Mecque varie chaque année de 11 jours et, comme les mois des Musulmans sont lunaires, par conséquent de 29 jours, la période de quinze mois consacrée au pèlerinage par Mahomet (*Shual, Da El Kada, Da El Hodscha, et le Rhamadan*) peut tomber en hiver, en été, en automne ou au printemps.

C'est vers Djeddah que converge aujourd'hui la grande majorité des pèlerins; aux ports de Yambo et surtout de Lith (1). Les arrivages sont bien moins considérables; quant aux caravanes proprement dites dont les principales sont celles de Syrie et d'Égypte, leur effectif va sans cesse diminuant; les bateaux à vapeur qui offrent plus de commodité et plus de rapidité au voyage leur font, on peut dire, une concurrence radicale.

Djeddah, Dshedda, ou *Djidda Djodde*, qui signifie la *ville de la mère du genre humain*, renferme environ 18 000 âmes; c'est une ville située en pleins sables, sans traces de végétation, sans le moindre cours d'eau douce (il n'y a que de l'eau de citerne); son port, obstrué de toutes parts par des bancs de coraux, est d'un accès difficile et les navires doivent mouiller à près de deux milles de la ville elle-même.

Les pèlerins ne font qu'un très-court séjour à Djeddah, où ils campent un peu de tous côtés, les gens aisés se logeant plutôt dans les *Okels* (auberges arabes), mais la grande masse s'établissant en plein air, sur les places, dans les rues, etc.

(1) Yambo est le port correspondant à Médine; les pèlerins qui veulent, par exemple, passer dans cette dernière ville le mois de Rhamadan, viennent de bonne heure, et par Yambo; quant au petit port de Lith, il reçoit surtout les pèlerins venus tard ou retardataires et qui doivent se hâter vers la Mecque s'ils ne veulent manquer les fêtes.

l'expérience des dix dernières années semble démontrer que, en somme, les élèves reçus docteurs par ce système ne sont point inférieurs aux autres, à condition qu'ils soient fortement tenus pendant les cinq années, et aidés dans leurs études comme l'étaient les élèves de Strasbourg.

Aussi paraît-il indispensable d'attacher à chacun des hôpitaux militaires destinés à recevoir des élèves un certain nombre de médecins militaires spécialement chargés de la direction des études et prenant à cœur de maintenir les élèves dans la voie du travail. Les professeurs des Écoles secondaires voudront bien aussi, nous n'en doutons pas, s'associer à cette œuvre et concourir au but commun, comme le faisaient avec tant de science et de dévouement les excellents professeurs de l'École de Strasbourg.

Au point de vue des avantages que présente aux jeunes gens le nouveau mode de recrutement, il faut bien remarquer que, si pendant les trois premières années les élèves militaires n'auront d'autre allocation que les frais d'inscriptions et d'examens de fin d'année, ils seront, dès la quatrième, mis en possession d'appointements suffisants pour vivre, égaux à ceux des officiers sortant des Écoles du Gouvernement; d'autre part, la possibilité de faire un choix entre onze villes de province facilitera aux familles l'entretien de leurs enfants, en permettant à beaucoup d'entre elles de ne point les envoyer au loin à grands frais, mais de les garder auprès d'elles. Ce sont là de sérieux avantages qui seront vraisemblablement appréciés.

Nous souhaitons vivement que le nouveau système donne de bons résultats et que les élèves se présentent en grand nombre aux examens du mois de septembre; la France doit s'identifier plus que jamais avec son armée, et il est de l'intérêt de chacun de nous que la médecine militaire soit solidement constituée en hommes dévoués et laborieux. Pour nous qui avons toujours goûté l'École de Strasbourg, nous eussions aimé la voir reconstituée en province, dans quelque grand centre scientifique comme Lyon, Montpellier ou Toulouse; mais si le nouveau système réussit, nous serons les premiers à le reconnaître et y applaudir.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis, par M. E. Bourguet (d'Aix).

(Fin. — Voyez les numéros 9 et 14.)

II

Voilà donc deux faits parfaitement établis et présentant toutes les garanties d'authenticité désirables, dans lesquels un simple bubon d'emblée a été suivi d'accidents syphilitiques constitutionnels. En voici un troisième qui n'est pas moins intéressant à ce même point de vue et moins digne d'être médité à d'autres égards.

Obs. IX. — *Accidents constitutionnels développés quinze ans après un bubon d'emblée; transmission de la syphilis du mari à la femme sans symptômes primitifs appréciables; évolution singulière de la maladie chez les deux époux.* — B..., épicier, âgé de soixante-quatre ans, d'une très-bonne constitution, sans antécédents scrofuleux, n'ayant jamais été atteint d'affection vénérienne ni d'aucune autre maladie grave, a été militaire de 1830 à 1835.

Au mois de septembre 1835, en retournant dans ses foyers avec son congé de libération, il a des rapports, à Pau, avec une femme publique. Un mois après, sans qu'il se soit exposé à une nouvelle contagion, il voit survenir un bubon à l'aine droite. Ce bubon existe indépendamment de tout autre symptôme (chancre, blennorrhagie, végétations, balanite); il reste quelque temps indolent, puis s'enflamme, se ramollit et entre en suppuration. Le malade est alors admis à l'hôpital d'Aix et placé dans le service de Goyrand, qui, après avoir constaté par lui-même l'existence du bubon et l'absence de tout autre symptôme vénérien concomitant, en pratique l'incision et prescrit un traitement simple dont les mercuriaux sont exclus. La plaie résultant de l'incision suppure pendant près de deux mois, puis se cicatrise, et le malade sort de l'hôpital complétement guéri.

A la suite de cet accident, B... recouvre la plénitude de la santé. Il se marie au mois de novembre 1836 et continue à se bien porter après son mariage, ainsi que sa femme, qui n'accuse à aucune époque ni écoulement, ni ulcération, ni douleur, ni bouton du côté des organes génitaux; plus tard elle ne présente pas davantage de plaques muqueuses, des ulcérations à la gorge, de l'adénite inguinale ou cervicale, des taches à la peau, etc.

Au bout de seize mois de mariage, la femme B... devient enceinte et avorte à un mois et demi. L'année suivante elle met au monde une petite fille maigre et chétive, qui végète pendant un peu plus de deux mois et succombe ensuite sans présenter de maladie proprement dite. En 1840, nouvelle grossesse suivie de la naissance d'un garçon encore plus faible et plus débile, qui meurt le lendemain de la naissance. Un an plus tard, quatrième grossesse gémellaire; un des deux enfants survit (une fille âgée aujourd'hui de trente et un ans, mère elle-même de deux enfants bien portants); le second enfant (un garçon) succombe le jour de l'accouchement. Enfin, en 1843, nouvelle et dernière grossesse, suivie également de la naissance d'un enfant faible et peu développé, qui meurt au

---

Ils ne manquent point, pour la plupart, de faire une visite pieuse au tombeau d'Ève (*Umma Hauwa*), qui se trouve en dehors et tout près de la ville.

Un grand mur entourant un espace rectangulaire, découvert en plein ciel, représente le tombeau d'Ève.

Au milieu de cet espace, s'élève une sorte de chapelle, qui a 8 pieds de long sur 6 de large et qui est surmontée par une voûte ou dôme d'environ 10 pieds de hauteur.

Vers le milieu de cette chapelle, et recouverte par une sorte de catafalque, qui s'ouvre comme une armoire, se trouve une pierre rectangulaire, le *Ssara*, l'ombilic ou le nombril d'Ève. Cette pierre, qui mesure un pied et demi de haut sur un demi pied de large, doit avoir précisément les dimensions correspondant à la fossette ombilicale et occuper la place même de l'ombilic d'Ève, cette *Alma mater*.

On peut calculer, d'après cela, la taille colossale de notre première mère qui, d'après les croyances arabes, devait avoir 600 pieds de hauteur sur 12 seulement de largeur. Après avoir baisé cette pierre de granit, le pèlerin va à 240 pieds plus loin (en dehors de la chapelle par conséquent) adorer la tête d'Ève représentée par un espace circulaire de 30 pieds de diamètre, il se prosterne ensuite devant les seins (*Suéis*) représentés par des pierres empilées, et longe le mur pour descendre jusqu'aux pieds(1); dans cette même chapelle se trouve le tombeau (des plus misérables) de la mère du dernier sultan Abdul Medjid, morte en cours de pèlerinage. En dehors de la chapelle et dans l'espace circonscrit par les quatre pans de murs, se trouvent plusieurs tombeaux de personnages plus ou moins célèbres, entre autres celui d'Otsman, l'un des successeurs immédiats de Mahomet.

Les gens riches achètent pour une somme assez élevée le droit d'avoir leur tombe dans ce lieu consacré.

(1) En descendant de la tête aux pieds de l'*Umma Hauwa*, notre pèlerin est arrêté par son guide en un certain endroit; alors le guide lui dit: « Ici est le berceau du genre humain; d'ici sont sortis tous les hommes. Prie, ô mogrebin! prie, mais ne regarde pas; la pudeur te le défend! »

bout de quelques jours. La femme B..., néanmoins, continue à jouir d'une bonne santé et à ne présenter aucun signe de syphilis du côté de la surface tégumentaire, des muqueuses, des glandes lymphatiques; seulement elle perd complétement ses cheveux à la suite de son dernier accouchement, et cette alopécie a persisté depuis, sa tête étant encore aujourd'hui lisse et entièrement nue. Quant au mari et à la petite fille survivante, rien de particulier à noter relativement à leur santé.

Les choses marchent ainsi jusqu'en 1850. A cette époque, sans s'être exposé à une nouvelle infection, peu de temps après avoir éprouvé une forte émotion morale (le cheval et la charrette qu'il conduisait étant tombés dans un précipice), B... est atteint de fatigue, de malaise, d'altération générale de la santé. A ces premiers symptômes succède l'apparition d'une éruption pustulo-crustacée à la région ombilicale. Cette éruption disparaît sans traitement; mais, cinq à six mois après, une tumeur, précédée de douleurs sourdes et profondes, se montre au devant du sternum, un peu au-dessus de l'appendice xiphoïde. Cette tumeur s'ouvre spontanément. La persistance de la suppuration au delà du terme ordinaire d'un simple abcès engage le malade à venir me consulter.

Soumis à mon examen dans les premiers jours de février 1851, je constate une carie et une dénudation du sternum, dans l'étendue de plusieurs centimètres. Les bords de la plaie sont décollés, légèrement indurés et présentent une couleur rouge-cerise; le fond est grisâtre, parsemé de bourgeons charnus exubérants. Malgré ces caractères, j'hésite à considérer la lésion comme de nature syphilitique, à cause de l'absence de tout antécédent vénérien autre qu'un simple bubon. Je conseille l'huile de foie de morue, un régime tonique et réparateur, et je pratique quelques badigeonnages et des injections iodées dans la cavité suppurante, ainsi que quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Ce traitement, continué pendant un mois et demi, amène une certaine amélioration; mais la carie et la dénudation du sternum persistent et la plaie conserve, à peu de chose près, les mêmes caractères. Je me décide alors à prescrire l'iodure de potassium. L'administration en est faite trois fois par jour, à doses graduellement croissantes, de 50 centigrammes à 2 grammes. Le malade est mis en outre à l'usage de la tisane de salsepareille.

Au bout de sept à huit jours de ce traitement un changement assez manifeste s'est produit dans l'aspect de la plaie : la suppuration est moins abondante et moins sanieuse; l'induration et la coloration des bords est moins prononcée. Peu à peu l'amélioration progresse; l'os se recouvre de bourgeons charnus; la guérison est complète au bout de trois mois.

Je cesse alors de voir le malade, qui, contre mon avis, refuse de continuer plus longtemps le traitement. Un an après je suis rappelé auprès de lui pour une ulcération développée en dehors de l'aile du nez, du côté gauche. Il existe dans ce point un ulcère à fond grisâtre, à bords renversés et indurés, à suppuration sanieuse, ayant environ 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Je le trouve en même temps considérablement changé : la constitution est profondément détériorée; le teint est plombé; B... a beaucoup maigri; il est dans un véritable état de marasme.

Le traitement ioduré est repris, ainsi que la tisane de salsepareille, du vin de quinquina est administré trois fois par jour au moment des repas; des badigeonnages avec la teinture d'iode, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure sont pratiqués sur l'ulcération; enfin un bon régime est conseillé. Cette fois le résultat est moins favorable : l'état général subit de l'amélioration mais l'état local reste le même. Au bout de deux mois, l'ulcération conserve, à peu de chose près, le même aspect, la même étendue, et ne présente pas de tendance vers la cicatrisation.

Je lui conseille alors un traitement un peu complexe, peu usité dans le reste de la France, mais assez fréquemment employé en Provence, où il obtient des succès incontestables et souvent inespérés dans les formes les plus graves de la syphilis, particulièrement de la syphilis tertiaire, je veux parler de la *diète sèche*.

Pendant quarante jours, B... se nourrit exclusivement de galettes et de fruits secs, ne boit que de la tisane sudorifique aux repas et hors des repas; il prend en outre une pilule arabique matin et soir, et 15 grammes d'opiat arabique une heure avant son dîner.

Ce traitement produit les meilleurs résultats. Au bout de cinquante-six jours la cicatrisation est complète; il ne reste que l'induration de la base et une teinte rouge cuivré de la cicatrice. Ces symptômes vont en diminuant et disparaissent un peu plus tard. Ajoutons, et ce détail a son importance, que depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de vingt et un ans, la guérison ne s'est pas démentie, et qu'aucune nouvelle manifestation syphilitique ne s'est produite.

Quant à la femme B..., sauf l'alopécie dont il a été question précédemment, sa santé ne présente aucune altération jusqu'en 1866. A cette époque, à la suite d'une contusion ayant porté sur le devant du tibia, la jambe droite se tuméfie, et une périostite plastique se développe dans toute l'épaisseur du membre, depuis les malléoles jusqu'au genou. Cette affection est combattue par les frictions mercurielles et la compression. L'état aigu se dissipe, mais le membre reste beaucoup plus volumineux qu'auparavant, et la malade y ressent de temps à autre des douleurs lancinantes revenant surtout la nuit. Cette situation continue jusqu'au mois de juillet 1871. Alors, sans cause appréciable, la périostite reparaît à l'état subaigu; elle ne tarde pas à être suivie du développement de tumeurs gommeuses, au nombre de douze à treize, du volume d'une noisette à une grosse noix, disséminées sur toute l'étendue de la jambe; un peu plus tard ces tumeurs se ramollissent, entrent en suppuration, s'ouvrent spontanément et laissent après elles des ulcérations qui gagnent peu à peu en étendue et en profondeur. La malade, habituée à la souffrance de longue date et considérant son état comme incurable, se borne à panser les plaies et néglige tout traitement intérieur jusqu'au mois de février 1872.

Soumise en ce moment à mon examen, je constate l'existence de douze à treize ulcérations occupant la plus grande partie du membre, depuis le creux du jarret jusqu'au cou-de-pied. Ces ulcérations, variables en étendue et en profondeur, fournissent une suppuration d'une extrême abondance et d'une fétidité insupportable; leur aspect est fongueux, grisâtre; leurs bords renversés et indurés; plusieurs s'étendent jusqu'aux os, sans cependant que le tibia et le péroné soient à nu nulle part; les tissus environnants sont fortement hypertrophiés; le membre entier est triplé de volume et ressemble à celui d'un éléphantiaque; les téguments, dans les joints non envahis par l'ulcération, ont perdu leur souplesse et présentent de nombreuses inégalités. Ajoutons enfin, pour compléter le tableau, que la malade est très-amaigrie et très-affaiblie; que son teint est plombé et légèrement ictérique; qu'elle est privée de sommeil depuis longtemps, la douleur étant beaucoup plus prononcée pendant la nuit et ressemblant, pour me servir de ses propres expressions, à celle qu'elle éprouverait, si des chiens rongeaient sa jambe.

Ma première pensée, en apercevant des désordres aussi étendus, est de croire à l'existence d'une affection cancéreuse. Toutefois, le souvenir des diverses maladies que j'avais eu à combattre, à plusieurs reprises,

---

Il y a, dans les rues de Djeddah, quelques tombeaux en forme de fours qui renferment les restes de *saints hommes;* on les reconnaît, de loin, aux petits drapeaux blancs qui flottent à leur sommet.

Les pèlerins profitent de leur passage à Djeddah pour renforcer leurs provisions de voyage et, à cette époque, la ville de Djeddah devient un vaste marché où se rencontrent les types et les produits les plus divers.

C'est là que le hadji renouvelle sa provision de farine de *Doura*, avec laquelle il fait des galettes qui, durcies et séchées à l'air, se conservent longtemps; là aussi il renouvelle sa provision d'eau-de-vie de *busa* et de *raki*.

Le pèlerinage de la Mecque, qui est, après la prière, l'aumône et le jeûne, le quatrième point fondamental de la religion musulmane doit être accompli par tout fidèle croyant au moins une fois dans sa vie et, suivant le chapitre II, versets 193 et 194 du Coran, il est d'obligation divine.

Chaque année, depuis le Maroc jusqu'aux parties de l'Inde soumises à l'islamisme, les caravanes des pèlerins se mettent en marche pour le Hedjaz, achetant au prix des périls de toute sorte la vue de ce temple saint dont le culte remonte aux plus anciennes traditions des races sémitiques.

Depuis un temps immémorial, les Arabes païens de la péninsule Arabique venaient en foule visiter dévotement le saint temple de *Kaâba*.

Mahomet n'avait garde de heurter une coutume appuyée sur l'intérêt personnel; il se contenta de purifier le temple en expulsant tous les dieux que chaque tribu y avait apportés et consacra le pèlerinage dans sa loi nouvelle : « Faites le pèlerinage de la Mecque, dit le Coran, à moins que vous ne soyez cernés par vos ennemis, et, dans ce cas du moins, envoyez quelques offrandes. Le bien que vous ferez, Dieu en aura connaissance; prenez des provisions pour le voyage et souvenez-vous que la meilleure des provisions c'est la piété; cependant ce n'est pas un crime que de demander à Dieu l'augmentation

chez les époux B..., les commémoratifs concernant le bubon d'emblée qui me sont rappelés par B... lui-même dans un entretien particulier; la mort prématurée de cinq enfants sur six; l'alopécie dont la femme B... est atteinte depuis 1843; la périostite plastique dont je l'ai soignée en 1866; enfin les résultats inespérés obtenus chez le mari, vingt et un ans auparavant, par l'iodure de potassium et la diète sèche, m'inspirent des doutes et m'engagent à prescrire un traitement antisyphilitique.

La malade est donc mise à l'usage du sirop de Gibert (sirop de salsepareille 500 grammes, iodure de potassium 12 grammes, biiodure de mercure 25 centigrammes), dont elle prend une cuillerée à soupe trois fois par jour dans un verre de tisane de salsepareille. Les ulcères sont badigeonnés avec de la teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium (4 grammes sur 30); enfin un régime fortement réparateur vient compléter le traitement.

Celui-ci, commencé le 5 février 1872, est à peine employé depuis huit à dix jours que les douleurs ostéocopes se sont déjà modifiées et que le sommeil tend à revenir; en même temps les ulcérations prennent un meilleur aspect et le membre a sensiblement diminué de volume. La malade renaît à l'espérance et continue son traitement avec la plus grande exactitude. Peu à peu l'amélioration fait des progrès, les ulcérations diminuent d'étendue et de profondeur; la suppuration cesse d'être sanieuse; elle perd sa fétidité et son abondance excessives; en un mot la guérison devient de plus en plus probable. Elle est complète dans les premiers jours d'août. Depuis lors, aucun incident nouveau n'est survenu. La femme B... a repris la direction de son ménage et de ses affaires; son existence est entièrement renouvelée, et il serait difficile en la voyant de soupçonner la situation déplorable dans laquelle elle se trouvait au début du traitement.

Si nous résumons les principales circonstances de cette longue observation, nous y voyons :

Un homme atteint, à l'âge de vingt-sept ans, d'un simple bubon d'emblée, qui se marie quatorze mois après, et, pendant quinze ans, ne présente aucun symptôme apparent de syphilis. Puis, à la suite d'une forte émotion morale, sa santé s'altère et la syphilis apparaît sous la forme d'une éruption pustulo-crustacée à la région ombilicale. Aucun traitement n'ayant été dirigé contre cette affection, une seconde manifestation beaucoup plus grave, une carie du sternum, se montre au bout de cinq à six mois. Celle-ci cède à un traitement ioduré, mais pour reparaître l'année suivante sous la forme d'une syphilide profonde pustulo-ulcéreuse de la face. Cette fois, l'affection se montre rebelle à l'iodure de potassium et finit par guérir radicalement sous l'influence de la diète sèche, traitement dont le mercure forme la base.

La femme, de son côté, sans avoir présenté des accidents primitifs appréciables, perd cinq enfants sur six qu'elle met au monde. Après sa dernière grossesse, elle est atteinte d'alopécie; enfin, au bout de vingt-trois ans (trente et un ans à dater de son mariage), survient une périostite plastique de la jambe droite qui cède à des frictions mercurielles, et cinq ans plus tard un grand nombre de tumeurs gommeuses du même membre, qui produisent les désordres les plus graves, se compliquent d'une véritable cachexie syphilitique, et guérissent, à leur tour, assez rapidement sous l'influence d'un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium.

Les caractères de ces divers accidents, considérés dans leur ensemble, leur mode d'évolution successive, le résultat du traitement employé pour les combattre, ne permettent pas de mettre en doute leur nature syphilitique. D'une autre part, le bubon d'emblée étant le seul accident primitif constaté chez le malade par M. Goyrand, quatorze mois avant son mariage, et la moralité de la femme ne pouvant pas être soupçonnée, on est bien forcé de rattacher à la première de ces causes le point de départ de la syphilis constitutionnelle survenue chez les époux B...

Hâtons-nous d'ajouter toutefois que si le bubon d'emblée peut seul être considéré comme la porte d'entrée de la syphilis dans cette famille, une difficulté sérieuse se présente relativement au mode de contamination de la femme B...

Comment l'infection s'est-elle réalisée chez cette dernière?

En l'absence de tout symptôme primitif observé chez elle, et en l'absence également de toute manifestation extérieure chez son mari, pendant les quinze premières années de leur mariage, il me semble difficile de ne pas rapporter la contamination de la femme B... aux sécrétions physiologiques du mari qui se trouvait en puissance de syphilis, et de ne pas reconnaître par cela même que le virus syphilitique peut pénétrer dans l'organisme d'une manière insensible, par simple absorption de la peau ou des muqueuses, sans aucune lésion apparente chez le sujet contaminant et chez le sujet contaminé.

Mais l'observation qui précède n'est pas seulement remarquable à ces divers points de vue.

D'après M. Ricord et les syphiliographes de son école, le bubon suppuré n'est jamais infectant. Or, dans ce cas, le bubon a suppuré pendant deux mois, et ce bubon est le seul symptôme vénérien, le seul antécédent qui puisse être invoqué comme origine de la syphilis constitutionnelle. — Rappelons à cette occasion que la même circonstance s'est produite dans l'observation VII. De pareils faits démontrent combien il y a lieu de se tenir en garde contre les théories exclusives, et combien il serait imprudent de les accepter sans contrôle, quelque séduisantes qu'elles paraissent et quelque grande que soit l'autorité des hommes qui les propagent.

Le long sommeil de la syphilis, chez nos deux malades, n'est pas moins curieux et moins digne d'être signalé, quoique la science possède de nombreux faits analogues.

On vient de voir que la première manifestation constitutionnelle n'a eu lieu chez B... que quinze ans après l'apparition du bubon, et que sa femme, de son côté, n'a été atteinte de périostite syphilitique qu'au bout de trente et un ans de mariage. Et cependant l'un et l'autre étaient évidemment en

---

des biens de ce monde en vous livrant au commerce pendant la durée du pèlerinage. »

La tradition musulmane fait remonter la fondation du premier temple de la Kaabe à Adam même, qui en demanda la permission à Dieu.

Après sa mort, Sath, son fils, construisit un autre temple semblable, en pierre et en chaux, ajoute la tradition, lequel fut détruit à l'époque du déluge universel et reconstruit longtemps après, sur l'ordre de Dieu, par Abraham et son fils Ismaël (Coran, chap. II, versets 119 et 121).

Ce fut à cette époque que, selon la tradition encore, la pierre noire tombée du ciel avec Adam (cette pierre n'est autre chose qu'un aérolithe de grande dimension) fut apportée par l'ange Gabriel à Abraham, qui la scella dans l'un des angles du saint temple. Au dire de l'historien Aboul Féda, ce temple, plusieurs fois réparé, fut entièrement rebâti peu d'années avant la naissance de Mahomet, par les *Khoraischistes*, tribu arabe à laquelle appartenait la famille du prophète; un peu plus tard, Abdallah son Zabeir, khalife de la Mecque, y fit de grandes réparations, et enfin, l'an 74 de l'hégire, il fut de nouveau rebâti par El Hadjaj Joussouf, lieutenant du khalife Abdel Maleck, qui s'était emparé de la Mecque. Depuis lors, le temple a été réparé plusieurs fois, notamment en 1621 et 1631. Il est un autre pèlerinage que le musulman doit faire après ou avant celui de la Mecque, c'est celui de Médine, où se trouve le tombeau du prophète; seulement le pèlerinage de la Mecque est d'obligation divine, tandis que celui de Médine n'est que d'obligation canonique. Le livre sacré, le Coran, prescrit formellement le premier; l'usage, la tradition et la ferveur ont consacré le second.

Le pèlerinage de Médine n'a point d'époque fixe à proprement parler; les uns vont d'abord à Médine, en débarquant à Yambo, pour la plupart, avant de se rendre à la Mecque; les autres terminent au contraire le voyage par Médine.

Le pèlerinage de la Mecque est un point de pratique tellement obligatoire pour le vrai croyant, qu'au rapport d'un sa-

puissance de syphilis constitutionnelle, ainsi que le démontre l'alopécie de la femme, la mort prématurée des enfants, l'éruption pustulo-crustacée, la carie du sternum, la syphilide ulcéreuse de la face présentées par le mari.

Tout cela démontre combien il est important, au point de vue de la pratique et de la bonne observation, que le médecin connaisse parfaitement les antécédents des familles, et qu'il ait pu suivre les malades pendant de longues années. Malheureusement, c'est ce qui manque bien souvent aux médecins spécialistes qui ne voient généralement la syphilis qu'à ses premières périodes et ne sont plus appelés lorsque celle-ci dégénère ou revêt des formes larvées. Il est extrêmement probable que si nous avions été appelé pour la première fois auprès de la femme B..., en février 1872, ne tenant compte que de l'induration générale des tissus, de la tuméfaction du membre, de l'aspect des ulcérations, de leur profondeur, de leur étendue, de la fétidité et de l'abondance de la suppuration, de l'assurance dans laquelle vivait la malade et dans laquelle elle vit encore, qu'elle n'a jamais été atteinte de maladie spécifique ; il est très-probable, disons-nous, que nous aurions considéré ces lésions comme de nature cancéreuse et que nous aurions proposé l'amputation de la cuisse, seule opération à laquelle il fût permis de songer, en raison de l'étendue des désordres locaux et de leur gravité.

III

Voilà donc trois faits aussi bien établis que possible de bubons d'emblée suivis tous les trois d'accidents syphilitiques constitutionnels.

Mais ces faits ne sont pas les seuls que nous puissions citer. Nous en possédons trois autres qui nous ont été communiqués verbalement par des médecins dont les noms sont une garantie d'authenticité et d'observation sérieuse.

Le premier nous a été raconté par M. le professeur P. Broca. Il s'agit, dans ce fait, si nos souvenirs sont bien exacts, d'un chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien collègue d'internat de M. Broca, mort depuis plusieurs années, et à la mort duquel la syphilis ne resta pas étrangère, qui avait été atteint de bubon d'emblée. Le bubon s'était ulcéré et l'ulcération s'était compliquée de phagédénisme. Plus tard, des accidents constitutionnels étaient survenus. Ajoutons, toutefois, que M. Broca, en nous transmettant ces détails, paraissait suspecter quelque peu la véracité du médecin dont il s'agit, relativement à l'absence de tout autre symptôme vénérien concomitant.

Nous ne voudrions pas être plus affirmatif, à cet égard, que M. Broca ; mais nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer qu'un médecin qui avoue avoir contracté un bubon n'a pas de motif bien sérieux pour nier l'existence d'un chancre ou d'une blennorrhagie, si ces symptômes ont existé réellement...?

Les deux autres observations dont il nous reste à parler sont plus explicites. Les détails qui s'y rapportent nous ont été fournis par M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier) et par M. le docteur Girard, médecin en chef des hôpitaux et professeur de clinique à l'école de médecine de Marseille.

Dans ces deux cas, les confrères éminents que nous venons de citer avaient constaté eux-mêmes, dès le début, l'existence d'un simple bubon, sans chancre ni blennorrhagie, et ils avaient pu pareillement constater plus tard l'apparition des symptômes constitutionnels. La conviction qui leur était restée à l'un et à l'autre était que le bubon d'emblée avait seul servi de porte d'entrée à la syphilis.

IV

A ces six faits complétement inédits, il est possible d'en ajouter quelques autres connus depuis plus ou moins longtemps.

Le premier que nous citerons est emprunté à la pratique du doyen des syphiliographes de Lyon, le vénérable M. Baumès. Les détails de ce cas intéressant nous étaient rapportés de vive voix, il y a peu de temps encore, par M. Baumès.

« M. C..., de Lyon, âgé de dix-neuf ans, n'avait jamais eu de maladie vénérienne lorsqu'il se plaignit de douleurs à l'aine gauche, à la suite d'un coït avec une femme suspecte ; il n'avait éprouvé ni écoulement, ni chancre, pas même le plus léger prurit au pénis. Il survint un engorgement qui fit des progrès assez lents ; les cataplasmes émollients, les boissons délayantes, puis les topiques résolutifs furent employés. Par précaution, et pour plus de sûreté, mais sans y attacher une grande importance, rien n'indiquant d'une manière positive que ce bubon fût vénérien, nous prescrivîmes le sirop de Cuisinier de seconde cuite pendant un mois. Nous avions perdu le malade de vue, lorsqu'il vint nous consulter, six mois plus tard, pour des végétations au prépuce et des ulcères au voile du palais, sans qu'il se fût exposé à contracter une maladie nouvelle et sans avoir présenté depuis aucun symptôme primitif.

» Il était de toute évidence que les végétations et les ulcères que présentait le malade étaient la conséquence du bubon d'emblée et de nature syphilitique, pour la cure radicale duquel nous avions employé un traitement insuffisant. Nous prescrivîmes alors une tisane de salsepareille et la liqueur de Van Swieten pendant deux mois; depuis cette époque, aucun symptôme nouveau ne s'est manifesté. » (Baumès, *Rapport à la Soc. de méd. de Lyon*, 1836.)

Un second cas du même genre a été relaté dans les Annales des maladies de la peau et de la syphilis de M. Cazenave. En voici le résumé :

---

vant docteur, le Scheik El Ghazali, le prophète aurait dit : « Autant vaudrait mourir juif ou chrétien que de n'avoir point, par négligence ou sciemment, rempli une fois au moins dans la vie cet acte religieux. »

Le pèlerinage doit s'accomplir dans les premiers jours du dernier mois de l'année musulmane, celui de *Doul hidje*, mois consacré à cette solennité, ainsi que l'indique son nom (Coran, chap. I, verset 193). Arrivé sur les confins du territoire sacré, le pèlerin se purifie par une ablution complète et revêt l'*ihram* ou manteau pénitentiel, composé de deux pièces de toile blanche sans couture, dans lesquelles il s'enveloppe en laissant l'épaule et le bras droit dégagés; c'est le symbole des nouvelles pensées qui doivent assaillir le musulman, en approchant du lieu consacré, depuis l'origine du monde, à l'adoration de l'Éternel.

Le pèlerin a la tête nue et rasée et marche également pieds nus.

Dès ce moment, plus d'œuvres mondaines et charnelles, plus d'amour, plus de parfums; le pèlerin s'avance Mecque en récitant à haute voix cette prière : « Mon c'est ici la religion sainte; j'ai prononcé les paroles de culte et ta parole est la vérité même; celui qui entre dans ton temple y trouve le salut. »

La distance qui sépare Djeddah de la Mecque n'est que d'environ douze heures; cependant les caravanes ou plutôt les convois mettent à la parcourir le plus ordinairement deux nuits. Dans ce parcours, les pèlerins subissent l'influence très-nuisible des brusques transitions qui se font dans l'atmosphère; ils souffrent surtout du froid dans ces régions nues et sensiblement élevées. (Si les journées sont très-chaudes et même ardentes, les nuits sont souvent très-froides.)

Malgré leur misère, les pèlerins ont encore parfois à lutter, dans ces régions, contre d'autres maux non moins pénibles, contre les attaques et le vol des tribus nomades, celle des Assyrs principalement, qui les dépouillent et les déciment sans pitié.

Un jeune homme de vingt-trois ans vit survenir au visage, trois mois environ après le développement de deux bubons d'emblée, une acné syphilitique, compliquée plus tard de douleurs ostéocopes et d'une périostite syphilitique. Les pilules avec le protoiodure de mercure procurèrent la guérison de la syphilide et de la périostite (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1845, p. 143.)

Le même recueil renferme un troisième fait analogue que nous allons résumer également.

Un homme de trente-cinq ans avait été atteint de bubon d'emblée à l'âge de vingt-cinq ans, à la suite d'un coït suspect. Le bubon avait suppuré; aucun traitement intérieur n'avait été mis en usage. Deux ans après, apparition de tubercules cuivreux aux ailes du nez et à la racine de cet organe. Peu à peu l'aile du nez est entièrement rongée; des ulcérations d'une extrême gravité et de nature évidemment syphilitique se manifestent sur diverses parties du corps (*Ibid.*, p. 352).

Enfin, nous emprunterons au médecin distingué que nous venons de citer une statistique dont la signification n'échappera à personne, et qui permet, elle aussi, de conclure que le bubon d'emblée ne saurait être considéré comme constamment étranger à la syphilis.

Cette statistique, publiée par M. Cazenave, porte sur 157 malades atteints de syphilides, chez lesquels les renseignements ont pu être recueillis avec soin.

Or, sur ces 157 cas, *cinq fois* les syphilides avaient eu pour origine un simple bubon d'emblée (*loc cit.*, p. 515).

Ces faits, quoique le nombre n'en soit pas encore très-considérable, méritent cependant d'être pris en sérieuse considération, en réfléchissant surtout à la notoriété et à la légitime autorité des médecins qui les ont fait connaître. Leur rareté, d'ailleurs, il est à peine besoin d'en faire la remarque, ne saurait suffire pour les faire considérer comme inexacts ou mal observés. Elle prouverait tout au plus l'opinion que nous avons déjà soutenue à plusieurs reprises, à savoir que : *le bubon d'emblée, tout en faisant partie des symptômes primitifs de la syphilis, se rattache au groupe de ces symptômes qui exposent peu à la vérole constitutionnelle, et partant pour lesquels un traitement mercuriel préventif n'est pas indiqué.* Avant de recourir à une médication spécifique, nous pensons qu'il sera toujours prudent d'attendre que des symptômes généraux se soient manifestés.

V

Mais il y a aussi lieu de se demander si cette rareté ne serait pas plus apparente que réelle, et si elle ne tiendrait pas, non-seulement à ce que l'attention n'a pas été suffisamment éveillée sur ce sujet, mais encore à ce que les médecins qui en ont rencontré des exemples se sont abstenus de les publier, de peur d'encourir le reproche d'avoir méconnu le chancre initial et d'être ainsi accusés de peu de sévérité dans l'observation?

Nous serions, pour notre compte, très-disposé à nous rattacher à cette dernière manière de voir, et quelques-uns des faits relatés plus haut ne font que nous y confirmer... Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir suivre une règle de conduite différente, au risque de nous voir adresser le même reproche... La question nous a paru intéresser trop directement la pratique, pour qu'il n'y eût pas profit et utilité à l'étudier et à la discuter sérieusement, en se plaçant sur le terrain de l'observation clinique et faisant appel à l'expérience de tous nos confrères, sans autre préoccupation que la recherche de a vérité.

Conclusions. — Nous terminerons ce travail par les conclusions suivantes :

1° L'existence du bubon d'emblée est incontestable.

2° Son origine ne peut pas être expliquée, dans la très-grande majorité des cas, par la diathèse strumeuse ou la simple excitation qui accompagne le coït.

3° Cet accident doit être considéré comme faisant partie de l'ensemble des symptômes transmissibles par les rapports sexuels, au même titre que le chancre mou, la blennorrhagie, la balanite, les végétations.

4° Il est susceptible, dans quelques cas, de se reproduire dans son espèce, et peut aussi, dans d'autres circonstances, remonter par filiation à des accidents vénériens de nature différente.

5° Des faits scrupuleusement observés ne permettent pas de révoquer en doute qu'il ne puisse être suivi exceptionnellement d'accidents syphilitiques constitutionnels.

CORRESPONDANCE.

Hygiène des médecins.

A M. LE DOCTEUR E. BEAUGRAND.

Honoré confrère,

J'ai voulu comparer les chiffres fournis par la statistique des médecins de la marine française avec ceux relevés en Angleterre, et dont vous avez rendu compte dans votre excellent article sur l'hygiène des médecins, publié dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Bien que je m'attendisse à des résultats d'un grand intérêt, je n'en ai pas moins été effrayé du chiffre de la mortalité relevé dans une période de temps donnée. — J'ai donc refait à plusieurs reprises mes calculs; et forcé de m'avouer mon indécision à interpréter à sa juste valeur le langage des chiffres, j'ai résolu de vous soumettre la question dans tous ses éléments, en vous priant de vouloir bien en être juge vous-même.

Dès qu'on aperçoit la ville sainte qui se dessine à l'horizon avec sa grande mosquée flanquée de sept minarets, les cris de joie : *Labik! Labik!* remplissent l'air. (La Mecque a près de 60 000 âmes et se trouve entourée de montagnes.) (1).

Le premier soin des pèlerins est de se diriger vers la *Kaâba* et d'adorer, avant tout, la pierre noire, *Hadschar el Assuad*, scellée dans l'angle S. E.

C'est sur cette pierre même que, suivant la tradition musulmane, la belle Agar a conçu Ismaël, d'où est sortie la famille arabe.

La foule est ici fort compacte; les misérables hadjis assiégent cette pierre, la couvrent de leurs baisers, passent et repassent sur elle leurs mains grasses et se couchent près d'elle; les femmes se montrent les plus prodigues de ces démonstrations, surtout celles qui jusque-là sont restées stériles, ce qui est plus qu'un malheur pour les femmes musulmanes.

Quelles que soient leur fatigue, leur débilité et leur maladie même, les hadjis ne doivent pénétrer en ville qu'après avoir fait une dévotion à la sainte Kaâba, la *Maison de Dieu*, élevée dans la grande mosquée même « *Mesdched el Haram* ».

Avant de quitter la mosquée, le hadji doit faire sept fois le tour de la Kaâba, en souvenir de la mère d'Ismaël errant dans ces lieux et cherchant la source auprès de laquelle elle rencontra miraculeusement son fils; ces tournées ou *Touafs* sont obligatoires. Puis, sortant par la porte appelée la porte de *Safa*, il monte sur la colline qui porte le même nom et parcourt sept fois dans sa longueur la petite vallée qui la sépare de la colline de *Meroua* (ces deux collines sont situées dans l'intérieur même de la ville); cette pratique a été constituée, dit-on, en imitation de la conduite d'Abraham qui, voyant dans le même lieu Agar et Ismaël en proie aux horreurs de la soif, monta sur la colline de Safa pour découvrir au loin quel-

(1) La Mecque offre plus de ressources que Djeddah; elle est abondamment pourvue d'eau potable par des conduites qui l'amènent des sources des montagnes voisines; mais il fait encore plus chaud à la Mecque qu'à Djeddah, en raison de sa position dans une sorte d'entonnoir.

J'ai fait mes recherches dans une publication spéciale, les Archives de médecine navale, où décès, retraites, démissions et promotions sont consignés avec la plus grande exactitude, et je n'ai tenu compte absolument que de la partie militante, c'est-à-dire des médecins naviguant ou séjournant dans les colonies, pendant une période de service réglementaire ou vingt-cinq ans.

Voici quels sont les chiffres relevés dans l'espace de neuf années, soit de 1864, époque de la fondation des Archives de médecine navale, jusqu'à 1873. Au 1er janvier 1864, les Archives déclarent un effectif de 600 médecins naviguant ou séjournant dans les colonies, abstraction faite du corps enseignant, des pharmaciens de la marine et des médecins auxiliaires. De 1864 à 1873, il est entré dans le corps 265 médecins. C'est donc au chiffre total de 865 médecins pendant neuf ans, que nous devons rapporter tous les relevés de la statistique.

Voici maintenant quels sont ces différents relevés pendant une période de neuf ans, de 1864 à 1873 : décès, 74; démissions, 107; retraites, 78; mises en disponibilité par infirmités temporaires ou en réforme, 45.

En premier lieu, en comparant le nombre des décès à la population des médecins pendant neuf années, nous voyons que 74 décès fournis par 865 médecins donnent une moyenne annuelle de 74/9 décès pour 865/9 médecins, c'est-à-dire 8,2 décès sur 96 ou, si l'on veut, 100 médecins, c'est-à-dire encore 82 pour 1000.

C'est ce résultat qui m'a fait douter de l'interprétation à donner à mes calculs, bien que sans être pessimiste, je ne fusse que trop porté, par ma propre expérience, à en accepter les révélations les plus fâcheuses. Cependant j'ai employé le même mode de procéder que le docteur Stratton en Angleterre (mode de procéder que vous acceptez dans votre article), qui, de 1817 à 1841 inclusivement, c'est-à-dire dans l'espace de vingt-cinq ans, sur un total de 29 341 officiers de santé de la flotte anglaise, rapportant un chiffre de décès égal à 845, trouve une moyenne par an de 845/25 décès pour 29 341/25 officiers de santé, c'est-à-dire 33,8 pour 1173,6 individus, ou 33 décès pour 1000.

Ce chiffre 33 pour 1000 en Angleterre est bien inférieur à celui de 82 pour 1000 en France; mais il faut tenir compte de ce fait important, c'est que le docteur Stratton a fait entrer dans sa statistique les médecins retirés du service et ceux que leur service ne faisait point naviguer, c'est-à-dire un grand nombre de médecins rentrant dans les conditions de la vie civile; tandis que mes calculs portent spécialement sur la période active du service. Du reste, ce chiffre 33 pour 1000 en Angleterre, comparé avec le chiffre de la mortalité civile à tout âge, donne déjà une proportion de près du triple de la mortalité chez les officiers de santé de la marine anglaise. En effet, d'après de récents calculs (in *Manual of pratical hygiene* 1866, Parkes), le nombre de décès pour 1000 dans la population civile de l'Angleterre de vingt à quarante-cinq ans est d'environ 11 pour 1000.—En France, d'après les documents officiels, et les chiffres communiqués par Legoyt (voy. Vallin in *Ann. hyg. public*, 1869, t. XXXI, 2e série, page 84), la mortalité de la population masculine au-dessous de vingt ans est d'environ 9,32 pour 1000. *La mortalité des officiers de santé naviguant de la marine française serait donc de plus de 8 fois supérieure à la moyenne de mortalité générale.*

En y réfléchissant bien, ce chiffre peut à la rigueur se comprendre, car un médecin naviguant, pour une période de vingt-cinq ans de service, a une moyenne de plus de dix-huit ans de séjour à la mer ou aux colonies (cette moyenne peut être plus exactement connue en relevant un tableau de règlements de retraites). J'ai déjà donné les causes de la différence qui existe entre la statistique de Stratton et celle que je soumets à votre appréciation; mais il est évident pour moi qu'en les égalisant autant que possible, l'avantage doit rester encore à la statistique anglaise, car la position faite aux médecins est bien plus en rapport avec les services rendus et le mérite, qu'elle ne l'a été jusqu'à présent en France.

Je le répète, je n'ai employé cette méthode de calcul que sous toutes réserves, mais en suivant l'exemple donné par des statisticiens recommandables. C'est ainsi que le docteur Anizon rendant compte de la statistique fournie par la Société de bienfaisance et de secours mutuels de la ville de Nantes, donne les calculs suivants : « Du 1er janvier 1843 au 31 décembre 1837, c'est-à-dire pendant une période de vingt-cinq ans, la Société a compté 10 691 membres qui n'ont fourni que 92 décès, soit annuellement 92/25 décès pour une moyenne de 10 691/25, c'est-à-dire 3,68 pour 427,6 ou 8,6 décès pour 1000 hommes. (Cité par Vallin in *Ann. hyg. publ.*). Un autre médecin de société, M. Berneaudeau (cité aussi par Vallin), donne le relevé suivant : « Du 1er janvier 1855 au 31 décembre 1865, environ 8000 hommes âgés de dix-huit à cinquante-cinq ans n'ont fourni que 62 décès, soit une moyenne annuelle de 62/10 décès sur 8000/10 hommes, ou 7,7 décès sur 1000 hommes. »

Somme toute, c'est le même calcul qui consiste à additionner le nombre de malades traités pendant une période de temps, et à rechercher le rapport de la mortalité pour tant de malades traités en moyenne par an. En d'autres termes, si, dans notre statistique, au lieu de médecins nous disons malades, nous voyons que 865 malades, pendant neuf ans, ont fourni 74 décès, soit une moyenne de 8,2 décès sur une moyenne de 100 malades traités par an. *Comme on le voit, la statistique de mortalité du corps des officiers de la marine naviguant, se rapproche assez de la statistique d'un véritable hôpital.*

Par la même manière de procéder, nous trouvons une moyenne annuelle de 107/9 démissions sur 865/9, c'est-à-

---

que source, et, n'ayant pu en trouver, parcourut sept fois, dans son désespoir, l'espace où ce rit s'accomplit aujourd'hui. Ensuite, le pèlerin va se désaltérer à l'eau du puits de *Lam Sama*, eau qui, suivant Burchardt, provenant d'une source vive, aurait jailli dans ce lieu même, d'après la tradition musulmane, au moment où la belle Agar, abandonnée par Abraham et persécutée par la jalousie légitime de Sara, allait mourir de soif avec son fils Ismaël. Cette eau passe pour purifier le corps et l'âme; elle guérit toute espèce de maux et elle assure la béatitude céleste dans une autre vie.

Mais, à la Mecque, rien ne se donne pour rien, et le puits de *Lam Sama* produit de beaux revenus à la carte des serviteurs préposés à la distribution de son eau, par droit de naissance et comme descendants du prophète.

Dans le voisinage de la Kaâba et sans sortir de la mosquée, le pèlerin fait sa dévotion au tombeau d'Ismaël; à l'empreinte laissée dans la pierre par le pied d'Abraham (*Mokam-Sidi-Ibrahim*), pendant qu'il construisait la Maison de Dieu (*Beit-Allah*), à la place nommée *El Medjen*, où le patriarche préparait avec son fils le mortier devant servir à l'édification de la sainte Kaâba; à sa gouttière et à l'escalier de la Beit-Allah, à la chaire de Mahomet (*Messibar*), à la bibliothèque (*Chesana*), etc. Le huitième jour du mois de *Dhori Chidji*, aussitôt après la prière du matin, tous les fidèles, sous la conduite de l'imann, quittent la ville (les caravanes la quittent le septième au soir et ne voyagent que la nuit) et se rendent à la vallée de Mina, où ils ramassent sept petites pierres qu'ils devront jeter le lendemain autour d'eux en mémoire d'Abraham qui, traversant ces lieux pour aller immoler son fils, repoussa le démon à coups de pierres au moment où ce tentateur cherchait à lui inspirer la désobéissance aux ordres du Seigneur.

Cette plaine de *Küna*, qui s'étend aux pieds du mont Arafat, est caillouteuse et dépourvue de toute végétation; aujourd'hui, c'est presque une cité qui renferme des bazars, des cafés, des bouges de toute espèce; on rencontre là des derviches, des jongleurs, des psylles, des charmeurs de serpents, des

dire de 12,4 démissions sur 100. De même nous avons 5 mises en disponibilité sur 100, et 8,6 retraites pour 100 en moyenne annuelle.

De la comparaison de tous ces chiffres (pour ne s'en tenir qu'à elle seule), *il résulte que la profession de médecin de la marine naviguant offre autant de chances de décès que de retraite, si l'on ne se hâte de démissionner à temps.* Des recherches nombreuses m'ont fait reconnaître que les démissions ont lieu surtout avant l'âge de trente ans. En effet, à partir de cet âge les habitudes prises et par-dessus tout le désir de ne point abandonner des droits à la retraite, en grande partie acquis, font que l'on reste dans le corps; mais comme les retraites n'ont lieu qu'après quarante ans, on arrive à cette conclusion que les décès portent principalement sur les médecins de trente à quarante-cinq ans.

Nous avons vu que pendant une période de neuf années, il est entré 265 médecins dans le corps des officiers de santé de la marine; or, ces 265 médecins ont remplacé un chiffre à peu près égal de médecins sortis que l'on répartit ainsi : 74 décès, 107 démissions, 78 retraites (nous ne tiendrons pas compte si l'on veut des mises en disponibilité), et en rapportant ces chiffres au nombre 100, nous obtenons 27,6 décès pour 100; 40,3 démissions pour 100; 29 retraites pour 100. Si donc nous supposons ce mouvement de va-et-vient stationnaire, nous pouvons en conclure que sur 100 médecins de la marine naviguant, 29 arrivent à leur retraite, 27,3 décéderont, et 40,3 ne trouvant pas les avantages de la carrière suffisamment compensateurs démissionneront dès qu'ils le pourront.

Voilà, monsieur, les résultats que j'ai voulu placer sous vos yeux, et si je donne aux chiffres un langage qu'ils ne doivent point avoir, je vous prierai de vouloir bien le rectifier.

Recevez, etc.

UN MÉDECIN DE LA MARINE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

PHYLLOXERA. — M. *Dumas* communique à l'Académie des dessins adressés par M. *Max. Cornu*, qui a entrepris un nouveau voyage dans le midi de la France, pour étudier les transformations du Phylloxera, au moment où il se réveille de son engourdissement hivernal. M. Dumas considère comme indispensable de faire connaître dès aujourd'hui aux viticulteurs que l'auteur insiste sur ce point, que c'est à cette époque de l'année qu'on pourrait sans doute attaquer l'insecte avec quelque chance de succès. (Renvoi à la commission du Phylloxera.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse une nouvelle Note relative aux substances qui peuvent remplacer le *crown-glass* dans la construction des objectifs de microscope. (Renvoi au concours du prix Trémont.)

INJECTIONS VEINEUSES DE CHLORAL. — M. *Oré* adresse, pour le concours des prix de physiologie expérimentale, un mémoire intitulé : « Des injections intra-veineuses de chloral. Recherches expérimentales sur leur mode d'action, dans le tétanos produit par la strychnine et dans le tétanos traumatique. » (Renvoi à la commission.)

— M. *Larrey* appelle l'attention de l'Académie sur une traduction que vient de publier M. *F. Gross*, du TRAITÉ D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE de Rindfleisch.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le rapport de M. le docteur *Marbotin* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Dotezac* sur le service des eaux minérales de Cambo (Basses-Pyrénées) pendant l'année 1872. (*Même commission.*) — *c.* Le rapport de M. le docteur *Logerais* sur le service médical des eaux minérales de Pougues pendant l'année 1872. (*Même commission.*) — *d.* Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de la Haute-Savoie et de la Mayenne. (*Commission de vaccine.*) — *e.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de la Sarthe et de Seine-et-Marne. (*Commission des épidémies.*)

MM. *Benion* et *Burdel* adressent à l'Académie une lettre de candidature au titre de membre correspondant national.

M. le docteur *Phaon* adresse à l'Académie, pour le prix Godard de 1874, un ouvrage intitulé : RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE.

L'Académie reçoit : *a.* Deux notes tardives pour le prix d'Ourches. — *b.* M. *Donders* remercie l'Académie de sa nomination de membre correspondant étranger. — *c.* M. le docteur *Le Gris* adresse à l'Académie une lettre relative au transvasement des bouteilles d'eaux minérales. — *d.* M. le docteur *Joulin* fait part à l'Académie du résultat des inoculations qu'il a faites avec du cow-pox qui lui avait adressé M. le docteur *Gautier* (de Bazouges-la-Pérouse).

M. *Depaul* dépose sur le bureau une brochure de M. *Paul Labarthe* sur le chancre simple chez l'homme et chez la femme.

M. *Béhier* offre en hommage : 1° Les leçons cliniques de M. *Gallard* sur les maladies des femmes. — 2° Une brochure de M. le docteur *Bottentuit* sur le traitement des diarrhées chroniques par les eaux de Plombières. — 3° Une brochure et deux articles des ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE sur l'unité de la phthisie, par M. le docteur *Grancher*.

M. *Ricord* offre à l'Académie un ouvrage de M. *Tiry* (de Bruxelles) sur la rétention d'urine et la ponction vésicale.

M. *Boudet* dépose sur le bureau une note de M. *Chautard* (de Nancy) sur les applications diverses de l'analyse spectrale de la chlorophylle.

M. *Desportes* présente, au nom de M. *J. Benoît*, un livre sur les purgatifs et le sulfovinate de soude.

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de l'auteur, M *Ch. Brigham* (de Boston), un ouvrage anglais intitulé : DIABETES MELLITUS.

danseuses ou almées de bas étage, quoique sur un sol sacré; tout se meut, s'agite, tout crie, se lamente et s'amuse, la montagne semble une fourmilière humaine.

C'est dans ce tumulte que se passent le jour et la nuit du 8; dès l'aube du 9 de houl hadj, le canon de la garnison turque annonce le commencement de la fête du *Baïram*; chaque pèlerin se dirige alors, après la prière, vers le mont *A'rafat*, situé à 12 milles de la Mecque. Cette masse granitique, qui n'a pas plus de 250 pieds de haut, se nomme aussi *Djebel er Rhamé* ou mont de la Miséricorde, parce que Dieu y est apparu au prophète.

Dr A. BUEZ,

Médecin sanitaire et vice consul de France à Djeddah (Arabie).

(*La suite à un prochain numéro.*)

CERCLE MÉDICAL. — Nous avons omis de dire que la lettre qui convie les confrères de Paris à fonder un cercle médical, et à laquelle nous donnons notre plus vive adhésion, est signée de MM. Trélat, professseur à la Faculté de médecine, 33, rue Jacob. — Charcot, professeur à la Faculté de médecine, 6, avenue du Coq. — Lorain, professeur à la Faculté de médecine, 11, rue de l'Odéon. — Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 7, rue Scribe. — Parrot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, 5, rue de Savoie. — Duplay, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, 56, rue de La Bruyère. — Brouardel, médecin des hôpitaux, 6, rue Bonaparte. — Tillot, ancien interne des hôpitaux, 42, rue Fontaine-Saint-Georges. — Liouville, chef de clinique de la Faculté, 9, rue Mazarine. — Malassez, ancien interne des hôpitaux, 18, rue des Écoles. — Joffroy, ancien interne des hôpitaux, 1, place Jussieu. — Longuet, interne à l'Hôtel-Dieu.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'espace nous manque pour rendre compte aujourd'hui de la séance publique qui a eu lieu dimanche dernier.

Oxalate de fer. — Après le dépouillement de la correspondance et les présentations, M. Gubler revient sur quelques observations qu'il avait faites il y a longtemps, au mois de novembre dernier, à propos d'un rapport de M. Eugène Caventou sur l'emploi de l'oxalate de protoxyde de fer en médecine. Il résulte de ses nouvelles expériences que ce sel n'a pas, sur l'estomac, les propriétés irritantes qu'il lui avait d'abord attribuées.

Comme le vote sur les conclusions du rapport avait été ajourné, une petite discussion s'engage entre MM. Boudet, Chauffard, Gubler et Caventou, pour savoir si l'on doit oui ou non voter sur ces conclusions. L'Académie décide qu'en somme ce nouveau médicament n'a rien de particulier au point de vue thérapeutique; qu'il n'est pas meilleur que les autres préparations ferrugineuses et qu'il n'y a pas lieu de lui accorder une mention spéciale.

Dégénérescence palustre. — M. Édouard Burdel (de Vierzon) lit quelques passages d'un travail sur cette question. *La cachexie palustre produit quelquefois chez l'enfant une dégénérescence profonde, presqu'égale au crétinisme.* Et c'est dans l'influence extérieure que le crétinisme en général trouve la condition de son développement, et cela aussi bien pour le crétin des vallées que pour le *dégénéré palustre*. C'est dans le sol que réside la cause primordiale de cette dégradation de l'homme, et comme conséquence c'est dans le sol qu'il faut placer le remède propre à la faire disparaître.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Piorry* continue l'histoire de sa nomenclature, parlant un peu de tout : de ses travaux, des difficultés qu'il a eu à surmonter, des flots d'amertume dont on l'a abreuvé et même de septicémie.

L'agent septique, le septis, comme il l'appelle, peut-il devenir un principe purulent? Peut-il déterminer les mêmes accidents qu'une autre cause infectieuse? Comment se transmet-il? Comment agit-il? Telles sont à peu près, en cherchant bien, les questions que M. Piorry se propose d'examiner.

Nous n'essayerons pas de reproduire ce discours entrecoupé de termes techniques, d'explications sur la formation des mots et de sorties contre les nomenclatures actuelles. Nous renvoyons au Bulletin de l'Académie ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à ces curiosités étymologiques.

Après avoir parlé de l'origine des mots *septis* et *septicémie*, M. Piorry se demande si ce septis ne peut pas compliquer d'autres états morbides. Il conclut pour l'affirmative; ainsi, dans certains cas de simple plaie, pourquoi se déclare-t-il tout à coup une inflammation qui, partant de la plaie, s'étend de proche en proche et produit un érysipèle? Parce que, sans qu'on sache pourquoi ni comment, le septis, la septicité est intervenue. De même que dans les phlébites utérines, les péritonites puerpérales où ces affections ont une gravité toute particulière, c'est encore l'influence septique qui agit.[1]

Ce qu'il dit pour le septis liquide est vrai aussi pour le septis gazeux : l'air infecte peut être aussi dangereux que l'injection d'un liquide chargé de principes putrides. C'est ce qui explique la gravité de la variole, du choléra, de la peste, etc. La cause principale de cet empoisonnement de l'air, c'est l'encombrement, les mauvaises conditions hygiéniques.

Quant aux faits de MM. Davaine, Bouley et Velpeau, M. Piorry les tient pour vrais, et la rapidité avec laquelle se développent les accidents le porte à croire que l'agent toxique dans ce cas est bien un véritable ferment.

Rapports. — M. *Davaine* donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Onimus relativement à la septicémie.

M. Onimus concluait de ses expériences que le virus de l'infection putride n'est pas un ferment organisé de la famille des vibrioniens, mais une substance albuminoïde, et qu'au point de vue de l'influence toxique ces organismes inférieurs n'avaient aucune action. Ils sont le résultat et non la cause des altérations putrides.

M. Davaine, après avoir rappelé rapidement l'histoire des vibrions et de leur développement, conclut que la différence des résultats obtenus par M. Onimus s'explique parfaitement par la différence des espèces ou le degré de développement de ces organismes. Ces espèces, sont innombrables, et plus on examine avec un fort grossissement, plus on en découvre.

Quant à l'opinion de M. Onimus, que les vibrions sont des substances albuminoïdes, M. Davaine la rejette pour lui, ce sont des êtres animés et non une substance organique.

A la suite de quelques observations de MM. Chauffard et Bouillaud, M. *Pasteur* prend la parole.

Il partage entièrement l'opinion de M. Davaine. M. Onimus a examiné des vibrions dans des conditions complétement différentes; de là la divergence des résultats.

M. Pasteur parle ensuite des recherches qu'il poursuit depuis deux ans sur les conditions d'altérabilité de la bière. Il a trouvé le moyen de prévenir cette altération par un procédé tout particulier qu'il fera connaître plus tard.

Il annonce en outre à l'Académie une prochaine communication de M. Chauveau sur cette question si intéressante des ferments et de la putréfaction.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CHASSAIGNAC.

DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

M. *Perrin*. Jusqu'en 1860, la méthode de Daviel, comme méthode générale, était universellement adoptée. Ainsi qu'on le sait, cette méthode a pour objet une grande incision de la cornée, dont la base est centrale, très-rapprochée du méridien de la cornée. A cette époque, qui marque le début de la période révolutionnaire, Waldeau (Schuft) s'engagea dans une voie tout opposée en appliquant aux cataractes séniles le procédé à petite incision périphérique, avec ou sans iridectomie, pratiqué à l'aide du couteau lancéolaire, et conseillé, peu de temps auparavant, par de Graefe pour les cataractes mixtes à noyau petit, enveloppé de couches corticales épaisses et molles. Le couteau lancéolaire ancien mesurait à sa base 7 millimètres. Il fallait donc faire passer à travers une ouverture bien inférieure à 7 millimètres un corps dur, résistant, mesurant souvent 6, 7, 8 et même 10 millimètres. C'était renouveler le projet de Palucci qui, à la fin du siècle dernier, conseillait d'extraire la cataracte par morceaux à travers une ouverture de 2 millimètres.

Pour atteindre son but, Waldeau eut recours à d'énormes curettes qui portent son nom. Mais de sérieux accidents, attribués à juste titre à l'emploi d'instruments volumineux, avaient promptement fait abandonner ce mode d'extraction, lorsque la même idée fut reprise par Critchett, qui, en améliorant l'appareil instrumental, lui gagna de nouveau la faveur du monde médical. Les modifications de Critchett portèrent d'une part sur la forme des couteaux lancéolaires, qui devinrent moins longs et plus larges à la base, de façon à obtenir une incision un peu plus étendue, et d'autre part sur la forme des curettes à traction, qu'il fit faire beaucoup moins volumineuses et disposées en coin à leur extrémité, de façon à être engagées plus facilement entre la membrane hyaloïde et le cristallin. Cette curette fut encore réduite dans son volume par Bowman.

Grâce à ces perfectionnements, et plus encore à la faveur de l'habileté bien connue de Critchett et de Bowman, l'extraction linéaire produisit entre leurs mains des résultats supérieurs à la méthode de Daviel. Cela ne suffit pas pour la généraliser. La plupart des opérateurs reconnurent qu'il était souvent nécessaire d'agrandir avec des ciseaux l'incision obtenue avec le couteau lancéolaire, que l'opération était toujours laborieuse, qu'elle réclamait fréquemment plusieurs introductions de la curette, que les cataractes un peu volumineuses se fragmentaient ou se luxaient parfois sous l'effort de l'instrument, que le plus souvent les couches corticales étaient abandonnées dans le sac capsulaire, etc. On reconnut, en un mot, de nouveau,

que tout procédé qui, en raison de l'étroitesse de l'incision, nécessite l'emploi d'instruments d'avulsion, est défectueux. Il peut donner d'excellents résultats entre des mains exceptionnellement habiles et exercées, mais il ne saurait être d'une application générale. L'avantage spécial attribué au procédé de Critchett était de donner une plaie moins étendue que l'extraction ordinaire, de produire une coaptation plus facile des lèvres de la plaie, d'échapper au prolapsus de l'iris, à la suppuration du lambeau et à l'ophthalmite, de nécessiter un traitement consécutif moins long, moins assujettissant. Mais il occasionne une plus grande quantité d'iritis primitives ou tardives, d'irido-cyclites, et d'une façon plus générale de cataractes secondaires.

Sur 118 malades opérés de la sorte, de Graefe eut 11 insuccès et 28 à 30 succès qui exigèrent des opérations consécutives à la suite desquelles 12 fois la vision ne devint pas suffisante; ce qui représente 20 pour 100 d'insuccès. M. Perrin a pratiqué six fois l'opération de Critchett; les résultats obtenus ont été moins favorables que ceux que lui avait donnés la méthode de Daviel, et dont il sera bientôt question.

Les résultats des ophthalmologistes anglais, exposés en 1866 au congrès de Heidelberg, eurent pour effet d'attirer plus que jamais l'attention sur les procédés d'extraction. Peu de temps après, de Graefe fit connaître sa nouvelle méthode, qu'il désigna sous le nom d'*extraction linéaire modifiée*. Cette méthode eut un tel retentissement et conserve encore une telle notoriété, qu'il importe de nous y arrêter. On peut la considérer dans ses traits principaux comme le contrepied de la méthode de Daviel. Dans celle-ci la porte de sortie de la cataracte est centrale, l'incision dessine un lambeau à travers la cornée; dans l'autre, la porte de sortie est périphérique et l'incision, qui se rapproche de la forme linéaire, passe par le limbe scléral.

La première préoccupation de de Graefe fut de substituer à l'incision à lambeau une incision inscrite autant que possible dans le plan d'un grand cercle, de façon à avoir une ouverture de sortie *maxima* avec une incision *minima*, et une coaptation plus facile, plus exacte, des lèvres de la plaie. Sur ce point, dont personne ne contestera l'importance, le but de l'opérateur fut atteint d'une façon suffisamment rigoureuse pour la pratique; l'incision de de Graefe passait par le limbe scléral et aboutissait à peu près (car l'auteur n'a jamais été bien explicite à cet égard) aux limites mêmes de la cornée; elle se rapprochait suffisamment du plan d'un grand cercle pour que le lambeau fût réduit à de très-petites dimensions.

La seconde préoccupation de de Graefe fut de substituer, comme Jacobson, une incision scléroticale à l'incision cornéenne de Daviel, dans le but d'avoir une plaie plus apte à se réunir immédiatement, moins exposée aux rapides proliférations, etc. Et il attache une telle importance à cette innovation que, dans sa réponse à Steffan, il attribue à une incision passant par la cornée, contrairement à la règle qu'il pose, la plupart des insuccès obtenus par son procédé (*Annales d'oculistique*, 1867). Jusqu'à preuve du contraire, M. Perrin est disposé à croire et à soutenir que les plaies de la cornée guérissent plus vite et mieux que les plaies de la sclérotique et exposent à moins d'accidents. Il ne sera contesté par personne que l'incision par la sclérotique, en raison de la vascularité plus grande de la conjonctive à ce niveau, de la proximité du canal de Schlemm, donne beaucoup de sang; que ce sang, qui baigne les lèvres de la plaie, n'attend qu'une occasion (écartement de ces lèvres, petite perte de corps vitré) pour pénétrer par aspiration dans la chambre antérieure et gêner le manuel opératoire.

Pour obtenir une incision linéaire limitée au limbe scléral, de Graefe fut conduit à substituer une incision périphérique à l'incision centrale, à transporter la porte de sortie de la cataracte loin de l'axe de la cornée. En effet, la base du lambeau de Daviel est située à 1 millimètre au-dessus du méridien horizontal de la cornée, tandis que l'incision de de Graefe s'en éloigne de 3 millimètres 1/2, en supposant à la cornée un diamètre de 10 millimètres. Les incisions périphériques doivent-elles être préférées aux incisions centrales? M. Perrin n'hésite pas à déclarer que non. Elles ont pour conséquence de transformer une opération dans laquelle la cataracte tend à s'engager spontanément par l'action de la pression intra-oculaire, en une autre dans laquelle la lentille, laissée en équilibre, ne peut sortir qu'à l'aide de tractions, de manœuvres, de pressions destinées à provoquer un déplacement latéral, en quelque sorte contre nature. En effet, le cristallin, dont l'axe principal se confond à peu près avec l'axe de la cornée, est soumis dans tous les sens à la pression intra-oculaire. Comme les effets de cette pression sont en raison directe de l'étendue des surfaces qui la supportent, il est clair que les conditions d'équilibre de la lentille sont réglées par les pressions exercées sur chacune de ses faces. La pression exercée sur la face postérieure du cristallin tend à le déplacer directement d'arrière en avant, à l'appliquer contre une partie de la face interne de la cornée égale à ses dimensions propres. C'est la résistance de cette dernière, l'humeur aqueuse étant écoulée, qui assure l'équilibre de la lentille, et de même ce sont les défauts de résistance de cette membrane qui doivent entraîner le déplacement spontané. Plus la brèche se rapproche de l'axe de la cornée, plus la résistance est amoindrie, et par conséquent plus le déplacement du cristallin est assuré. Ce déplacement s'opérera par un mouvement de rotation sur l'un des axes, dont la direction est déterminée par la situation même de la brèche. Et par opposition, plus cette dernière se rapproche du bord de la cornée, moins les effets seront simples et sensibles. Au delà de cette limite, et dans le plan de l'équateur de la lentille, ils doivent être relativement nuls.

C'est à ce titre que l'incision de de Graefe doit laisser à peu près intactes les conditions d'équilibre de la cataracte, puisque les plus gros noyaux mesurent rarement 8 millimètres et atteignent rarement, par conséquent, le niveau de la base du lambeau, situé, ainsi que nous le savons, à 3 millimètres 1/2 de l'axe de la cornée.

Théoriquement, le procédé de de Graefe doit être un procédé laborieux, difficile, périlleux, en raison de la route irrationnelle que doit suivre la cataracte; celle-ci restant à peu près en équilibre et n'étant mise en mouvement que par des pressions ou des tractions, doit fréquemment abandonner dans le sac capsulaire ses parties les moins consistantes. Aussi de Graefe invente-t-il tout un arsenal de curettes et de crochets pour vaincre la résistance de la lentille qui ne veut pas sortir. Sans doute on parvient à triompher de ces difficultés avec de l'habileté personnelle, et surtout après un grand nombre d'opérations; on finit par obtenir de très-bons résultats. N'est-ce pas là l'enseignement qui ressort des différentes statistiques de l'auteur du procédé linéaire modifié? La première, dont il est fait mention dans son premier mémoire, donne 11 pour 100 d'insuccès, et la dernière 2,5 pour 100 seulement, sans qu'il soit intervenu des perfectionnements qualifiés dans le manuel opératoire, mais après un chiffre de plusieurs milliers d'opérations.

Si l'incision de de Graefe est aussi mal placée que possible pour la sortie spontanée de la cataracte, elle expose fatalement à la procidence du corps vitré. En effet, la brèche correspond précisément à la zonule de Zinn, dont le peu de consistance, l'iris étant excisé, ne saurait résister aux effets de la pression intra-oculaire. Sur ce point encore, l'incision de de Graefe doit théoriquement aboutir fréquemment à une rupture de l'hyaloïde. C'est bien ce qui est arrivé entre les mains des opérateurs les plus habiles. Primitivement, de Graefe l'évaluait à 1/8 des cas, Artl à 1/7, Knapp à 1/4, etc.

Depuis lors il y a eu progrès, parce qu'on finit toujours par triompher ou par éluder le péril; ce que M. Perrin veut montrer en rappelant cette énorme proportion d'accidents, c'est que le péril existe en pratique comme en théorie. Une méthode qui, sans supériorité bien démontrée, nécessite un tel appren-

tissage, n'est pas viable; aussi ne tarda-t-elle pas à être abandonnée. Knapp et peut-être Swellen lui sont restés fidèles. M. Perrin ne fait accusation qu'à la seule innovation de de Graefe importante à ses yeux, à savoir : la substitution de l'incision scléroticale à l'incision cornéenne, de l'incision périphérique à l'incision centrale. On est revenu à cette dernière de façons différentes et, ce que M. Perrin ne peut admettre, on a continué à attribuer au procédé de de Graefe des modifications qui en sont la négation.

En voici la preuve.

Arlt adopte le procédé de de Graefe, mais il conseille de faire l'incision de façon que le sommet du petit lambeau concorde avec celui de la cornée.

Critchett fait la ponction et la contre-ponction comme de Graefe, puis il tourne le couteau directement en avant, de façon que la plaie soit tout à fait cornéenne, contrairement au précepte fondamental du professeur de Berlin.

En Italie, Secondi se montre favorable au procédé de de Graefe, mais il recommande de faire passer l'incision aux limites de la cornée, c'est-à-dire de la rendre moins périphérique.

En France, deux élèves de de Graefe s'écartent assez des préceptes du maître pour qualifier de procédé nouveau leur manière de faire. L'un adopte un lambeau cornéen dont la base est placée à 2 millimètres, au-dessous du sommet de la cornée et dont le sommet correspond à la limite de cette dernière. L'auteur substitue à l'incision scléroticale de de Graefe une section cornéenne, à très-petite courbure, passant à 2 millimètres au-dessus du bord inférieur de la cornée. Il supprime aussi l'iridectomie.

Le même plan opératoire a été décrit par M. Notta; seulement il choisit le segment supérieur de la cornée et pratique la ponction et la contre-ponction à la circonférence de la cornée, suivant une ligne située à 2 ou 3 millimètres du méridien horizontal de cette membrane, ce qui ne peut donner au maximum qu'une ouverture de 8 millimètres, insuffisante pour l'expulsion spontanée des cataractes à gros noyau.

M. Warlomont (*Dict. encycl.*, art. *Cataracte*) avait déjà proposé la même chose, en prenant le soin toutefois de pratiquer la ponction et la contre-ponction dans la portion scléroticale, à 1 millimètre 1/2 de la cornée, de façon à obtenir une ouverture plus grande.

Tout récemment M. Lebrun, de l'institut ophthalmologique du Brabant, a recommandé un procédé d'extraction qu'il appelle l'*extraction à petit lambeau médian*, et qui consiste à tailler un lambeau dont la base, intéressant toute la largeur de la cornée, est située à 1 ou 2 millimètres au-dessous du méridien horizontal, et dont le sommet correspond à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de cette membrane, c'est-à-dire à 3 millimètres environ au-dessous de la tangente passant par le bord cornéen supérieur. Les résultats obtenus par l'auteur, par MM. Warlomont et Critchett paraissent très-satisfaisants.

En ajoutant à l'énumération qui précède le procédé à lambeau cornéen de Taylor, de Volf d'Aberdeen, qui appuie sa manière de faire sur une proportion de 94 pour 100 de succès, on est loin d'avoir épuisé la série des modifications proposées ou appliquées dans ces derniers temps aux procédés d'extraction.

A la grande incision cornéenne de Daviel on a voulu substituer des incisions relativement petites, périphériques et enfin scléroticales. De ces tentatives sont nées, comme cela devait être, de nombreux procédés dont le caractère général est de revenir à la kératotomie et à l'incision centrale, c'est-à-dire d'abandonner la voie nouvelle ouverte par de Graefe pour perfectionner l'œuvre de Daviel. M. Perrin n'oublie pas cependant que c'est à la puissante impulsion de de Graefe et à la réhabilitation du couteau lancéolaire, dont il a vulgarisé et généralisé l'emploi, que nous sommes redevables de la plupart des perfectionnements dont nous apprécions en ce moment la valeur.

M. Perrin pense avoir montré que les incisions exiguës, de même que les incisions périphériques, sont toutes irrationnelles, et plus dangereuses que les incisions plus grandes et plus centrales à petit lambeau. Nous voilà revenu au précepte que Wenzel formulait ainsi en 1786 : «Les dangers de l'opération dépendent beaucoup plus d'une ouverture trop petite que d'une ouverture trop grande.» Si nous sommes dans le vrai, en faisant abstraction des méthodes spéciales de Jacobson, de Sperino, de Pagenstecher, qui ont pour but l'extraction de la cataracte avec sa capsule, la question se pose en ces termes : Vaut-il mieux revenir purement et simplement à la kératotomie de Daviel ou adopter l'une des modifications qui, sous des noms bien différents, lui ont été apportées?

Pour apprécier la valeur clinique d'un procédé d'extraction, deux voies sont en présence : ou en discuter les principes, ou en supputer les résultats. Ce dernier mode est sans contredit le plus vrai, mais il est singulièrement embarrassant; chacun vante son procédé et l'appuie d'une superbe statistique. M. Perrin croit, avec Hasner, que ce ne sont pas les succès proclamés qui prouvent l'excellence d'une méthode, mais les principes sur lesquels la méthode est fondée. Cependant il serait difficile au plus sceptique de ne pas accepter comme démontré que la proportion de succès par la kératotomie à grand lambeau de Daviel est inférieure à celle des procédés nouveaux; la différence est d'environ 10 pour 100. Mais quel est parmi ces procédés nouveaux celui auquel il faut donner la préférence? Celui qui réalise le mieux les deux conditions fondamentales suivantes : 1° avoir une porte suffisamment grande pour la sortie de la cataracte et le mieux placée pour faciliter sa sortie spontanée; 2° l'incision qui expose le moins aux accidents.

Plus la base de l'incision se rapproche du méridien de la cornée, plus elle est étendue et bien placée; moins son sommet s'écarte de sa base, moins le lambeau est grand et la blessure dangereuse. A ce titre, l'incision type est celle de Kuchler, qui passe par le méridien de la cornée. Toutefois, il importe que la cicatrice cornéenne consécutive soit en dehors du champ pupillaire; il importe aussi que l'incision ne se rapproche pas trop de la petite circonférence de l'iris, pour éviter les enclavements et les synéchies antérieures. M. Perrin a adopté depuis quelques années la méthode suivante. La ponction et la contre-ponction sont faites aux limites de la cornée, suivant une ligne passant à 2 millimètres au-dessus du méridien horizontal. A ce niveau la base de l'incision mesure 9 millimètres. Si M. Perrin peut prévoir que le noyau est très-volumineux, il recule de 1 millimètre la ponction et la contre-ponction dans le bord scléral, de façon à avoir une ouverture de 11 millimètres (la cornée est supposée type, avec un diamètre de 10 millimètres). L'incision est ensuite conduite de bas en haut, de façon à aboutir à 1 ou 2 millimètres au-dessous du limbe supérieur de la cornée. M. Perrin fait l'iridectomie comme dans le procédé de de Graefe; on obtient ainsi une sortie facile de la cataracte, sans pression ni manœuvres, sauf l'entrebâillement de la lèvre supérieure de la plaie avec le dos d'une curette.

Sur 66 kératotomies supérieures à grand lambeau, M. Perrin a obtenu : 57 succès immédiats (soit 85 pour 100 de succès); 6 insuccès absolus; 3 insuccès relatifs.

83 kératotomies à petit lambeau ont donné à M. Perrin : 72 succès immédiats (soit 87 pour 100 de succès); 11 insuccès.

M. Perrin a rangé dans la catégorie des succès tous les opérés qui pouvaient écrire et lire couramment les caractères d'un journal.

Pour la kératotomie à grand lambeau, les 3 insuccès sont : 1 cas d'issue brusque d'une grande quantité d'humeur vitrée et une panophthalmie consécutive; 1 cas d'iritis suivie d'occlusion de la pupille et d'opacité de la cornée; enfin 1 cas de large enclavement de l'iris; la malade, âgée de soixante-quinze ans, refusa une opération nouvelle.

Quant à la kératotomie à petit lambeau, 3 insuccès, remontant à l'époque où M. Perrin pratiquait encore l'incision de de Graefe : issue d'humeur vitrée, pénétration de sang dans la

chambre antérieure, manœuvres pour l'extraction, iritis, opacification de la cornée. Les 8 autres insuccès se répartissent ainsi : iritis et kératite purulente, 2 ; décollement de la rétine, 2; iritis plastique, 2; iritis sénile, 1 ; atrophie papillaire, 1. M. Perrin conserve l'excision de l'iris, pour pratiquer la large discision de la capsule avec la griffe capsulaire, pour éviter les enclavements et les synéchies antérieures; du reste, cette excision de l'iris lui paraît inoffensive.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

LIOMYOME DE L'UTÉRUS, CALCIFIÉ, D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE : A. HÉNOCQUE. — ACTION DE L'HYDROGÈNE ARSÉNIÉ SUR LE SANG : RABUTEAU. — INFLUENCE DES BACTÉRIES ET DES LIQUIDES PUTRIDES INJECTÉS DANS LE SANG SUR LA GANGRÈNE SOUS-CUTANÉE : CHAUVEAU.

M. *Hénocque* présente une tumeur osseuse de l'utérus, qui lui a été remise par M. le docteur Amussat. Cette tumeur, qui offre un aspect osseux, a été trouvée par Amussat, en 1829, dans les parois d'un utérus. Elle présente le volume et rappelle l'aspect d'un hémisphère cérébral. Elle semble osseuse par sa consistance. Elle mesure dans sa grande circonférence 40 centimètres, et 20 centimètres dans sa petite circonférence. Elle pèse actuellement 770 grammes. Un premier examen chimique a démontré qu'elle était formée de phosphate de chaux et de gélatine. M. Hénocque l'a étudiée au point de vue histologique, et en traitant des portions de la tumeur par l'acide chlorhydrique ou par l'acide azotique, il a obtenu une substance dépourvue de sels calcaires, de consistance fibreuse, élastique, et dans laquelle l'examen microscopique a permis de retrouver les caractères d'un liomyome utérin, c'est-à-dire qu'après la décalcification, on retrouve des fibres musculaires lisses. Ces fibres lisses sont granuleuses, les noyaux ont en grande partie disparu et sont remplacés par des granulations graisseuses. En somme, les caractères de forme, d'aspect, de texture, permettent d'établir, quarante-quatre ans après l'autopsie, la nature de la tumeur, qui est un liomyome de l'utérus, ou tumeur à fibres musculaires lisses, désignée pendant longtemps sous le terme de tumeur fibreuse de l'utérus. Il y a dans ce liomyome, calcification interstitielle ou dépôt de carbonate et de phosphate de chaux dans le tissu interstitiel, les fibres musculaires lisses ayant été préalablement atteintes de dégénérescence graisseuse. Cette tumeur est l'exemple de pierre de l'utérus, ou tumeur de consistance osseuse, la plus volumineuse qui ait été signalée, à notre connaissance.

— M. *Rabuteau* communique des faits relatifs à l'action de l'hydrogène arsénié sur le sang et au mécanisme de l'intoxication arsenicale. Ayant fait passer un courant d'hydrogène arsénié dans du sang retiré de l'artère fémorale d'un chien, et examinant au spectroscope ce liquide, il a constaté la réduction de l'hémoglobine; mais cette réduction est moins complète que lorsqu'on fait agir sur le sang le sulfhydrate d'ammoniaque ou l'acide sélénhydrique, l'espace compris entre les deux bandes normales d'absorption de l'hémoglobine oxygénée n'étant pas complétement obscur. En faisant passer un courant d'oxygène dans le sang intoxiqué, ce gaz a peu agi, ce qui prouve que l'oxygénation de l'hémoglobine réduite par l'hydrogène arsénié est difficile.

D'ailleurs l'action prolongée de ce gaz réduit complétement l'hémoglobine. Cette réduction complète est caractérisée par la mise en liberté du fer, et celle-ci est démontrée par la réaction produite au moyen du ferro-cyanure de potassium qui donne la coloration dite bleu Turnbull.

M. Rabuteau a intoxiqué un chien en lui faisant respirer un mélange d'air et d'hydrogène arsénié; l'animal est rapidement cyanosé, les lèvres, la langue, prennent une coloration bleu noir, et la mort survient brusquement, le sang prend l'aspect de l'encre de sépia.

De ces faits, M. Rabuteau conclut que les arsenicaux sont des poisons hématiques globulaires. Le trouble profond de l'hématose explique les altérations de nutrition, notamment la stéatose observée chez les sujets intoxiqués par l'arsenic et qui ne succombent que plusieurs jours après l'empoisonnement; cette destruction des globules par l'arsenic explique l'anémie et la cachexie arsenicales.

— M. *Chauveau* communique le résultat de nombreuses expériences démontrant que les bactéries introduites dans le sang exercent une action manifeste sur le processus gangréneux. Dans l'opération du bistournage pratiquée principalement chez le bélier, on obtient la rupture du cordon spermatique et des vaisseaux qui l'accompagnent et nourrissent le testicule. Cette opération est sans dangers; à la suite de la torsion répétée du cordon, il y a dégénérescence graisseuse du testicule, adhérence du cordon au sac dartoïque; on n'observe pas de fièvre ni de phénomènes inflammatoires ou gangréneux.

Or, si préalablement on injecte dans une veine de l'animal de la sérosité provenant de la matière purulente d'un séton, laquelle est décantée, filtrée et ne renferme plus que des bactéries de l'espèce *thermo* ou *catenata*, c'est-à-dire ponctuées ou en chapelet, et que le jour suivant on pratique le bistournage, on observe dans tous les cas de la gangrène du testicule. Les bactéries ou, pour tout comprendre, les granulations et la sérosité provenant du pus putride du séton, ont traversé le filtre, pénètrent dans le sang, par conséquent jusqu'au cordon qui est le siége d'un traumatisme sous-cutané, et alors la gangrène se produit au niveau du traumatisme, dans le testicule.

Ces faits prouvent que les bactéries et le sérum provenant de la filtration, une fois introduits dans le sang, provoquent la gangrène, c'est-à-dire une putréfaction locale et sous-cutanée dans un traumatisme qui ordinairement est tout à fait dépourvu de cette complication.

L'importance de cette communication au point de vue de la septicémie est trop évidente pour que nous insistions sur le sujet; ces faits peuvent être directement opposés à ceux de M. Onimus, dont quelques uns ont conclu peut-être trop prématurément que les bactéries n'avaient pas d'action septicémique proprement dite. Dans le fond, il n'y a qu'une contradiction apparente; il est prudent de ne déduire des expériences que le fait dégagé de l'interprétation. Or, M. Onimus montre que des bactéries développées au voisinage de liquides putrides et injectées dans le sang ne donnent pas de septicémie mortelle; M. Chauveau prouve que l'injection de sérosité putride filtrée et contenant des bactéries ne produit que des phénomènes peu importants chez un animal sain, mais si on l'opère l'animal pour ainsi dire imprégné de la substance septique, le traumatisme même sous-cutané est suivi de gangrène.

Ce qui domine dans les faits de M. Chauveau, c'est que le sang devenu septique par l'addition d'une très-petite quantité de substance septique provoque la gangrène là où il n'y aurait qu'atrophie graisseuse; en d'autres termes, la septico-hémie expérimentale favorise la gangrène d'un organe ayant subi des lésions sous-cutanées, et, par conséquent, subissant le processus gangréneux à l'abri de l'air et en dehors des actions extérieures.

Dans tous les cas, M. Chauveau ne cherche pas, quant à présent, à préciser la localisation de cette substance septique si active, soit dans le sérum, soit dans les bactéries, soit dans les granulations moléculaires.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de l'ergot de seigle dans l'hémoptysie des phthisiques, par le docteur Anstie.

L'auteur expose, dans cet intéressant article, les résultats des recherches comparatives qu'il a entreprises depuis près de trois ans sur l'action hémostatique de l'ergot de seigle, de

l'acide gallique, de l'acétale de plomb, de la digitale, de la térébenthine et de l'alun, qu'il a tour à tour employés dans le traitement de l'hémoptysie des phthisiques.

Il divise les cas qu'il a eu à traiter en trois catégories :

A. La première comprend les malades qui n'offrent presque pas de signes physiques de phthisie.

B. Dans le second groupe, il range les hémoptysies qui se montrent chez les individus nerveux, irritables, atteints d'induration pulmonaire avec éréthisme vasculaire, mais sans ramollissement du poumon.

C. Le dernier groupe est réservé aux hémoptysies abondantes qui succèdent au ramollissement des tubercules et résultent probablement de la rupture des gros vaisseaux.

A. Dans le premier cas, il s'agissait d'individus d'une bonne santé habituelle, de tempérament nerveux, dont le teint était un peu coloré et la circulation active, appartenant en général aux classes riches de la société. Nous rapportons ici quelques-uns des exemples cités par le docteur Anstie, qui témoignent de l'efficacité de l'ergot de seigle dans le traitement de l'hémoptysie.

Obs. I. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, grand, élancé, mince, qui avait travaillé longtemps dans des usines à gaz et présentait des antécédents tuberculeux dans sa famille. La première hémorrhagie eut lieu subitement et fut caractérisée par un sentiment de faiblesse, une sensation de saveur salée dans la bouche, une petite toux sèche bientôt suivie d'une expectoration modérée de sang pur, rutilant (une cuillerée à bouche environ). A l'examen de la poitrine, le docteur Anstie trouva l'expansion vésiculaire normale, l'inspiration un peu saccadée, mais il lui fut impossible de constater le moindre râle. Il prescrivit alors 50 centigrammes d'acide gallique toutes les quatre heures. Après quatre jours de ce traitement, le malade revint à la consultation. L'hémoptysie était moins abondante, mais il continuait cependant à expectorer tous les jours une cuillerée à café de sang. Malgré cet insuccès relatif, l'acide gallique fut continué ; mais quatre jours plus tard le docteur Anstie ayant constaté manifestement son inefficacité, lui substitua l'extrait liquide d'ergot de seigle (40 gouttes toutes les quatre heures). Le traitement fut suspendu au bout d'une semaine, et déjà même, dès la deuxième dose, l'hémorrhagie avait cessé et ne s'était pas reproduite six mois après, quand le docteur Anstie revit la malade.

Obs. II. — Cette observation a trait à une jeune femme qui, après un refroidissement, fut prise d'une douleur sous-sternale avec sensation de brûlure, de toux et de crachement de sang. Elle affirmait n'avoir jamais eu de maladies antérieures. Ses pommettes étaient vivement injectées; son pouls rapide, mais un peu mou. L'ergot fut prescrit aux mêmes doses que dans le cas précédent. Plusieurs semaines après, l'hémoptysie n'avait pas reparu, mais elle se montra de nouveau à la suite d'un violent effort. Le docteur Anstie administre cette fois l'acide gallique à la dose de 30 centigrammes répétés toutes les quatre heures. L'auscultation révéla l'existence d'une induration pulmonaire en voie de ramollissement.

Obs. III. Un garçon de quatorze ans, né de parents phthisiques, grand et svelte, est pris d'hémoptysie, depuis trois jours, à la suite d'une course très-rapide. Pas de signes physiques de tuberculose pulmonaire. Sueurs nocturnes. Amaigrissement depuis quelques mois. L'hémoptysie consiste en quelques stries sanguines mêlées à des crachats spumeux et se renouvelle cinq ou six fois par jour. — Traitement : acide gallique : 25 centigrammes toutes les trois heures. Trois jours plus tard, l'hémorrhagie avait augmenté ; le docteur Anstie eut alors recours à l'extrait liquide de seigle ergoté (30 gouttes toutes les quatre heures). Après quatre jours de ce dernier traitement, l'hémorrhagie avait cessé et ne s'était pas reproduite deux mois plus tard.

Obs. IV. — X..., couturière, dix-neuf ans. Prise d'hémoptysie deux jours auparavant. Constitution faible ; pas de maladies graves antérieures, sauf une fièvre typhoïde l'année précédente. Depuis ce moment, elle avait été toujours souffrante et faible, mais ne toussait pas et n'avait jamais eu d'hémoptysie. Il y a un mois, à la suite d'un refroidissement qui paraît avoir déterminé une bronchite intense, elle cracha le sang pour la première fois (ergot de seigle liquide : quarante gouttes toutes les quatre heures). Pendant cinq mois, plus de toux ni d'hémoptysie. Après cette période, la malade revient auprès du docteur Anstie et est reprise de nouveau d'hémoptysie. Amaigrissement, sueurs nocturnes, anorexie complète. — Traitement : Acétate de plomb (10 centigrammes toutes les quatre heures). Ce premier traitement continué pendant trois semaines produisit une amélioration manifeste dans l'état général, mais fut impuissant à calmer la toux et à suspendre l'hémoptysie. Le docteur Anstie prescrivit alors l'ergot de seigle, et ce médicament produisit des effets aussi remarquables qu'immédiats. Dès les premières doses, l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée.

Obs. V. — Femme mariée, allaitant son deuxième enfant, de constitution délicate. Il y a deux ans, on lui conseilla le mariage pour arrêter les progrès d'une phthisie imminente révélée par une hémoptysie. Depuis cette époque, sa santé s'était maintenue assez bonne jusqu'au moment où elle a commencé à nourrir. Au moment de son entrée à l'hôpital, sueurs profuses, non-seulement pendant la nuit, mais aussi dans la journée. Néanmoins, les signes stéthoscopiques de la tuberculose étaient très-peu accusés et l'on ne pouvait constater encore qu'une expiration prolongée au niveau de la fosse sus-épineuse gauche. — Prescription : ergot de seigle à la dose habituelle. Ce traitement réussit à arrêter presque aussitôt l'hémorrhagie, qui du reste n'avait jamais été bien abondante.

Obs. VI. — Vieille femme de soixante et un ans. Tempérament très-nerveux. Dit n'avoir jamais été malade et attribue son hémoptysie à un effort trop violent. A l'examen du thorax, signes de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire ; pas de fièvre. L'hémorrhagie cède bien vite à l'administration de quelques doses d'acide gallique. Mais la malade fut prise peu de temps après d'une phthisie rapide.

Tel est le résumé, malheureusement trop succinct, des observations rapportées par le docteur Anstie dans la première partie de son travail. Elles nous ont paru assez concluantes pour trouver place ici, et nous espérons qu'un très-prochain article complémentaire de l'auteur nous permettra de revenir sur ce sujet, dont l'importance pratique est déjà rendue indéniable par les faits précédents. (*The Practitioner*, n° LVI. February, 1873, p. 65-71.)

BIBLIOGRAPHIE.

Études générales et pratiques sur la phthisie, par M. Pidoux. In-8° de 582 pages. — Chez Asselin.

Ce n'est pas un traité élémentaire de la phthisie que M. Pidoux offre au public. Il s'en défend lui-même. Le livre est fait pour des médecins déjà familiers avec toutes les difficultés de l'étude clinique de la phthisie. C'est l'exposition des idées de l'auteur sur la maladie et, d'une façon générale, une réfutation de certaines doctrines imposées par l'illustre Laennec et que nous subissons encore aujourd'hui. Pour M. Pidoux, la phthisie n'a pas ce caractère de fatalisme qu'on lui a toujours attribué. Il y a une médecine sociale, une prophylaxie de la phthisie. C'est là l'idée élevée qui inspire ce livre d'un bout à l'autre, et la haute récompense dont il a été honoré témoigne assez du prix attaché aux efforts de l'auteur.

L'ouvrage est divisé en cinq parties :

1° Anatomie pathologique ;

2° Clinique et pathologie générales de la phthisie;

3° Clinique spéciale ;

4° Indications thérapeutiques générales et traitement particulier de la phthisie ;

5° Prophylaxie de la phthisie.

I° *Anatomie pathologique.* — Elle est envisagée au point de vue général et spécial.

Au point de vue général, M. Pidoux étudie le tubercule, en quelque endroit qu'il se rencontre, à titre de produit pathologique. Sous ce rapport, il le rapproche du pus et décrit comme produits pyoïdes la matière caséiforme et le tubercule proprement dit. Pour ce dernier, M. Pidoux reproduit la description de Virchow et considère le tubercule comme un produit analogue par sa structure aux éléments des ganglions lymphatiques et naissant aux dépens du tissu conjonctif. Celui-ci ne serait, d'ailleurs, qu'une dépendance de l'appareil lymphatique.

La matière caséeuse serait une production intermédiaire entre le pus et le tubercule. L'auteur admet qu'elle se forme primitivement dans les vésicules pulmonaires aux dépens de la membrane muqueuse et de l'épithélium des alvéoles ; mais il y voit, contrairement à Virchow, un pro-

duil de la tuberculose aussi incontestable que la granulation elle-même.

Considérant spécialement ces différentes formes de la tuberculose dans le tissu du poumon, M. Pidoux arrive à conclure qu'il existe au point de vue anatomique deux formes de phthisies qui sont, dans l'immense majorité des cas, confondues; qu'il n'y a donc pas lieu à distraire de la phthisie tuberculeuse tout ce qui ne procède pas de l'évolution de la granulation type, pour en faire des pneumonies de nature diverse. Il poursuit l'étude des lésions anatomiques, décrit les diverses cavernes, leur mode de formation, et combat l'opinion de Niemeyer qui fait des infarctus hémoptoïques le point de départ fréquent de la pneumonie caséeuse.

Le chapitre de l'anatomie pathologique de la phthisie comprend encore l'étude des lésions de la phthisie aigüe. Elles se présentent sous deux formes. Dans l'une, les poumons sont granitiques; leur coupe est semée de granulations grises, saillantes, confluentes à tel point que la partie saine du poumon est comme annulée. C'est la granulie d'Empis. Cette forme se traduirait cliniquement par une asphyxie rapide, apyrétique. L'autre forme qui a toutes les allures cliniques d'une pyrexie grave, d'une fièvre typhoïde, se caractérise anatomiquement par une éruption également confluente de granulations; mais celles-ci sont bientôt ramollies, jaunâtres; le tissu pulmonaire environnant est congestionné, enflammé. Le plus souvent la tuberculose est généralisée.

Quelques considérations rapides sur les lésions tuberculeuses que l'on rencontre chez les phthisiques en dehors des poumons, dans le péritoine, l'intestin, la rate, etc., terminent cette première partie.

Nous nous permettrons de signaler une lacune dans l'étude de ces lésions tuberculeuses. Aucune mention n'est faite de la tuberculisation méningée; sa fréquence et sa gravité lui méritaient presque une place à part.

On voit par cet aperçu que M. Pidoux est partisan de l'unité de la phthisie; non pas que toutes les lésions soient identiques et dérivent des modifications d'un même produit univoque à son origine, mais bien en ce que toutes ces lésions sont les manifestations d'une même diathèse.

Sur quelques points de détail, ses conclusions ne sont pas confirmées par les recherches plus récentes de MM. Granger et Thaon. C'est ainsi que ce dernier rejette absolument l'hypothèse des auteurs qui considèrent le tubercule comme étant de nature lymphathique. Cette opinion reposerait sur une erreur de préparation. En outre, la matière caséeuse n'aurait pas pour siége exclusif, pour point d'origine, l'épithélium intra-alvéolaire. Dans les muqueuses à épithélium cylindrique, elle se formerait dans la couche conjonctive sous-muqueuse au-dessus de laquelle on pourrait voir les cellules épithéliales parfaitement intactes. D'un autre côté, la granulation proprement dite pourrait naître ailleurs que dans le tissu conjonctif. On la voit se développer aux dépens de l'épithélium des vaisseaux, dans les cellules plates qui tapissent les gaînes lymphatiques des vaisseaux de la pie-mère; et, dans le poumon, aux dépens de l'épithélium pulmonaire lui-même. Il est vrai que la nouvelle conception du tissu conjonctif donnée par Ranvier rallierait toutes ces opinions, puisque l'épithélium à cellules plates qui en serait l'élément principal se retrouverait dans tous les points où l'on a vu naître la granulation.

Ces différences de siége n'ont donc qu'une importance secondaire. L'unicité de la cause est ici le point capital.

2° *Clinique et pathologie générale.* — Dans cette deuxième partie, M. Pidoux étudie la clinique et la pathologie générales de la phthisie. Ce qui frappe tout d'abord l'observateur, c'est l'universalité, la fréquence de cette maladie. Par cela même elle doit reconnaître un nombre considérable de causes et d'influences propres à la déterminer et ne peut pas être considérée comme liée à une cause unique; autrement dit, comme une maladie spécifique. Est-ce à dire que la phthisie soit, comme on l'a prétendu, l'aboutissant de toutes les déchéances organiques? C'est une erreur, et il est facile de le démontrer. Ne voit-on pas, en effet, la nutrition profondément affaiblie chez certaines chlorotiques, chez des dyspeptiques qui ne deviennent pas tuberculeux? Les femmes atteintes de kystes de l'ovaire atteignent parfois un degré de cachexie véritablement effrayante. Elles ne se tuberculisent pas pour cela. On pourrait multiplier de pareils exemples. La phthisie n'est donc pas le *caput mortuum* de toutes les influences destructives de l'organisme. Pour M. Pidoux, la cause véritable de la phthisie réside dans l'altération profonde de l'appareil fondamental de la nutrition : l'appareil lymphatique. La partie essentielle de cet appareil n'est autre que le tissu conjonctif même, auquel on devrait réserver le nom de tissu lymphatique. C'est là l'organe propre et direct de la nutrition, le point d'origine de tous les tissus nouveaux. Non-seulement le tubercule se localise dans le tissu conjonctif, mais il se forme aux dépens mêmes de ses éléments propres et les remplace par des éléments pyoïdes, atrophiques, mort-nés, détruisant ainsi la trame organique dans laquelle il a pris naissance. De là ce caractère essentiellement destructif du tubercule. Mais ce siége spécial, la forme même de ce processus, ne donnent pas une idée suffisante des conditions dans lesquelles se développe la tuberculose. Il faut y ajouter une cause, un principe d'irritation particulière que l'auteur rapproche de ce qu'Hunter appelait le *stimulus d'imperfection*. Si l'on compare les effets d'une même cause irritante agissant chez deux sujets, l'un sain, l'autre en puissance de diathèse tuberculeuse, on se rendra compte de ce que le célèbre médecin anglais entendait par le *stimulus d'imperfection*.

L'étiologie de la phthisie a une latitude illimitée. La phthisie peut naître d'une diathèse héréditaire; elle peut en être indépendante et les causes peuvent en être rangées sous quatre chefs : hérédité, diathèse, refroidissements, causes étiolantes diverses, isolées ou associées, telles que la misère, l'air confiné, la privation de la lumière. Le mode d'action de ces différentes causes, principalement de l'hérédité et de la diathèse, est étudié avec les développements qu'elles comportent.

Considérée dans sa marche, la phthisie est soumise à des conditions multiples. L'acuité de la phthisie est généralement due à plusieurs causes dont les principales sont : l'absence de toute affection antagoniste, la généralisation des produits tuberculeux. La phthisie galopante, la phthisie rapide, ne sont que des formes lentes vulgaires précipitées. Il n'en est pas de même de ce qu'on appelle la phthisie aiguë. Dans la phthisie galopante, les symptômes inflammatoires, les productions caséeuses, prédominent, ont l'initiative. La phthisie aiguë a une allure pyrétique particulière; elle débute brusquement, sans cause appréciable, sans diathèse; elle est inexorable. Contrairement à la phthisie rapide, elle est primitivement granuleuse et garde ce caractère jusqu'à la fin. Bien qu'elle se complique anatomiquement de bronchite, de points de pneumonie lobulaire, elle offre une prédominance telle de la granulation qu'on en fait une maladie particulière, distincte de la tuberculose, sous le nom de granulie (Empis, Robin). M. Pidoux combat cette distinction, tout en reconnaissant là une forme toute spéciale. La lésion anatomique fondamentale reste identique. Dans la phthisie à forme lente, on trouve en certains points des granulations absolument identiques avec celles qui farcissent le poumon dans la phthisie aiguë. Il n'y a là qu'une forme, qu'une variété; toute distinction fondamentale doit tomber devant la considération d'un produit pathologique commun.

Le chapitre des maladies antagonistes de la phthisie doit être considéré comme entièrement personnel à l'auteur. « C'est moi, dit-il, qui ai introduit dans la phthisiologie cette question, et, je l'espère, ce chapitre désormais inévitable. » Dès 1855, dans les conférences cliniques faites à Lariboisière, l'antagonisme de l'asthme et de la phthisie avait été signalé. Plus tard, la pratique des Eaux-Bonnes permit à M. Pidoux d'étendre cet antagonisme. La lecture du chapitre consacré à cette question nous a frappé par les considérations neuves et

larges qu'il renferme sur les maladies chroniques. Le mode de développement de ces maladies, leur action spéciale sur l'économie, la nature des produits morbides dont elles provoquent l'apparition, fournissent à l'auteur les raisons de l'antagonisme qu'il établit sur des faits nombreux d'observation. De toutes les maladies antagonistes de la phthisie, celle qui, à ce point de vue, se place au premier rang, est l'arthritis; puis viennent l'herpétisme, les névroses, le cancer, la chlorose, la cachexie palustre (Boudin), la cachexie saturnine (Beau), l'alcoolisme, etc. Mais il importe ici de distinguer. Toutes ces maladies, lorsqu'elles possèdent toute leur intensité, quand elles ont pris pleine possession du sujet, peuvent être regardées comme exclusives de la phthisie. Mais plus tard, quand elles se sont plus ou moins éteintes, quand leur individualité est en quelque sorte effacée, elles laissent souvent derrière elles un état d'affaiblissement, de déchéance organique qui préparent au contraire les voies à la phthisie et favorisent son développement.

Les derniers chapitres de la deuxième partie sont consacrés à la question aujourd'hui encore si controversée de l'inoculabilité et de la contagion de la phthisie. Tout en rendant justice aux remarquables expériences de M. Villemin et aux travaux non moins distingués dont elles ont été l'occasion, M. Pidoux conteste formellement les conclusions du professeur du Val-de-Grâce. S'il est hors de doute que le tubercule de l'homme peut s'inoculer avec succès au lapin, il ne l'est pas moins que cette inoculation n'a pas les caractères de celles qui se pratiquent avec les matières virulentes ordinaires. Dans le premier cas, le succès de l'inoculation est lié à l'introduction d'une certaine quantité massive de matière inoculée. Trop petite, elle ne donnerait rien; d'où une différence saisissante avec les véritables contages. Quand on inocule le tubercule, on suit de proche en proche, lentement, le long les voies lymphatiques, la marche de la tuberculose, et cette marche est difficilement comparable à l'imprégnation silencieuse de l'organisme par un virus; imprégnation qui précède toujours les manifestations locales. En outre, ce qu'on fait avec le tubercule, ce qu'on fait mieux, si l'on veut, avec le tubercule, on peut le produire avec bien d'autres matières : le pus, les fausses membranes, des fragments d'organes, etc. L'introduction de ces substances donne lieu à des produits tout à fait identiques avec ceux qu'a obtenus M. Villemin.

Ces expériences d'inoculation ont remis en question la contagion de la phthisie et y ont ramené les esprits. Sans nier certains faits cités à l'appui de la contagion, M. Pidoux n'admet pas en principe la contagiosité de la phthisie. Pour un fait positif douteux, contestable, passif d'interprétations contradictoires, que de faits négatifs observés chaque jour dans la pratique hospitalière et civile! Si la phthisie est contagieuse, elle le serait au même titre qu'elle est inoculable; par une sorte de contamination lente, d'infection due aux miasmes dont s'imprègnent, dans une atmosphère confinée, dans une cohabitation persistante, ceux qui donnent leurs soins aux tuberculeux.

Blachez.

(La fin à un prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire.

En exécution de la décision présidentielle du 5 octobre 1876, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira : A Paris, le 1er septembre 1873; à Lille, le 8 septembre 1873; à Nancy, 13 septembre 1873; à Besançon, le 18 septembre 1873; à Lyon, le 23 septembre 1873; à Marseille, le 28 septembre 1873; à Montpellier, le 2 octobre 1873; à Toulouse, le 6 octobre 1873; à Bordeaux, le 10 octobre 1873; à Rennes, le 14 octobre 1873.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élève en médecine. — 1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et douze inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

Pour les emplois d'élève en pharmacie. — 1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet;

2° Les étudiants ayant 4 ou 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens semestriels.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Etre Français;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à quatre inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à huit inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à douze inscriptions);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élèves du service de santé. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Formalités préliminaires.

Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 3e, 5e, 7e, 8e, 10e, 12e, 14e et 16e divisions. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalité;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire;

3° Les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examens de fin d'années; — le diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens semestriels (ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves);

4° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où il lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

Forme et nature des épreuves.

1. — Concours en médecine

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année. — 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année. — 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire;

2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale;

3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année. — 1° Composition sur une question de physiologie;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année. — 1° Composition sur une question de pathologie générale;

2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe;

3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. — Concours en pharmacie

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas satisfait aux examens semestriels de la première année. — 1° Composition sur une question de physique et de chimie ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens semestriels de première année. — 1° Composition sur une question de physique et de chimie ;

2° Interrogations sur la chimie minérale et les éléments de chimie organique ;

3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens semestriels de deuxième année. — 1° Composition sur une question de chimie ;

2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ;

3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur, qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires, désignés par le ministre.

Il sera accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogation durera de dix à quinze minutes.

Les compositions sont lues à huis clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales. — Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de douze inscriptions en médecine, ou de huit inscriptions en pharmacie, seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois, aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble et Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces deux localités.) Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps, ils suivront les cours et travaux pratiques de la faculté de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire, pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1200 fr. par an à Paris, 1000 fr. à Lyon et Marseille, et 800 fr. dans les autres villes ci-dessus désignées.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de douze inscriptions pour le doctorat ou de huit inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce. Inscrits à la Faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2360 fr. par an). Dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

(Extrait du Journal officiel du 22 avril 1873.)

Paris, le 14 avril 1873.

Réorganisation de l'enseignement a l'École de médecine de Reims. — Par un décret, en date du 10 mars 1873, du Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, l'enseignement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est réorganisé ainsi qu'il suit :

1° Anatomie descriptive; 2° physiologie ; 3° thérapeutique ; 4° pharmacie et matière médicale ; 5° histoire naturelle médicale ; 6° pathologie externe ; 7° pathologie interne ; 8° accouchement, maladies des femmes et des enfants ; 9° clinique externe ; 10° clinique interne.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, reprendra le *cours clinique des maladies des enfants* (semestre d'été), le samedi 26 avril.

Visites des malades et exercices cliniques tous les jours à 8 heures et demie. Leçon à l'amphithéâtre le samedi.

Congrès des sociétés savantes. — Le *Congrès des Sociétés savantes* vient de tenir sa session annuelle à la Sorbonne. La distribution des récompenses a eu lieu samedi dernier, sous la présidence de M. J. Simon, qui s'est plu à faire ressortir, au lieu de la dissimuler, l'insuffisance des ressources de l'instruction supérieure.

Fièvre jaune. — La fièvre jaune a sévi de nouveau cet été à Rio-Janeiro. Comme les nouveaux débarqués ont été plus fortement atteints, le gouverneur a fait transporter immédiatement les colons du Nord dans l'intérieur. Par cette mesure on a pu les sauver presque tous.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 12 au 18 avril 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 62. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 275. — Affections chroniques, 383 (1). — Affections chirurgicales, 62. — Causes accidentelles, 18. — Total, 900.

Errata. — *Société de chirurgie* (séances des 19 et 26 mars 1873, n° 15) :

Page 241, col. 1, ligne 1, *au lieu de* ponction *non lisez* poitrine. — Page 242, col. 2, ligne 21, *au lieu de* marche *lisez* marge. — Page 242, col. 2, ligne 53, *au lieu de* Fontaine *lisez* Fontana. — Page 244, col. 1, ligne 7, *au lieu de* Pabucci *lisez* Pal**ucci. — Page 244, col. 1, ligne 39, *au lieu de* Waldan *lisez* Waldau. — Page 244, col. 1, ligne 68, *au lieu de* Sooop *lisez* Scoop. — Page 244, col. 2, ligne 1, *au lieu de* Pagestecher *lisez* Pagenstecher. — Page 244, col. 2, ligne 68, *au lieu de* sclérotique *lisez* cornée. — Page 245, col. 1, ligne 65, *au lieu de* Sparive *lisez* Sperino. — Page 245, col. 1, ligne 65, *au lieu de* Pagenstichel *lisez* Pagenstecher.

(1) Sur ce chiffre de 383 décès, 197 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Sommaire. — **Paris.** Le nouveau mode de recrutement du service de santé militaire. — **Travaux originaux.** Médecine pratique : Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis. — **Correspondance.** Hygiène des médecins. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** De l'emploi de l'ergot de seigle dans l'hémoptysie des phthisiques. — **Bibliographie.** Études générales et pratiques sur la phthisie. — **Variétés.** Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 1er mai 1873.

Revue des hôpitaux : DE LA COMPRESSION LENTE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE : M. CHARCOT, ET, A CE PROPOS, DE LA PSEUDO-PARAPLÉGIE TÉTANIFORME : M. SEGUIN.

Les leçons cliniques faites l'an passé à l'hôpital de la Salpêtrière par un maître éminent que la Faculté s'honore aujourd'hui de compter au nombre de ses professeurs, ont présenté assez d'attrait à ceux qui les ont entendues pour qu'on puisse espérer que le résumé en sera favorablement accueilli par nos lecteurs. Ce résumé est tardif; mais, pour qu'il fût fidèle, nous avons dû attendre d'avoir sous les yeux un texte authentique (Voy. *Mouvement médical*, 1872 et 1873, nos 9 et 11).

Dans ses dernières conférences cliniques, M. Charcot décrit avec la clarté et la précision qui font le caractère de son enseignement, la paraplégie qui résulte de la compression lente de la moelle épinière. Mais avant d'étudier les symptômes particuliers qui la révèlent durant la vie, il compare, sous le rapport de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, les lésions organiques multiples qui lui donnent naissance. « Les effets de la compression lente sur le centre nerveux spinal, dit-il, ne varient guère que suivant la région de ce centre qui est intéressée, et en dehors de cette circonstance, ils se montrent toujours identiques, quelle que soit la cause qui ait déterminé la compression. »

Après ce court préambule, M. Charcot passe en revue les diverses lésions organiques qui peuvent être citées parmi les causes les plus fréquentes de la paraplégie par compression lente. Voici comment il les divise :

A. *Lésions extra-rachidiennes.* Ayant débuté en dehors de l'axe vertébral, mais pouvant s'introduire dans le canal rachidien par la voie des trous de conjugaison.

B. *Lésions intra-rachidiennes.* Celles-ci se subdivisent à leur tour en plusieurs groupes suivant qu'elles se développent : 1° dans les os ou dans le périoste; 2° dans le tissu cellulo-graisseux extérieur à la dure-mère (péri-méningé); 3° aux dépens des racines et des troncs nerveux; 4° dans les méninges rachidiennes; 5° enfin dans la moelle elle-même.

I. C'est à ce dernier groupe, c'est-à-dire aux TUMEURS INTRA-SPINALES que M. Charcot consacre tout spécialement son étude, et il fait remarquer avec juste raison que c'est là, dans l'espèce, un groupe véritablement à part, car le mécanisme suivant lequel elles engendrent la paraplégie ne peut être assimilé sans réserve à celui qui préside à la compression de dehors en dedans; ses effets, dus à la présence de ces tumeurs, se traduisent nécessairement dès l'origine par des symptômes en rapport avec l'interception des fibres nerveuses spinales, tandis que ces phénomènes, dans les cas des productions morbides nées en dehors de la moelle ne se manifesteront que tardivement.

Suit la courte énumération des tumeurs intra-spinales : *A.* le *gliome ; b.* le *tubercule solitaire ; c.* les diverses variétés du *sarcome* et du *carcinome* qui ne se montrent guère d'emblée dans la moelle elle-même; *d.* la *gomme* ou *syphilome* (trois ou quatre exemples incomplètement relatés); *e.* la *dilatation kystique* du canal central de la moelle (cas de Gull).

II. Les TUMEURS primitivement DÉVELOPPÉES DANS LES MÉNINGES sont le plus souvent bénignes et prennent ordinairement naissance sur la face interne de la dure-mère. Ce sont : *a.* les diverses variétés de *sarcome* (fuso-cellulaire et médullaire, à cellules fusiformes ou à cellules rondes); *b.* le *psammome* ou *tumeur arénacée* (sarcome angiolithique de MM. Cornil et Ranvier); *c.* les *tumeurs hydatiques* (cas de Bartels et d'Esquirol); *d.* les *néoplasies inflammatoires* de la dure-mère comprenant : l'*hématome* consécutif à la pachyméningite (cas de Ruhle), la *pa-*

FEUILLETON.

Le Pèlerinage de la Mecque.

(Fin. — Voyez le n° 17).

La tradition musulmane veut qu'Adam ait retrouvé Ève sur cette hauteur, après que nos deux gigantesques ancêtres s'étaient perdus de vue pendant cent vingt ans après leur expulsion du paradis terrestre. C'est alors qu'Adam, éclairé par l'ange Gabriel, érigea ce temple à l'endroit même où eut lieu la rencontre, ainsi que celui de la Kaâba.

Ce qu'on sait de plus certain, c'est que Mahomet venait souvent prier et prêcher sur cette montagne, où les cérémonies actuelles consistent en prières et en d'ardentes prédications auxquelles la politique n'est pas toujours étrangère.

Les pèlerins escaladent cette montagne par de véritables marches taillées dans le granit et y demandent à Dieu la rémission de leurs péchés.

A l'instant précis de l'*Aszer* (vers trois heures de l'après-midi), le prédicateur (le *grand schérif*) ou un prêtre (*Khatib*) désigné par lui se place sur une plate-forme où s'élève la chaire du prophète, près de la *modâ a Sidna Adam* ou oratoire d'Adam et commence un lamentable sermon qui dure jusqu'au coucher du soleil et compose la cérémonie dite *Khotleel el Ouakfe.*

Le khatib (prédicateur) fait une pause par intervalles de quatre à cinq minutes et étend les bras pour implorer la bénédiction du ciel, tandis que la foule assemblée autour de lui agite au-dessus de sa tête l'extrémité des ihrams en remplissant l'air des cris de : *Sebeïk allah! Suma Sebeïk!* (Fais de nous ce que tu voudras, ô mon Dieu! fais de nous ce que tu voudras!) Pendant le sermon qui dure près de trois heures, le khatib essuie constamment ses yeux avec un mouchoir, car la loi lui enjoint d'être ému et ajoute que, toutes les fois que son

chyméningite hypertrophique, si bien décrite par notre collègue et ami le docteur Joffroy (thèse inaugurale. 1873; voy. Analyse bibliographique, *Gaz. hebdom.*, n° 14).

III. Les PRODUCTIONS MORBIDES DÉVELOPPÉES DANS LE TISSU CELLULO-GRAISSEUX périméningé sont très-diverses : M. Charcot dit avoir vu plusieurs fois le *carcinome* occuper cette région dans certains cas de cancer du sein; d'autres tumeurs, et en particulier le *sarcome*, les *kystes hydatiques*, etc., peuvent y avoir leur siége primitif. D'après Traube, il se formerait aussi dans ce tissu cellulo-graisseux des abcès qui, se faisant jour à travers les trous de conjugaison, viendraient apparaître sur les bords du rachis.

IV. Les TUMEURS développées aux dépens de l'ENVELOPPE CONJONCTIVE DES NERFS ou SUR LEURS RACINES (*névromes, fibromes, myxomes*) déterminent la compression des tubes nerveux, refoulent la dure-mère, et par son intermédiaire comprient la moelle elle-même.

V. Les LÉSIONS VERTÉBRALES proprement dites constituent le chapitre le plus important de cette étude. Nous ne citerons que pour mémoire les *hyperostoses syphilitiques* dont on admet encore trop complaisamment la présence, et l'*arthrite sèche* des articulations interapophysaires, l'hypertrophie de l'apophyse odontoïde, singularité pathologique dont l'existence est encore à démontrer, et nous arrivons enfin aux lésions organiques les plus vulgaires, qui doivent occuper le premier rang dans la clinique usuelle : la *carie vertébrale ou mal de Pott* et le *cancer vertébral*. M. Michaud, dans un remarquable travail (*De la méningite et de la myélite dans le mal vertébral*, thèse, Paris, 1871), a éclairé d'un nouveau jour la pathogénie de la paraplégie liée au mal vertébral. Aussi renvoyons-nous pour plus amples détails à la lecture de cet intéressant mémoire dont nous avons récemment analysé, du reste, les points principaux (voy. *Gaz. hebdom.*, n° 10). Placé dans des conditions à la vérité toutes spéciales, M. Charcot a eu fréquemment l'occasion d'observer le mal vertébral cancéreux dont il retrace dans ses leçons le tableau qui va suivre :

« Rarement primitif, le cancer vertébral se montre en particulier à la suite du cancer du sein, principalement quand celui-ci revêt les formes dures du cacinome. On l'observe aussi consécutivement au cancer rénal, au cancer gastrique, à la dégénérescence cancéreuse des masses ganglionnaires prévertébrales, enfin, à titre de manifestation secondaire, ou par le fait d'une sorte de propagation de proche en proche, et pour ainsi dire directe. »

Étudié par C. Hawkins, Leyden, Cazalls, Tripier et par M. Charcot lui-même, le cancer vertébral peut affecter deux formes : l'une très-commune, mais latente dans ses effets, ne rentre pas dans le sujet qui nous occupe; l'autre, plus redoutable, déterminant la compression des troncs nerveux en plus ou moins grand nombre, produit l'ensemble symptomatique que M. Charcot désigne sous le nom de *paraplégie douloureuse des cancéreux*.

« La compression, l'irritation des nerfs, ajoute le savant médecin de la Salpêtrière, sont fréquemment en jeu et à un haut degré dans le cancer vertébral : elles existent aussi dans le mal de Pott, mais moins accusées, plus circonscrites, et s'effectuant, à la vérité, par un autre mécanisme. En pareille circonstance, l'irritation des nerfs est occasionnée par leur passage à travers des points enflammés de la dure-mère. La compression des nerfs apparaît même dans les cas de tumeur ou de néoplasie inflammatoire ayant pris naissance dans les méninges. C'est donc là un élément qui se montre en proportions variées dans tous les cas de lésions organiques qui, développées en dehors de la moelle, produisent, à une de leurs phases, la compression de cet organe. Seules les tumeurs intra-spinales échappent à cette loi, circonstance dont il faudra tenir compte à propos du diagnostic. »

VI. Enfin, pour être fidèle au programme que nous avons tracé au début, il resterait encore à mentionner les lésions extra-rachidiennes ayant débuté en dehors de l'axe vertébral, mais pouvant s'introduire dans le canal rachidien, soit par la voie des trous de conjugaison (*kystes hydatiques* (Cruveilhier), *abcès prévertébraux* (*angina Ludovici*), soit par un chemin plus large, sinon plus court en usant et en dissociant les vertèbres (*hydatides, anévrysmes de l'aorte*). Mais les accidents que déterminent ces dernières lésions ne doivent pas rentrer dans l'étude de la paraplégie par compression lente. Telles sont les lésions organiques multiples qui peuvent donner naissance à cette espèce de paraplégie par compression lente de la moelle épinière. M. Charcot étudie ensuite les effets produits par cette compression sur le tissu de la moelle elle-même :

Au niveau du point où elle est comprimée, la moelle épinière présente le plus souvent, même à une époque voisine du début des accidents, une altération de texture plus ou moins profonde.

---

visage est baigné de larmes, c'est un signe que le Tout-Puissant l'éclaire et se montre disposé à écouter ses supplications. Enfin, le soleil commençant à s'abaisser derrière les montagnes de l'Ouest, le khatib ferme son livre; une dernière acclamation de *Labeïk* se fait entendre et la foule se précipite le long des flancs de la montagne pour quitter l'Arafat.

On regarde comme méritoire de hâter le pas dans cette occasion, et beaucoup de pèlerins font une véritable course nommée par les Prabes *Ad'dafa min Arafat*. Autrefois ce lieu était presque tous les ans témoin de luttes sanglantes, car c'était à qui passerait le premier.

La masse des pèlerins se met alors en mouvement et se dirige, à travers le défilé de *Mazonmein*, à *Mezdilifi*, où l'on passe la nuit et où, dès l'aurore, on entend encore un sermon. Le 10 de zoul hadj, ou le jour de la fête du *Nehar el Dhalsé* ou *Nehar el Nahher*, les pèlerins se dirigent vers la vallée de l'*Ouadi Mana*, qui est à une heure de distance. En y arrivant, ils se hâtent de pratiquer la cérémonie, de jeter au diable les pierres qu'ils ont ramassées en traversant une première fois la même vallée.

Selon la tradition, quand Abraham, en revenant du pèlerinage à l'A'rafat, parvint à l'*Ouadi Mûna*, le diable Ebbi se présenta à lui à l'entrée de cette vallée et voulut l'empêcher de passer; alors l'ange Gabriel, qui accompagnait le patriarche, lui conseilla de jeter des pierres au diable; Abraham suivit cet avis, et à la septième pierre Ebbis se retira; mais, au milieu de la vallée, il reparut devant lui et se montra une dernière fois à son extrémité occidentale. Le patriarche usa alors du même moyen qu'auparavant pour se débarrasser de lui. A l'entrée de la vallée, du côté de *Mezdelifi*, s'élève au milieu de la route un pilier grossier, haut de sept pieds; il marque l'endroit où le diable fit son apparition première; on jette là sept pierres; on en fait autant contre un autre pilier, au milieu de la vallée. Viennent enfin les sacrifices: ce jour mémorable, c'est le *Bit el kebir*, ou le *Courban Baïram*; c'est un jour de réconciliation générale dans tout l'islamisme; cette fête rappelle le

M. Tripier a parlé d'un ramollissement par ischémie comparable à celui que produit l'oblitération artérielle et qu surviendrait dans la moelle épinière au niveau du point comprimé. Le fait, d'ailleurs très-rare, n'est pas à l'abri de la critique, car la moelle en pareil cas, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer M. Charcot, n'a été examinée qu'à l'état frais.

« D'après mon observation, ajoute-t-il, l'œil me montre tantôt un ramollissement, tantôt une induration avec ou sans changement de couleur de la région malade de la moelle. Mais l'examen microscopique, fait sur des coupes après durcissement, fait reconnaître toujours, sur le point comprimé, l'existence d'une myélite transverse interstitielle. » Il ne s'agit pas là seulement d'une dégénérescence ascendante ou descendante, dans l'acception rigoureuse du mot, mais d'une véritable sclérose, ou myélite scléreuse fasciculée consécutive.

Ainsi donc, les effets pour ainsi dire nécessaires de la compression lente de la moelle, soit qu'il s'agisse du mal de Pott, du cancer, des tumeurs de tout genre ou même encore des tumeurs intra-spinales, consistent en une myélite transverse avec sclérose consécutive ascendante et descendante.

M. Charcot cite, en terminant, deux cas démontrant d'une façon très-probante que la moelle ainsi altérée peut en partie ou en totalité recouvrer ses fonctions en même temps que sa texture normale.

L'une des malades à laquelle il fait ici allusion était restée complétement paralysée des membres inférieurs pendant dix-huit mois, l'autre durant près de deux ans. Toutes les deux retrouvèrent l'entier usage de leurs membres inférieurs sans conserver le moindre reliquat de leur paraplégie. « J'ai observé, dit M. Charcot, soit à l'hospice de la Salpêtrière, soit ailleurs, cinq ou six faits semblables. En pareille circonstance, la guérison me paraît due à l'intervention de l'art : c'est à la suite de l'application des pointes de feu sur la gibbosité, de chaque côté des apophyses épineuses, que survient la guérison. Je ne crois pas qu'on puisse voir là, dans tous les cas, une simple coïncidence : c'est en quelque sorte un résultat prévu, annoncé ».

Nous rapprocherons de cette remarquable étude du professeur Charot un intéressant travail publié tout récemment par le docteur Séguin dans les *Archives of Scientific and Practical medicine* (n° 2, février 1873, p. 101-112), qui peut servir d'utile complément à cette étude, car les phénomènes qu'il décrit sous le nom de parésie tétaniforme « *pseudo-paraplegia tétanoïde* », paraissent se rattacher à un état pathologique commun qui n'est autre que la compression de la partie antérieure de la moelle dans les régions dorsale ou cervicale. Dans un des cas qu'il rapporte, la moelle était comprimée par les fragments d'une vertèbre fracturée (obs. II); dans trois autres cas (obs. I, III, V), les malades étaient atteints de mal de Pott avec gibbosité. Dans la dernière observation enfin (obs. IV), le docteur Seguin porta le diagnostic suivant: lésions syphilitiques de la dure-mère spinale produisant la compression et l'irritation de la moelle. Mais l'existence et le siége de la néoplasie spécifique ne purent pas être confirmées par l'événement. L'énumération qui précède suffit néanmoins, ce nous semble, à justifier le rapprochement que nous voulons établir entre ces deux travaux.

L'affection décrite par M. Seguin ne paraît pas être rare, puisqu'il a pu en observer cinq cas en trois ans. Cette forme de pseudo-paraplégie serait caractérisée par une certaine impotence des membres inférieurs quand le malade est dans la station verticale sans aucune perte de force dans ces parties. Cette fausse paraplégie dépendrait d'un spasme tonique des muscles des membres inférieurs et présenterait comme caractères négatifs : l'absence d'ataxie et la conservation de la sensibilité. Les signes cliniques seraient les suivants :

Le malade, dit le docteur Seguin, se plaint d'avoir presque complétement perdu l'usage de ses membres inférieurs qu'il qualifie lui-même d'impotence presque absolue, « *great lose power* », d'éprouver des sensations anomales dans ces parties et une certaine difficulté dans l'émission volontaire des urines et des fèces. Le prie-t-on de se lever et de marcher, il le fait avec difficulté en s'aidant de ses mains; à peine est-il debout qu'il chancelle, titube et cherche à rétablir son équilibre compromis en tenant ses pieds écartés l'un de l'autre et en inclinant tout son corps en avant. Dans cette position, ses genoux restent souvent étendus et la pointe de ses pieds est fortement déviée en dedans. Sa démarche est toute spéciale : en marchant, il ne traîne pas la jambe comme dans les cas ordinaires de paraplégie incomplète; il ne plie pas ses genoux; ses pieds ne sont pas violemment projetés en dehors ni en avant et ne heurtent pas le sol avec bruit comme dans l'ataxie locomotrice. La projection des membres qui caractérise cette dernière maladie fait ici complétement défaut. Les membres restent dans l'extension et le malade fait glisser la plante de

---

sacrifice d'Abraham, avec une variante cependant; c'est que le patriarche devait immoler Ismaël, le fils de Hagar, et non pas Isaac, le fils de Sara. Tous les musulmans, dans quelque partie du monde qu'ils se trouvent, sont tenus, à cette époque, de se conformer à cet usage (1). Le sacrifice ne consiste que dans l'acte de tourner la tête de la victime vers la Kaâba et de dire, pendant qu'on lui coupe la gorge : « Au nom de Dieu, très-miséricordieux! O Dieu suprême ! » (*Bismillah irrahman irrahhim Allahou Akbar!*) (2). Autrefois, les sacrifices se faisaient sans ordre et le sol était jonché de détritus, de matières animales et couvert d'une mare de sang qui, sous l'influence du soleil, ne tardaient pas à entrer en décomposition et à donner lieu à une fermentation putride des plus dangereuses. La plupart des pauvres hadjis venaient bien se repaître de ces débris, mais les entrailles restaient éparses çà et là.

Aujourd'hui, on a adopté une réglementation sévère pour ces sacrifices; on a construit des abattoirs en dehors desquels il est défendu de sacrifier, et l'on a creusé des fosses où l'on enterre les victimes des sacrifices; on se sert même de désinfectants pour purifier ces endroits le plus promptement possible.

Des latrines même ont été construites sur une portion de terrain un peu éloignée, et les pèlerins sont également astreints à s'y rendre.

Les sacrifices terminés, les pèlerins se rasent la tête et quittent l'Ihram; ils restent deux jours de plus à Muna; le 11 de zoul hadj, à midi précis, sept petits cailloux sont de nouveau jetés aux endroits où le diable se montra, et l'on fait de même le 12, de sorte que, par les jets de vingt et une pierres répétés à trois jours différents, le nombre en est porté à soixante-trois.

(1) A Constantinople, les fêtes du courban Baïram sont magnifiques, et l'illumination de la rade (la Corne d'or) est vraiment féerique. Le padischah accomplit le sacrifice en présence de toutes les autorités et de tous les ministres étrangers, au milieu d'une foule immense.

(2) Des spéculateurs de la Mecque entretiennent, à cette époque du pèlerinage, de grands troupeaux de moutons dans la vallée de Muna et les vendent aux pèlerins pour ces sacrifices.

ses pieds le long du sol; le léger soulèvement des extrémités indispensable à la marche est accompli par un mouvement de tout le membre inférieur. La déviation du gros orteil en dedans et en bas tend à produire un croisement partiel des membres et des faux pas incessants.

Si, au moment où le malade fait ces efforts, on explore ses muscles, on les trouve fortement contractés. Si, d'autre part, le malade étant assis ou couché, on explore la force des membres inférieurs par les moyens habituels (c'est-à-dire extension et flexion forcées), on trouve la contractilité musculaire à peu près normale, sinon tout à fait intacte dans les membres inférieurs. On ne peut donc pas donner à cet état le nom de paraplégie, et la désignation de « pseudo-paraplégie » que propose M. Seguin semble parfaitement exacte.

Reste à expliquer l'épithète de *tetanoïde*, tétaniforme, qu'il lui donne. Le pouvoir réflexe est considérablement accru dans les membres inférieurs, et lorsqu'on l'explore, on développe un état tout particulier qui se rapproche de l'épilepsie spinale. Les membres, en effet, sont pris aussitôt de spasmes toniques et cloniques. La chaleur appliquée topiquement sur les membres inférieurs provoque au plus haut point ces mouvements réflexes.

L'état de la vessie est parfois remarquable : l'urine ne s'en va pas goutte à goutte, elle n'est pas alcaline; si elle vient à être émise involontairement, elle est expulsée par intervalle et par jet, avec la sensation du besoin. Le malade est forcé de vider sa vessie plus rapidement que de coutume, et s'il ne satisfait pas le besoin d'uriner aussitôt qu'il se fait sentir, l'urine est émise involontairement et par acte réflexe.

Les malades sont généralement constipés, mais dès que les matières arrivent dans le rectum, l'évacuation en est presque immédiate et forcée. La rétention d'urine, qui est un symptôme vraiment paralytique, se développe assez souvent avec les progrès de la maladie.

La sensibilité cutanée n'est pas nécessairement diminuée. M. Seguin a trouvé dans un seul de ses cas une anesthésie complète, dans deux autres la sensibilité resta normale. Chose curieuse à noter, l'existence de l'anesthésie cutanée n'a nullement empêché la production des mouvements réflexes.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le docteur Seguin se croit autorisé à conclure que cette fausse paraplégie due à une excitabilité réflexe exagérée et qu'il désigne sous le nom de *pseudo-paraplégie tétanoïde*, doit être considérée comme le symptôme d'une compression légère de la moelle en un point situé au-dessus du renflement lombaire. « Je ne veux pas nier, ajoute-t-il, que cette pseudo-paraplégie ne puisse exister dans des cas de simples troubles fonctionnels de l'axe spinal. Quoique je n'aie pu retrouver aucun fait analogue dans les auteurs, je ne doute pas qu'un état à peu près semblable ne puisse se rencontrer dans l'hystérie.

» Il me semble probable cependant que, dans les cas d'irritabilité spinale exagérée et sans lésions, les spasmes seraient plutôt cloniques, saltatoires, que toniques et tétaniformes. »

La PATHOGÉNIE de ce phénomène se rapproche de celle de cet autre groupe de symptômes qui lui est souvent associé ou qui peut même coexister avec lui, c'est-à-dire de l'*épilepsie spinale*.

En premier lieu, il faut noter parmi les causes de l'exagération du pouvoir réflexe de la moelle la diminution de l'influx nerveux cérébral produite par la compression médullaire.

La pathologie expérimentale démontre en effet que l'influence du cerveau modère l'excitabilité de la moelle.

Un autre élément dans la production des spasmes réflexes paraît être la congestion médullaire au-dessous de la lésion, ainsi que le professeur Brown-Séquard l'a fait si judicieusement observer à propos de l'épilepsie spinale.

A ces deux causes, on peut en ajouter d'autres que notre collègue et ami Hallopeau a nettement mises en lumière dans son excellente thèse inaugurale (*Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière*, 1871). On peut, dit-il, augmenter chez les animaux le pouvoir excito-moteur de l'axe rachidien : 1° en l'isolant de l'encéphale; 2° en modifiant les qualités du sang qui s'y distribue ou en l'empêchant d'y affluer en quantité suffisante; 3° en le soumettant à l'influence de certains poisons; 4° en irritant directement son tissu par une lésion traumatique, par le contact de certaines substances ou par le galvanisme; 5° en provoquant par une irritation prolongée des nerfs centrifuges ou centripètes une modification de nature probablement irritative dans la constitution de la substance grise.

Appliquant à la pathologie ces données expérimentales, le docteur Hallopeau démontre que les mêmes causes produisent chez l'homme de semblables effets. Pour lui, les accidents convulsifs que l'on observe dans les maladies de la moelle sont des phénomènes réflexes qui peuvent dépendre :

1° De l'interruption des connexions entre la totalité ou une

Le 22, tout le monde s'en retourne, l'après-midi, à la Mecque; on renouvelle sept fois la marche autour du temple (cérémonie du *Touaf* et du *Saï*) et l'on va boire à longs traits l'eau du puits de *Zom Zma*.

Les hadjis (car c'est alors seulement que les pèlerins méritent le nom) se félicitent, se congratulent et se livrent à la joie et aux orgies; beaucoup vont encore visiter quelques endroits vénérés autour de la Mecque, puis quittent définitivement la ville.

Cependant beaucoup des hadjis restent encore quelque temps à la Mecque; les caravanes de Syrie et d'Égypte partent les dernières; un grand nombre des Javanais s'installent de manière à attendre l'année suivante et à faire ainsi coup sur coup deux pèlerinages; enfin les pèlerins qui sont arrivés trop tard (par les voiliers des Indes) attendent également l'année d'ensuite. De la sorte, on a une population bigarrée à la Mecque, et il serait bien difficile de retrouver aujourd'hui beaucoup des *Meckouis* purs, c'est-à-dire de *Djebis* ou gens appartenant à la famille à laquelle Dieu, dit-on, avait confié les clefs du saint temple. Les fidèles qui, avant d'arriver à la Mecque, ont déjà fait le pèlerinage de Médine, viennent d'ordinaire s'embarquer à Djeddah une fois les cérémonies accomplies; ceux qui n'ont pas encore fait cette pieuse visite à la seconde ville sainte s'y rendent de la Mecque.

Les actes de dévotion dont on doit s'acquitter à Médine consistent à réciter des prières dans la mosquée du prophète, *Medjid el Rebi*.

1° Au lieu dit *El Rawdja*, le jardin où le prophète avait dit : « Entre ma tombe et ma chaire est un jardin des jardins du paradis. »

2° A la *chaire* du prophète.

3° Au lieu dit *El Hadjirah* ou la chambre; c'est la chambre qu'occupait Aïscha, la femme bien-aimée du prophète, et où il fut enterré. (Outre sa tombe, il y a aussi celle du khalife Hou Beka et d'Omar.)

partie de la moelle et l'encéphale, par l'effet d'une lésion traumatique ou pathologique.

2° De l'excès ou du défaut de réplétion des vaisseaux de la moelle.

3° Du développement dans la substance grise d'un processus irritatif.

4° De l'irritation prolongée de certains conducteurs nerveux centripètes ou centrifuges.

Dans le cours de son travail (obs. III, p. 50), le docteur Hallopeau rapporte un cas de pseudo-paraplégie analogue à ceux du docteur Seguin, et qui mérite par là même d'en être rapproché. La malade qui fait le sujet de cette observation était prise, dès qu'elle essayait de mettre le pied à terre, de mouvements convulsifs dans les membres inférieurs; elle se trouvait pour ainsi dire clouée sur le sol, ne pouvait faire un pas, et ce n'était qu'à grand' peine qu'elle parvenait à se maintenir en équilibre.

De son côté, notre savant maître, M. le docteur Jaccoud, avait, bien avant ces deux auteurs, signalé la pseudo-paraplégie qui résulte de l'exagération de l'excitabilité anormale de la moelle et rapporté, avec une bonne foi scientifique que l'on ne saurait trop louer, à E. Goupil le mérite d'avoir le premier observé ces faits; « seulement il y voyait, dit-il, une variété de la paraplégie hystérique, tandis que des cas de ce genre doivent être soigneusement distingués de la paralysie proprement dite. Les troubles du mouvement résultent de contractions réflexes anormales, mais l'innervation motrice volontaire est parfaitement intacte ». (*Des paraplégies et de l'ataxie du mouvement*, 1864, p. 471.)

Quoiqu'il reste encore bien des points obscurs dans la pathogénie de ces accidents d'origine spinale, l'importance de ces récents travaux, entrepris par des investigateurs aussi consciencieux que distingués, nous semble indéniable, et nous ne doutons pas que ces premières observations ne soient bientôt suivies de nouvelles et nombreuses recherches, qui fertiliseront ce vaste champ d'études malheureusement encore trop inexploré.

Dr Labadie-Lagrave.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Suite. — Voyez les numéros 8 et 13.)

Si maintenant nous examinons les observations des chirurgiens de nos jours qui prétendent avoir extirpé des tumeurs fibro-cystiques, nous trouvons également que le plus grand nombre de ces observations pèchent par l'absence de détails très-importants, et qu'il est impossible d'y voir autre chose que des tumeurs fibreuses proprement dites, ou des kystes compliqués des ovaires.

A la page 12 de sa thèse, M. Caternault rapporte l'observation suivante, qu'il a prise dans la pratique de M. Kœberlé et qui est intitulée :

Obs. II. *Tumeur fibro-cystique de la matrice, du poids de 4 kilogrammes et demi. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort.* — Mademoiselle G..., de Nancy, trente-six ans, est affectée depuis six ans d'une tumeur abdominale que l'on considère comme ovarique. Santé bonne; menstruation régulière, mais avec ménorrhagies. Dans l'intervalle des époques menstruelles, il s'écoule par le vagin, une ou plusieurs fois par jour, par ondées, un flot de liquide filant, albumineux et transparent. Tumeur régulièrement arrondie, d'une consistance variable, subfluctuante en quelques points, dépourvue d'adhérences à la paroi abdominale. L'extirpation de cette tumeur *devait nécessairement entraîner l'amputation sus-vaginale de la matrice.*

Opération le 19 décembre 1863. 25 centimètres d'incision, *extraction de la tumeur* exempte d'adhérence. Toute la matrice, mais surtout *son fond*, était distendue par des tumeurs fibreuses *molasses, entremêlées de collections séreuses.* Les ligaments larges étaient en grande partie envahis... trompes et ovaires sains... ligature et division des ligaments larges; perte considérable de sang, après la section d'un ligament large qui n'avait pas été suffisamment serré. Deux ligatures arrêtent l'hémorrhagie; la tumeur est embrassée à sa base dans une anse de fil de fer. On fendit ensuite la tumeur, dont on vida le contenu jusqu'au delà de la ligature, qu'on serrait successivement. Après avoir extrait ainsi *toutes les tumeurs fibreuses* qui remplissent le petit bassin, tout ce qui dépassait la ligature fut excisé; ces tumeurs étaient entremêlées de collections séreuses. Mort trente heures après l'opération, par suite de la perte de sang qui n'avait pas cessé de couler et qui provenait d'une petite artériole divisée dans l'angle de l'incision du ligament large. Les masses fibreuses qui avaient été énucléées ou excisées pesaient 4 kilogrammes et demi.

En lisant cette observation on regrette de la trouver si incomplète, et surtout manquant de détails, qui sont de la dernière importance pour bien la comprendre. « D'abord,

---

4° Au lieu dit *Masbat-Gabriel*, point où l'ange Gabriel descendit du ciel et apparut à Mahomet.

5° Au tombeau de *Fatma*, la fille du prophète et l'épouse d'Ali.

On sait que le prophète travailla de ses propres mains à la construction de la mosquée de Médine; la maison qu'il habitait était attenante au sanctuaire. Il y mourut un lundi 12 *rabi el Ewal* de la onzième année de l'hégire (8 juin 632). Outre les stations de la mosquée du prophète que je viens d'indiquer, pour les principales du moins, le pèlerin doit visiter encore :

1° La mosquée de la *Kaâba* ou de la *Coupole*, dont les fondements furent jetés par Mahomet à l'endroit même où s'arrêta la chamelle qu'il montait à l'époque de sa fuite de la Mecque à Médine.

2° Le mont *Phod*, célèbre par la caverne dans laquelle il se cacha lors de sa fuite, célèbre aussi par une source miraculeuse qui lui servit à étancher sa soif par un combat mémorable qu'il livra à ses amis acharnés, et enfin par le tombeau d'Aaron, que la tradition y place.

3° Le cimetière appelé *Baka*, où furent inhumés le khalife Othman, la nourrice du prophète, son fils Ibrahim et plusieurs de ses femmes. Pour clore cette notice, j'ajouterai qu'il est d'usage que chaque sultan, à son avénement au trône, envoie en cadeau, au temple de la Mecque une riche tenture appelée *Kissona*, destinée à orner les parois intérieures de la Kaâba.

Cette tenture est renouvelée tous les ans et apportée par voie de terre de Constantinople à la Mecque; c'est ce qu'on appelle la caravane du *Tapis*; le chameau qui porte les riches présents devient le *chameau sacré* ou *Mahmal* (1).

L'usage est le même pour la caravane du Caire, qui part également avec les présents du khédive. Tous les ans ces tentures sont renouvelées; les anciennes sont alors envoyées à

(1) Pour les Arabes, c'est toujours le *même* chameau depuis l'origine de l'institution; il jouirait donc du don précieux de l'immortalité.

est-il dit, l'extirpation de cette tumeur *devait nécessairement entraîner l'amputation sus-vaginale de la matrice* ». A quel signe M. Kœberlé a-t-il reconnu, avant l'opération, qu'il serait obligé de pratiquer l'amputation sus-vaginale de la matrice? Ceux qui plus tard auront à extirper des tumeurs fibreuses de la matrice auraient été heureux de connaître un signe qui leur permît d'établir une indication aussi positive, d'autant mieux que ce signe pourrait les engager à ne pas tenter une opération téméraire et trop souvent mortelle. Qu'on soit obligé quelquefois de faire l'amputation sus-vaginale de la matrice, quand, dans une opération d'ovariotomie avancée, on reconnaît qu'on a commis une erreur de diagnostic et qu'on a pris une tumeur fibreuse ramollie pour une tumeur ovarique, cela peut se concevoir; mais si avant l'opération on a la certitude qu'on a affaire à une tumeur interstitielle utérine qui exigera l'amputation de la matrice, l'indication n'est-elle pas de s'abstenir?

Le ventre étant ouvert, *on extrait une tumeur exempte d'adhérences*.... puis «toute la matrice, surtout *son fond*, est distendue *par des tumeurs fibreuses, mollasses, entremêlées de collections séreuses*. Les ligaments larges étaient en grande partie envahis». Il résulte de cet exposé qu'une tumeur exempte d'adhérences a d'abord été extraite, et qu'ensuite on a constaté que toute la matrice et les ligaments larges étaient envahis par des tumeurs fibreuses, mollasses, etc. Mais de quelle nature était la tumeur exempte d'adhérences qui a été extraite d'abord? Était-ce un corps fibreux, était-ce un kyste? Quels étaient ses points d'attache? Était-elle pédiculée, était-elle sessile? Que contenait-elle? Provenait-elle de la matrice ou d'ailleurs? On n'en sait rien malheureusement; tous ces renseignements, qui seraient si utiles, manquent dans l'observation.

« Pour terminer rapidement l'opération, la tumeur fut embrassée à sa base dans une anse de fil de fer». Mais quelle est la tumeur qui a été embrassée à sa base dans une anse de fil de fer? Est-ce la tumeur sans adhérences qui a été extraite? Sont-ce les tumeurs mollasses qu'on a trouvées dans la matrice? Puis, quelle était la base de cette tumeur! Était-elle mince, épaisse, large, fibreuse? Faisait-elle partie de la matrice, lui adhérait-elle? etc. Puis on fendit ensuite cette tumeur, *dont on vida le contenu jusqu'au delà de la ligature*. Quel était ce contenu et comment extraire le contenu au delà de la ligature? Ce contenu était-il solide ou liquide? Et pourquoi la ligature n'avait-elle pas été serrée tout d'abord à la base de cette tumeur, pour qu'il existât encore un cul-de-sac au delà de la ligature? Quel était le poids de ce contenu? on doit conclure qu'il était peu considérable, puisque les masses fibreuses *énucléées et excisées* pesaient 4 kilogrammes 1/2, et qu'il est dit dans le titre de l'observation que le poids de la tumeur fibro-cystique était de 4 kilogrammes 1/2. On voit combien de détails importants manquent dans cette observation, aussi bien au point de vue du diagnostic, du manuel opératoire, que de l'anatomie pathologique. Est-il possible d'admettre qu'il existait dans ce cas une tumeur fibro-cystique? Et ces collections séreuses qui étaient placées *entre* les tumeurs fibreuses, quel était leur véritable siége? Étaient-elles enkystées, ou bien se trouvaient-elles dans l'intérieur des tumeurs fibreuses! Est-ce leur existence *entre* ces tumeurs fibreuses mollasses qui a fait considérer cette tumeur ou ces tumeurs fibreuses comme une tumeur fibro-cystique. Nous avouons qu'avec la meilleure volonté il nous paraît impossible d'accepter ce fait comme un exemple de tumeur fibro-cystique. Que si maintenant on veut donner le nom de tumeur fibro-kystiques à celles, qu'elles soient fibreuses ou ovariques, qui, par suite d'adhérences très-intimes avec tous les organes voisins forment des cavités plus ou moins grandes, dans lesquelles s'accumulent de la sérosité ou d'autres liquides, nous pourrons comprendre la cause de l'erreur; mais toutes les collections partielles de liquides existant dans ces cas ne sont que des hydropisies enkystées du péritoine, et non plus des tumeurs fibro-cystiques, comme nous l'entendons et comme tout le monde doit l'entendre; ces hydropisies enkystées du péritoine se rencontrent encore assez souvent avec des tumeurs fibreuses volumineuses dégénérées ou avec des kystes multiloculaires et anciens; non-seulement on les rencontre dans le petit bassin, autour de l'utérus, mais encore dans toutes les parties de la cavité abdominale, entre le foie et les kystes; elles sont le résultat d'irritations ou d'inflammations péritonéales répétées, et qui à la longue ont amené des adhérences intimes avec les organes environnants, et comme ces adhérences n'ont pas lieu dans tous les points, elles forment des cavités dans lesquelles on rencontre du liquide; ce sont ces cavités, situées autour de l'utérus et dans le petit bassin, qui probablement en ont imposé et ont fait croire à de véritables tumeurs fibro-cystiques.

Aux exemples que nous venons de rappeler, nous ajouterons six autres cas que nous avons trouvés rapportés dans la thèse de M. Caternault, et qu'il considère, d'après les auteurs qui les ont publiés, comme des tumeurs *fibro-cystiques*. Malheureusement ces observations ne sont qu'indiquées, elles manquent de tous les détails indispensables pour pouvoir les apprécier, et, telles qu'elles sont, elles ne peuvent servir à établir d'une manière positive l'existence des tumeurs fibro-cystiques. La première observation appartient à M. W. L. Atlee (obs. IV du résumé des opérations de gastrotomie, qu'on trouvera plus loin); il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, chez laquelle une opération d'ovariotomie commencée n'est pas achevée, et la tumeur qui n'a pas été enlevée est désignée sous le nom de tumeur *fibro-cystique utérine*. Deux autres cas ont été communiqués à M. Routh (obs. XI et XII du résumé);

Médine pour orner le tombeau du prophète, et au fur et à mesure qu'on les remplace on divise en morceaux les plus anciennes qu'on veut comme reliques.

On comprend facilement qu'une pareille réunion d'hommes (on a vu, en 1865, 200 000 hommes réunis à Mîna) a plus d'un but, produit plus d'un effet. On peut dire, en résumé, que le pèlerinage de la Mecque est une opération complexe, à la fois religieuse, politique et commerciale. Les changements qui se sont opérés dans le mode de transport des pèlerins, depuis ces dernières années, sont radicaux.

Autrefois, en effet, les hadjis se rendaient à la Mecque par des caravanes plus ou moins nombreuses, en suivant la voie de terre. Ceux de l'Afrique septentrionale et même centrale longeaient le grand désert en se rapprochant de plus en plus des rives du Nil; ils suivaient les bords de ce fleuve et ils le passaient à la hauteur de Kenet, le point le plus rapproché de la mer Rouge; ils s'embarquaient à Kosséïr sur des *sambouks* (barques arabes) qui les portaient, moyennant quelques piastres, à la rive opposée en cinq ou huit jours au plus, suivant les vents ou l'habileté du patron de la barque.

Il y en avait un petit nombre qui, arrivés à Suez, frétaient à bas prix des sambouks sur lesquels ils s'entassaient, puis se confiaient aux vents du Nord qui prédominent sur la mer Rouge. Ces barques longeaient péniblement la côte orientale de cette mer et arrivaient lentement après dix, quinze jours et plus à Yambo, d'où l'on gagnait, par terre, Médine et la Mecque. Le retour n'était point possible par cette voie, à cause des vents contraires, et il fallait rentrer par la voie de terre.

Quant aux pèlerins qui venaient des rives du Tigré et de l'Euphrate, de la Perse, de l'Afghanisan et des Indes, ils convergeaient vers Bagdad, se rassemblaient à Bassora et pénétraient, par une ou plusieurs caravanes, à travers les déserts de l'Arabie jusqu'à la Mecque. Le retour se faisait par la même voie. Les grandes caravanes de Damas et du Caire gagnaient complétement par la voie de terre les lieux saints, Médine et la Mecque.

ils appartiennent à B. Brown, qui, n'ayant pu achever les opérations qu'il avait commencées, a dit que ses malades étaient atteintes de tumeurs fibro-cystiques. On se demandera comment dans ces trois cas on a pu constater d'une manière exacte la véritable nature des tumeurs, puisqu'elles n'ont pas été enlevées et que l'autopsie n'a pas été faite. Des trois autres cas, l'un est mentionné par le docteur Lane (obs. XXV); il aurait enlevé une tumeur fibro-cystique pédiculée. Il est fâcheux que cette observation n'offre pas plus de détails sur le contenu de la tumeur et sur son anatomie pathologique, car étant pédiculée on ne pouvait la confondre qu'avec un kyste de l'ovaire. Spencer Wells cite également deux cas (obs. XXXII et LVII). Ici encore nous ne trouvons que la mention de tumeurs fibro-cystiques, sans en avoir la preuve anatomique; cependant, au point de vue de l'opération de la gastrotomie et du diagnostic des tumeurs fibro-cystiques, il serait très-important de pouvoir les distinguer des tumeurs fibreuses proprement dites ou des kystes des ovaires, et à l'avenir l'attention des chirurgiens et des anatomo-pathologistes devra se fixer sur ce point d'une manière toute particulière.

Il résulte des faits que nous venons d'analyser qu'il règne une grande confusion sur le mode du développement de ces prétendues tumeurs fibro-cystiques, sur leur siége et sur les liquides qu'elles peuvent renfermer. Comme nous l'avons rappelé, suivant M. le professeur Cruveilhier, les tumeurs véritablement fibro-cystiques ne renferment dans leur cavité que de la sérosité, tandis que d'autres pathologistes disent que c'est de la fibrine, et le docteur Klark, qui a examiné un grand nombre de ces liquides, en admet trois variétés principales : il pourrait être séreux, gélatineux, sanguinolent. M. Barth aurait trouvé une fois un liquide séreux renfermant de la cholestérine et de la matière crétacée, et une autre fois un liquide albumineux et citrin. Le docteur Allee, dans un cas, un liquide noir; dans un autre un liquide clair et transparent. Le docteur Rieux un liquide qui ressemblait à de la boue splénique. MM. Icery et Kœberlé un liquide citrin et séreux. Comme on le voit, la nature des liquides qu'on a rencontré est très-variable, et le plus grand nombre se rencontre plutôt dans les kystes de l'ovaire que dans les tumeurs fibro-cystiques. Il nous paraît donc impossible, en nous basant sur les faits que nous avons pu réunir et analyser, de reconnaître comme de véritables tumeurs fibro-plastiques les faits que nous avons rapportés et qui ont été considérés comme tels, par divers chirurgiens.

Une autre transformation des tumeurs fibreuses utérines serait l'induration. Cette variété est beaucoup plus rare que celles que nous avons rappelées, et l'on n'en connaît que quelques rares exemples. Bayle les a décrites sous le nom de *corps fibreux osseux* de la matrice. A Londres, à l'hôpital Saint-Thomas, on voit deux pierres utérines si dures qu'on a pu les scier et les polir comme du marbre et de l'ivoire; les Mémoires de l'Académie de chirurgie renferment un travail de Louis sur ce sujet. Cette variété est toujours intra-utérine et plus souvent interstitielle, par conséquent la gastrotomie ne doit pas être pratiquée dans ces cas.

Enfin, on admet que les corps fibreux peuvent diminuer et même se résorber complétement; pour mon compte, je crois en avoir observé quelques exemples, si je n'ai pas commis une erreur de diagnostic en prenant pour des tumeurs fibreuses des tumeurs qui étaient d'une autre nature. Mais est-ce à l'âge, car on dit que chez quelques femmes qui vieillissent les tumeurs fibreuses diminuent peu à peu et finissent par disparaître, ou bien est-ce à la thérapeutique qu'on doit attribuer un pareil résultat? J'ai observé trois dames, arrivées à l'époque de la ménopause, ayant des tumeurs fibreuses, ou que j'avais considérées comme telles, chez lesquelles ces tumeurs ont disparu.

Ces dames étaient venues me consulter parce qu'elles se croyaient atteintes de kystes de l'ovaire; elles n'avaient, selon moi, que des tumeurs fibreuses. Pensant que toute opération était inutile et même très-dangereuse, et désireux cependant de ne pas les désespérer en leur annonçant l'incurabilité de leur mal, je leur conseillai le traitement suivant, leur laissant espérer qu'elles pourraient en obtenir un bon résultat : quinze jours chaque mois, elles ont pris, au déjeuner et au dîner, deux ou trois cuillerées à café de vin iodé naturel préparé par fermentation, et par semaine deux bains alcalins et de temps en temps sur le ventre des badigeonnages avec de la teinture d'iode, puis, de loin en loin, une petite purgation, ou le soir en se couchant l'usage d'une ou deux pilules d'Anderson. Ce traitement devait être et a été continué pendant des mois et même des années. Ayant eu l'occasion de revoir ces malades, que j'avais perdues de vue pendant plusieurs années, j'ai vu avec surprise qu'elles étaient complétement débarrassées et qu'elles jouissaient d'une excellente santé. Un examen fait avec soin me permit de constater qu'il n'existait plus de tumeur dans le ventre. Est-ce à l'iode, donné pendant très-longtemps et à très-petites doses, ou bien à la cessation des règles chez ces malades, ou enfin à l'âge, qu'il faut attribuer ces guérisons? Je l'ignore. Je n'ai d'autre but en signalant ces faits que d'appeler l'attention de mes confrères sur un résultat qui, s'il est vrai, pourra se renouveler entre leurs mains. En résumé, quelle que soit la cause de cette régression ou atrophie des tumeurs fibreuses chez mes malades, qu'on l'attribue à l'âge ou à la thérapeutique, il nous paraît utile de conseiller aux malades un traitement reconstituant, ne serait-ce que pour les délivrer de l'inquiétude qu'elles éprouvent lorsqu'on leur dit qu'elles sont incurables; d'ailleurs ce traitement ne peut être nuisible, et s'il ne produit aucun résultat avantageux, il vaut mieux encore y recourir que de pratiquer la gastrotomie, qui dans les cas de tumeurs fibreuses ne donne que des résultats fâcheux et presque toujours mortels. On verra la preuve de

---

Ainsi la dispersion des pèlerins, après les cérémonies religieuses de la Mecque, devait se faire par les voies de terre dans toutes les directions; les vastes déserts qui séparent la ville sainte des populations du nord, du levant et du couchant, purifiaient les caravanes de tout élément morbide; les pèlerins épuisés et les malades restaient en arrière, et beaucoup trouvaient leur tombe dans les sables du désert.

De cette manière, on comprend comment les troupes d'Hadjis et les grandes caravanes pouvaient être décimées dans les lieux saints et en route par la dysentérie, le typhus, le choléra ou la peste, tout en n'important ces fléaux qu'à de rares intervalles au milieu des populations ainsi séparées de la Mecque par le plus puissant et le plus efficace de tous les cordons sanitaires, le désert. Ceci est tellement vrai que nous voyons, dès que cette barrière est supprimée, se produire des conditions sanitaires nouvelles dont l'Europe est aujourd'hui victime. Ce sont les bateaux à vapeur et les chemins de fer qui ont renversé cette barrière.

Des steamers vont chercher les pèlerins au Maroc, sur les côtes de l'Algérie, dans les ports de la Turquie d'Europe et de l'Asie Mineure, et les portent à Alexandrie d'Égypte, d'où le chemin de fer les amène en quelques heures à Suez, et là des vapeurs appartenant à des compagnies égyptiennes et anglaises les transportent à Djeddah en quatre ou cinq jours.

Les pèlerins musulmans des Indes, de l'Afghanistan, de la Perse, et même ceux de la presqu'île Arabique, ne prennent pas non plus la voie de terre; des vapeurs d'une compagnie anglaise de Bombay, destinés spécialement au service des Hadjis, recueillent ceux-ci dans les ports de la presqu'île du Gange, dans ceux du golfe Persique, à Bassora, à Mascate, à Aden, à Souakin, etc., et les conduisent également à Djeddah.

Comment, dans quel état d'hygiène et de santé les pèlerins de l'extrême Orient arrivent à Djeddah? C'est ce qu'on ne sait que très-imparfaitement.

Ce qui paraît à peu près certain aujourd'hui, c'est que l'Hedjaz n'est pas un foyer de choléra, que ce fléau y est toujours

cette assertion dans les tableaux suivants, que nous avons empruntés en grande partie à la thèse de M. Caternault.

Les observations suivantes, qui ont été publiées dans ces dernières années par divers chirurgiens ne prouvent pas tout ce que leurs auteurs ont voulu leur faire prouver.

Obs. I. — *Tumeur de la matrice du poids de 33 kilogr. Extirpation. Mort le troisième jour dans une prostration profonde; écoulement de 2 litres de sang au moment de l'opération.* — X..., demoiselle de vingt-quatre ans, dont les règles, toujours régulières, se supprimèrent en 1860. Le ventre devint très-volumineux, et un trocart plongé à différentes reprises et en différents points de l'abdomen *ne donne aucun résultat*. En 1863, ventre plus volumineux, infiltration des membres inférieurs; œdème. A la percussion, sensation d'un flot de liquide très-manifeste; à la palpation, masse unique, régulière, assez résistante; nouvelle ponction *sans issue d'aucun liquide;* le trocart se *trouve pris* dans une masse compacte, mollasse, la sensation de liquide paraissait tellement manifeste à gauche, qu'on ne pouvait conserver aucun doute sur la présence du liquide. Au pourtour de l'ombilic, dans une étendue de 20 à 25 centimètres, la paroi abdominale est adhérente à la tumeur, le reste est très-mobile; les adhérences paraissent avoir été *consécutives aux ponctions, à l'hémorrhagie qui les aura accompagnées*, car la malade n'a jamais éprouvé de douleurs péritonéales.

Gastrotomie le 14 mars 1863. Adhérence au pourtour de l'ombilic, au foie, à la vésicule biliaire, à l'épiploon. La tumeur découverte ondulait comme une gelée ou une vessie incomplétement distendue; elle était sillonnée de vaisseaux très-volumineux, non adhérents à sa face postérieure et fixée sur le fond de l'utérus à son angle gauche, par un pédicule de la grosseur du poignet, sur lequel fut placée une ligature métallique, au-dessus de laquelle le pédicule fut sectionné. Écoulement de sang difficile à arrêter d'environ 2 litres La tumeur était constituée par un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe à son angle gauche, sur lequel portait la ligature; les deux ovaires étaient sains.

On désirerait trouver dans cette observation plusieurs détails qui nous paraissent importants et au point de vue de l'anatomie pathologique et au point de vue du diagnostic. D'abord, le siége précis de cette tumeur fibreuse ramollie est passé sous silence; il est bien dit dans l'observation que c'est une tumeur interstitielle de la matrice, mais il est dit aussi qu'elle avait un gros pédicule implanté sur le fond de l'utérus vers son angle gauche, de telle sorte qu'on ne sait pas bien si cette tumeur doit être rangée dans la classe des tumeurs interstitielles de l'utérus, c'est-à-dire si elle a pris naissance dans l'épaisseur du tissu utérin (corps fibreux interstitiel) ou bien si elle s'est développée à la surface du fond de l'utérus (corps fibreux sous-péritonéal ou péri-utérin). La connaissance exacte du point de départ de cette tumeur était donc nécessaire pour savoir à quelle classe elle appartenait. L'épaisseur très-grande du pédicule donne à penser que son implantation devait être profonde dans l'angle gauche du fond de l'utérus, et que cette tumeur s'était d'abord formée au milieu du tissu utérin lui-même, que par conséquent c'était un corps fibreux interstitiel qui peu à peu avait envahi le bassin et le reste de la cavité abdominale; l'hémorrhagie considérable, difficile à arrêter, qui suivit l'excision du pédicule, malgré la ligature métallique placée préalablement, vient encore donner raison à cette opinion. Il est dit, dans l'observation, que la tumeur, mise à découvert, ondulait comme de la gelée ou comme une vessie incomplétement distendue par du liquide, qu'elle était sillonnée de vaisseaux très-volumineux... Il eût été important de savoir si cette ondulation dépendait du ramollissement de la tumeur et de quelle nature était ce ramollissement; probablement qu'il était gélatiforme, puisque la tumeur ondulait comme de la gelée. Mais, malgré la sensation d'une fluctuation très-évidente, le diagnostic pouvait-il laisser du doute sur la nature fibreuse de la tumeur, après les ponctions qui avaient été pratiquées en plusieurs points; ces ponctions devaient, suivant nous, assurer le diagnostic, et auraient dû, la tumeur étant reconnue de nature fibreuse, faire rejeter l'opération.

Quant aux adhérences, considérées par M. Kœberlé comme consécutives aux ponctions et à l'hémorrhagie qui les a accompagnées, c'est son opinion qu'il formule, mais sans en donner la preuve. Il aurait dû indiquer si ces adhérences se trouvaient au niveau des points où les ponctions avaient été faites, ce qui n'est pas probable, si l'on s'en rapporte à l'observation telle qu'elle est publiée, puisque du côté gauche qui avait été ponctionné, comme le côté droit, *la tumeur était complétement libre*, et que les adhérences qu'il a mentionnées existaient « au pourtour de l'ombilic et avec l'épiploon », dont les vaisseaux artériels et veineux étaient énormément dilatés « avec le foie et la vésicule biliaire ». Toutes ces adhérences, les seules qui sont notées dans l'observation, ne peuvent être attribuées aux ponctions, puisque celles-ci n'ont pas été faites dans les endroits où le chirurgien a trouvé des adhérences, et que là où les ponctions avaient été faites, il n'y avait pas la moindre adhérence. N'est-il pas plus rationnel d'attribuer toutes les adhérences qu'on a rencontrées au développement considérable de la tumeur, à sa grande vascularité, à son frottement et à la pression continue, avec tous les organes avec lesquels elle était en contact.

Enfin, n'est-il pas évident, dans ce cas, que c'est l'hémorrhagie considérable qui a eu lieu (2 litres de sang) qui a amené la mort de la malade, et probablement aussi l'inflammation du péritoine, quoiqu'il n'en soit rien dit dans l'observation.

Obs. II. — *Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 7 kilogr.— Extirpation des deux ovaires, et amputation de la partie sus-vaginale de l'utérus. — Guérison.* — Une sage femme âgée de trente ans, mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, très-amaigrie, régulièrement réglée, portait une tumeur fibreuse abdominale, *qui tournait parfois sur son axe*, sous l'influence d'une pression latérale, ou même du décubitus dorsal; cette tumeur était pédiculée, non adhérente, offrant une forme arrondie, non

---

importé quand le pèlerinage est suivi d'épidémies; c'est que, en 1865 particulièrement, ce sont les Hadjis des Indes (on sait que le choléra est endémique sur les bords du Gange, et que c'est là le grand foyer producteur) qui ont apporté le choléra à la Mecque, d'où l'épidémie s'est dispersée dans toutes les directions suivies par les pèlerins eux-mêmes; que, grâce aux bateaux à vapeur qui ont amené de Djeddah à Suez, en trois ou quatre jours, des Hadjis, qui auraient mis trente ou quarante jours pour parcourir la même distance par la voie de terre, cette dispersion rapide a semé l'épidémie en Égypte, puis dans tous les pays qui sont en rapport avec elle.

Dr A. Buez,

Médecin sanitaire et vice consul de France à Djeddah (Arabie).

Nominations. — Par arrêté du préfet de police : M. le docteur Chatillon, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Filhos, démissionnaire.

M. le docteur Paul Labarthe est nommé médecin adjoint du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Chatillon.

Sociétés de gymnastique en Suisse. — D'après une statistique dressée pour l'Exposition de Vienne, il existe en Suisse 179 Sociétés de gymnastique, avec 5245 membres, dont 3956 gymnastes pratiquants.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital de Lourcine le jeudi 8 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

bosselée et d'une consistance compacte à droite, molle et souple à gauche. L'utérus était libre et mobile au toucher; aucune ponction n'a été faite; opération le 20 avril 1863.

Mise à nu, la tumeur est reconnue tout à fait solide et sans adhérence, si ce n'est avec le grand épiploon, dans un espace de 3 ou 4 centimètres; elle est pédiculée. Le pédicule, étreint le plus près possible de sa base par la chaîne d'un constricteur, est rapidement serré, et la tumeur est exolsée au-dessus de la ligature métallique; le pédicule de la tumeur était évasé, et se continuait sans ligne de démarcation avec le corps de la matrice. Celle-ci renferme des noyaux fibreux; l'ovaire droit est malade; d'énormes veines et des artères très-volumineuses sillonnent le ligament large.

M. Kœberlé extirpe la matrice, en laissant la partie vaginale du col qui paraît sain; la trompe et les deux ovaires sont également excisés.

La cavité abdominale est nettoyée, mais on prend soin *de ne pas enlever tout le sang*, afin de favoriser la formation d'adhérences provisoires. La surface excisée du col de la matrice est badigeonnée avec le perchlorure de fer; des tubes de caoutchouc largement fenêtrés sont appliqués le deuxième jour et les jours suivants, pour donner issue à la suppuration et à des lambeaux de tissu mortifié de la matrice; leur usage est continué pendant dix-huit à vingt jours, en même temps que des injections détersives sont pratiquées; la guérison est complète un mois après l'opération.

Ce fait remarquable prouve la possibilité de faire l'amputation avec succès de toute la portion sus-vaginale de la matrice, mais il nous paraît susceptible de plusieurs remarques, qui peut-être pourront donner à réfléchir à ceux qui seraient tentés d'imiter la conduite de M. Kœberlé.

D'abord les symptômes offerts par l'examen du ventre ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de la tumeur, qui était évidemment fibreuse, non adhérente, pédiculée. La dureté qu'elle offrait à la palpation, sa forme régulière, non bosselée, sa rotation si facile sur son axe, dans différentes positions, la mobilité de l'utérus, les troubles peu prononcés de la menstruation, tout annonçait que cette tumeur était fibreuse, péri-utérine, c'est-à-dire de la classe des corps fibreux dits péritonéaux. On devait donc être certain, avant d'ouvrir l'abdomen, qu'on allait rencontrer une tumeur fibreuse et non un kyste de l'ovaire.

Étant bien constaté par l'ouverture du ventre que cette tumeur était bien pédiculée (la grosseur du pédicule n'est pas indiquée), l'opérateur devait-il se contenter de couper le pédicule pour l'extraire, et était-il autorisé à enlever les deux ovaires, le ligament large et la matrice, quoique celle-ci renfermât des noyaux fibreux? Quel était le nombre et le volume de ces noyaux? Ne devait-on pas craindre qu'il n'y en eût jusque dans le col à l'état rudimentaire? C'est ce qu'on ne trouve pas dans l'observation. Enfin pourquoi augmenter les chances du traumatisme dans une opération déjà si grave en enlevant une trompe et un ovaire sains? Pourquoi enfin recommander de laisser du sang, dans le but de favoriser la formation d'adhérences provisoires? Dans quel but d'ailleurs chercher à établir des adhérences de la cavité du petit bassin? Il est vrai que le succès est venu couronner cette opération, mais au prix de graves accidents, d'une suppuration abondante, qui ont duré pendant trois semaines et qui auraient pu emporter la malade, tandis que si l'opérateur s'était arrêté à la section pure et simple du pédicule de la tumeur et à l'ablation de l'ovaire malade, peut-être les accidents qui sont survenus n'auraient-ils pas eu lieu. Le conseil de laisser du sang dans la cavité abdominale ne nous paraît pas bon à suivre et a été, à n'en pas douter, le point de départ de la suppuration dont les suites n'ont pas été fâcheuses, grâce à l'incision du ventre maintenue béante à sa partie inférieure, au drain de caoutchouc et aux injections détersives.

La mobilité de certaines tumeurs fibreuses, qu'on peut facilement déplacer, en les poussant, soit à droite, soit à gauche, ou bien en faisant coucher les malades sur le côté droit ou sur le côté gauche, a pu faire croire à une certaine rotation des tumeurs fibreuses sur leur axe, et par suite les a fait regarder comme étant pédiculées; cette mobilité, qui en effet est quelquefois réelle et très-remarquable, peut en imposer au point de vue du diagnostic et faire penser qu'une tumeur est pédiculée, alors qu'elle est sessile et implantée dans le tissu utérin, au milieu duquel elle a pris naissance. Il nous paraît utile, dans le but d'éviter la gastrotomie pour les tumeurs fibreuses, d'appeler l'attention des chirurgiens sur ce point. En effet, en y réfléchissant un peu et pour peu qu'on ait été à même de voir un certain nombre de tumeurs fibreuses interstitielles ou péri-utérines, ayant pris leur essor vers l'abdomen, on comprendra facilement que ces tumeurs fibreuses peuvent paraître et être mobiles, quoiqu'elles ne soient pas pédiculées. Voici la cause de cette mobilité ou de cette prétendue rotation: dès qu'une tumeur fibreuse a atteint un certain volume et qu'elle s'est développée du côté du ventre, qu'elle soit interstitielle ou péri-utérine, elle fait corps avec l'utérus, dans lequel elle est implantée et solidement fixée, par un pédicule court, large et épais, autrement dit par un pédicule sessile qui fait que la tumeur et l'utérus ne font qu'une seule et même masse; dans cet état, si le fibrome a la forme d'une poire dont la grosse extrémité est en haut, c'est-à-dire du côté de l'ombilic, et la petite extrémité en bas, du côté de l'utérus, et si en même temps il est exempt d'adhérences avec le pourtour du bassin ou les organes environnants, on constate, si l'on imprime, à travers les parois abdominales, des mouvements de latéralité et même de torsion, et cela parce que l'utérus est mobile et sert d'axe ou de pivot à cette masse fibreuse non adhérente qui, dans ce cas, peut se déplacer facilement et être portée à droite et à gauche, absolument comme si elle était pédiculée; alors, si l'on en concluait que la tumeur fibreuse est pédiculée parce qu'on peut facilement la repousser à droite et à gauche, on ferait une erreur de diagnostic et l'on pourrait se laisser entraîner à une opération très-grave, croyant avoir affaire à une tumeur fibreuse pédiculée. Plusieurs exemples de cette nature que j'ai observés m'ont appris à me défier de cette mobilité des tumeurs fibreuses, et m'ont empêché de pratiquer la gastrotomie dans des cas où il faut s'en dispenser.

Il existe d'ailleurs quelques signes qui peuvent éclairer le diagnostic et montrer que la tumeur fibreuse n'est pas pédiculée et qu'elle fait corps avec la matrice; ces signes, les voici: si, pendant qu'on touche la malade, soit par le vagin, soit par le rectum, on prie un aide de porter la tumeur, soit à droite, soit à gauche, ou même de la soulever entre ses deux mains à travers les parois abdominales ou de la refouler en haut vers le diaphragme, le doigt introduit dans le vagin et placé sur le museau de tanche ou dans le rectum sent que le col se porte du côté droit, si la tumeur est repoussée à gauche, et *vice versa*, et que, dans le cas où la tumeur est refoulée en haut vers le diaphragme, l'utérus est entraîné en haut et abandonne le bout du doigt introduit dans le vagin. Avec ces signes et ceux qui font reconnaître les tumeurs fibreuses, on peut arriver à un diagnostic à peu près certain.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

PHYLLOXERA. — Diverses communications de MM. *Max. Cornu*, *Barral* et *Nourrigat*.

ACIDE PHÉNIQUE. — M. *Küntzli* adresse une note concernant l'emploi de l'acide phénique dans le traitement du croup et de l'angine couenneuse. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse une nouvelle note sur des substances destinées aux objectifs de microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

TISSU CELLULAIRE RÉPANDU DANS L'ORGANISME DES VERTÉBRÉS. Note de M. *A. Müntz*. — Ce tissu, étudié par l'analyse chimique, a été rencontré dans la peau, les boyaux, la vessie des mammi-

fères, dans la peau des oiseaux et reptiles; il forme dans ces organes le réseau cellulaire renfermant la substance qui se dissout dans l'eau bouillante en se transformant en gélatine. Quelques autres principes de l'organisme animal présentent la même réaction, mais le reste de leurs propriétés les distingue de la matière décrite. On a pu dissoudre, quoique avec beaucoup de difficulté, la substance cornée (épidermose), différente par sa composition, qui est identique avec celle du groupe dont la gélatine est le type. On sait que la soie est également soluble dans une dissolution ammoniacale de cuivre.

Nouveau squelette humain de l'époque paléolithique dans les cavernes des Baoussé-Roussé (Italie), dites « grottes de Menton », par M. *É. Rivière*. — La description de M. Rivière est trop longue pour être reproduite ici.

Des sinus lymphatiques du corps thyroïde. Note de M. *P. Boéchat*. (Nous reviendrons sur ce sujet.)

Société de médecine de Strasbourg. — M. *C. Sédillot* appelle l'attention de l'Académie sur une brochure de M. *Herrgott*, intitulée : « La Société de médecine de Strasbourg, depuis 1842 jusqu'en 1872; sa participation au mouvement scientifique pendant les trente années de son existence. Discours prononcé à la réunion annuelle du 4 juillet 1872 »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées dans les départements des Ardennes et de l'Indre pendant l'année 1872. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Des échantillons d'eaux minérales provenant d'une source ferrugineuse alcaline située à Bagnères-de-Luchon et pour laquelle le conseil municipal de cette ville sollicite une autorisation d'exploitation. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Évrard* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Méru pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements des Ardennes et de la Savoie. (*Même commission.*) — *e*. Les comptes rendus des travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité dans le département de la Charente-Inférieure pendant l'année 1871. (*Commission d'hygiène.*)

M. le ministre de la marine et des colonies accuse réception des tubes de vaccine que l'Académie lui a adressés pour les colonies (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit une lettre de remercîment de M. le docteur *Prescott Hewett*, pour le titre de correspondant étranger qu'elle a bien voulu lui accorder.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Un mémoire de M. le docteur *Decaisne* sur l'insalubrité des eaux qui alimentent Versailles. — 2° Une brochure sur le traitement des fractures du membre inférieur par les appareils du docteur *Noizet*.

L'appareil de M. Noizet pour fracture de jambe peut être appliqué à toutes les fractures, mais il est principalement utile dans les frectures compliquées. C'est un appareil à extension continue, où se trouvent combinées la suspension et l'hyponarthécie; il est constitué par une boîte quadrangulaire dans laquelle le membre est déposé, puis soumis à une extension continue par le moyen d'un treuil, ce qui le différencie du système de Baudens. La description de cet appareil, en l'absence de figure serait peu intelligible.

L'appareil de M. Noizet pour les fractures de cuisse est construit de manière à produire l'extension continue, avec une traction douce et graduée. Il se compose d'une grande attelle dépassant la hanche en haut et le pied en bas; dans son milieu est fixé un treuil sur lequel s'enroule la corde de tirage et disposé comme dans l'appareil précédent dans ses détails; la corde passe par son extrémité supérieure sur un rouleau de renvoi et est fixée au bandage contre-extenseur appliqué à la racine du membre; la corde s'enroule sur l'arbre du treuil, et par en bas elle sert à l'extension; mais, grâce à la présence d'une planchette fixée à angle droit sur l'attelle et traversée par les deux lacs qui s'attachent aux deux bandages circulaires, l'extension se fait parallèlement à l'attelle, dans le sens de l'axe du membre.

M. *le président* a le regret d'annoncer, en ouvrant la séance, la mort de M. Liebig, l'éminent chimiste, un des associés étrangers les plus illustres de l'Académie.

Bains térébenthinés. — M. le docteur *Chevandier* (de Die, Drôme) donne lecture d'un travail manuscrit sur la médication thermorésineuse : indications et contre-indications des bains de vapeur térébenthinés à haute température.

Ce genre de traitement, dit l'auteur, mis en usage depuis quelques années par un grand nombre de médecins de province, a donné d'excellents résultats.

De toutes les résines, celle qui donne les meilleurs résultats est la résine extraite du pin Unglio.

Les vapeurs résineuses peuvent être administrées aussi bien en douches qu'en bains et sont très-bien supportées des malades, même à de très-hautes températures.

D'après M. Chevandier, elles ont été employées avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, la blennorrhagie, la goutte, les névralgies, les affections chroniques de la vessie, les engorgements strumeux ou la syphilis.

Elles ont moins d'action ou même doivent être complétement rejetées dans le traitement des affections cérébrales ou spinales.

Cette lecture a été à peu près écoutée, et le travail est renvoyé à une commission qui en rendra compte ultérieurement.

Prix. — M. *Delpech* donne ensuite lecture du rapport de la commission du prix Godard, dont les conclusions doivent être votées à la fin de la séance. Quatorze mémoires ont été adressés à l'Académie; si, comme dit le rapporteur, tous ces ouvrages ont un mérite réel, la commission a dû être légèrement embarrassée pour distribuer les récompenses.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Davaine* prend encore aujourd'hui la parole, mais pour répondre cette fois aux reproches ou plutôt aux objections qu'on lui avait adressés dans les précédentes séances.

Nous remarquons qu'il a répondu à tout le monde, excepté à M. Chassaignac. M. Bouley avait dit : Il est des discours auxquels on ne répond pas. Il paraît que M. Davaine est de cet avis.

On lui a reproché d'avoir mal observé ou mal interprété les faits: M. Béhier, à propos de la marche de la température; M. Vulpian, au point de vue des lésions anatomiques.

S'il n'a pas parlé plus longuement de la température, c'est qu'il ne croyait pas que cela fût nécessaire. M. Verneuil lui avait posé une simple question à ce sujet; il avait répondu en quelques mots, sans songer qu'il dût faire l'histoire de la température dans la septicémie.

Mais lui aussi, comme M. Béhier et avant M. Béhier, dès 1869 et 1871, avait constaté que le thermomètre baissait rapidement au moment où la mort arrivait. Du reste, cet abaissement n'est pas constant, et il a vu des cas où la température suivait une marche ascendante à mesure que l'animal s'affaiblissait.

Il n'y a donc là rien de constant, et voilà pourquoi il n'avait pas insisté.

Quant aux lésions anatomiques, elles sont, d'après ses contradicteurs, tellement constantes, nombreuses et palpables, qu'il faudrait être aveugle pour ne pas les voir.

M. Davaine répond que jamais, dans ses communications à l'Académie, il n'a nié l'existence de ces lésions. En répondant à M. Verneuil qu'il n'en avait pas vu, il a voulu dire qu'aucune de celles qu'il avait constatées ne lui avait paru être la cause réelle de la mort.

On prétend que ces lésions sont constantes : le fait est inexact, et les expériences de MM. Béhier et Vulpian en sont la meilleure preuve. Qu'on les étudie, en effet, et l'on verra qu'à part les altérations du sang et la présence de bactéries ou de vibrions dans ce sang, aucune des autres (œdème, congestion, inflammation des viscères, etc.) ne s'est rencontrée constamment. Il y a même des cas où elles font complétement défaut, comme le prouvent des observations de M. Colin et de nouvelles expériences qu'il vient de faire depuis les communications de MM. Vulpian et Béhier. MM. Coze et Feltz, qu'on in-

voque contre lui, disent parfaitement que, dans bien des cas, on ne trouve pas de lésions anatomiques.

M. Davaine aborde ensuite la question de la nature de la septicémie.

M. Vulpian, dit-il, pense que chez le lapin, le cobaye, on est en présence d'une affection parasitaire, d'un genre spécial de septicémie bien différent de la septicémie ordinaire, et il propose de lui donner le nom de bactériémie. M. Davaine n'admet pas cette distinction : dans la septicémie expérimentale comme dans la septicémie pathologique, les conditions d'empoisonnement sont absolument les mêmes, les altérations du sang sont les mêmes, et les agents toxiques constamment identiques. Dans l'un et l'autre cas, il y a septicémie, c'est-à-dire putréfaction développée dans un organisme vivant, et cette putréfaction peut être déterminée aussi bien par du sang putréfié à l'air que par du sang septicémié. Il n'y a d'autre différence entre ces deux liquides que l'odeur de putréfaction, et il a démontré qu'en détruisant cette odeur le liquide ne perdait pas ses propriétés septiques.

Il y a identité de propriétés virulentes, il y a donc identité de nature, et l'on n'a pas le droit d'établir une distinction entre les deux. Comme conclusion, M. Davaine rejette le mot *bactériémie*.

Arrivant ensuite aux expériences que M. Vulpian a faites au point de vue de la septicémie humaine, M. Davaine explique la différence des résultats par la différence de conditions dans lesquelles ils ont opéré l'un et l'autre.

M. *Vulpian*, après avoir relevé quelques petites inexactitudes ou exagérations anatomopathologiques, répond qu'en somme il a insisté tout spécialement sur les lésions, parce que Davaine les avait complétement passées sous silence.

Quant au mot *bactériémie*, s'il l'a proposé, c'est qu'il a voulu établir provisoirement une limite, une différence entre la septicémie produite expérimentalement dans le laboratoire et la septicémie qu'on observe au lit du malade. C'est une simple réserve faite au nom de la clinique.

PUTRÉFACTION CHEZ L'HOMME VIVANT. — A la fin de la séance, M. *Bouley* fait, comme on dit vulgairement, venir l'eau à la bouche de ses auditeurs, en leur promettant pour mardi prochain une communication extrêmement intéressante de M. Chauveau, qui est arrivé à des résultats complétement inattendus en étudiant les phénomènes de la putréfaction dans l'organisme vivant.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 MARS 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

TUBERCULE DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE : HÉMIPLÉGIE ALTERNE INCOMPLÈTE. — LYMPHANGITE SYPHILITIQUE. — MENSTRUATION CHEZ UNE DAME DE SOIXANTE-HUIT ANS. — DISCUSSION SUR LA PROPYLAMINE.

Au commencement de la séance, M. *Luys* montre un grand nombre de planches photographiques obtenues au microscope, représentant des coupes de la protubérance et particulièrement des noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil.

M. *Féréol* fait ressortir que, actuellement au moins, on ne peut expliquer anatomiquement les relations qui existent entre le noyau d'origine du nerf moteur oculaire commun d'un côté, et le noyau du moteur oculaire externe du côté opposé.

— M. *Féréol* complète la communication faite par lui dans la précédente séance (*Gaz. hebd.*, page 260), sur un jeune homme de vingt-six ans, syphilitique sans manifestations actuelles, et tuberculeux avancé, lequel avait été pris, en 1872, d'hémiplégie incomplète du côté droit et, un peu plus tard, de paralysie du moteur oculaire externe gauche. Dans les derniers jours de sa vie, ce malade avait de l'engourdissement du bras gauche, un peu de somnolence et de stupeur, et une céphalée avec exacerbations paroxystiques très-vives. Il succomba le 20 mars aux progrès de la phthisie.

L'autopsie montra que les phénomènes paralytiques avaient été causés par un tubercule jaunâtre, gros comme une cerise, situé dans l'étage supérieur de la protubérance, près du point de jonction de la protubérance et du bulbe. Ce tubercule refoulait en haut et en arrière le plancher du quatrième ventricule; il était développé sur la ligne médiane, empiétant un peu plus sur la moitié gauche de la protubérance. Le tissu nerveux était tout autour richement vascularisé.

Dans ce cas, fait remarquer M. Féréol, il n'y avait pas de paralysie faciale, et l'alternance de la paralysie se passait tout entière entre l'oculo-moteur externe gauche et les membres du côté droit.

Le tubercule occupait le point qui correspond au noyau d'origine du moteur oculaire externe gauche; or, on remarquait l'inaction du muscle droit interne de l'œil droit, lorsque ce muscle était appelé à se contracter en même temps que le muscle droit externe de l'œil gauche. Il paraît donc probable qu'il y a entre les deux noyaux d'origine de la troisième paire d'un côté, et de la sixième paire du côté opposé, des fibres communicantes qui président normalement à la synergie des muscles antagonistes de l'œil.

— M. *Guyot* rapporte un exemple de lymphangite syphilitique. Cet accident, rare de la syphilis secondaire, s'est présenté sur une femme de vingt et un ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis avec une syphilide papuleuse nette, une double amygdalite et des plaques muqueuses à la vulve. On voyait, aux deux membres inférieurs et symétriquement placée au niveau du condyle interne de chaque fémur, une tuméfaction allongée suivant l'axe du membre, rouge, empâtée, au centre de laquelle on reconnaissait un cordon rénitent, cylindrique, rectiligne et renflé par des nodosités légères en chapelet. Ce cordon partait du tiers supérieur de la jambe et s'étendait jusqu'au tiers moyen de la cuisse.

Aucune lésion des téguments ne permettait de rapporter à un traumatisme ces plaques de lymphangite et l'engorgement des vaisseaux. Il n'y avait qu'un peu de tuméfaction des ganglions inguinaux, sans douleur.

— M. *Beaumetz* présente à la Société un nouvel échantillon de propylamine retiré, par M. Personne, de l'estomac du veau.

Il fait remarquer qu'il vaut mieux se servir du chlorhydrate de triméthylamine, que l'on peut mieux et plus sûrement doser que la propylamine.

Une discussion sur l'emploi de la propylamine dans les hôpitaux s'élève entre MM. Siredey, Lailler, Paul, Oulmont et Bourdon. L'administration est toute disposée à livrer de la propylamine aux médecins des hôpitaux, quand des expériences plus nombreuses en auront fixé la valeur thérapeutique.

M. *Martineau* dit que sur cinq cas de rhumatisme qu'il a traités par la propylamine, il a eu deux succès bien nets, deux succès douteux et un résultat nul. De plus, il a essayé le chlorhydrate d'ammoniaque dont la cristallisation est analogue à celle du chlorhydrate de triméthylamine : donné à la dose de 50 centigrammes par jour, à trois malades rhumatisants, le chlorhydrate d'ammoniaque a paru amener rapidement la guérison.

— M. *Guyot* rapporte qu'une dame de ses clientes, âgée de soixante-huit ans, ayant cessé d'être réglée pendant dix-huit ans, a vu reparaître ses règles depuis trois mois, régulièrement.

Il n'y a chez elle aucune lésion du col ou du corps de l'utérus, qui puisse expliquer cet écoulement sanguin.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

RÉAPPARITION DE LA MENSTRUATION CHEZ UNE DAME DE SOIXANTE-TREIZE ANS. — SUR LES SOLUTIONS D'HYDRATE DE CHLORAL ET LEURS PROPRIÉTÉS ANTIPUTRIDES ET ANTIFERMENTESCIBLES.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Champouillon* cite le fait suivant : Une de ses parentes, née le 5 mars 1800, avait été régulièrement réglée jusqu'en 1859, époque à laquelle la menstruation cessa complétement. En 1868, cette fonction reparut avec tous ses caractères normaux et une régularité complète. C'est là un fait rare et qui mérite d'être consigné, surtout au point de vue médico-légal.

M. Champouillon ajoute que cette dame est depuis longtemps atteinte d'un rhumatisme goutteux ayant amené l'ankylose de toutes les articulations des membres, à l'exception toutefois de l'articulation scapulo-humérale droite. En même temps, la malade élimine par la peau une quantité considérable de phosphate et de carbonate de chaux, tellement même qu'on est obligé de racler la peau avec un couteau pour enlever les incrustations.

— M. *Beaumetz*, dont l'activité dans les recherches de thérapeutique ne se dément pas, vient aujourd'hui lire un travail sur les propriétés antifermentescibles et antiputrides des solutions d'hydrate de chloral. Les expériences sur lesquelles s'appuie M. Beaumetz ont été entreprises en collaboration de M. Hirne : elles sont nombreuses. De nombreux bocaux où sont enfermées des substances albuminoïdes ont été présentés à la Société, qui a pu se convaincre que la fermentation a été empêchée dans tous ceux où les matières fermentescibles ont été mélangées à une solution chloralée. Seule la levûre de bière, avec le glycose, fermente malgré la présence du chloral.

De ces propriétés antifermentescibles devaient découler des applications thérapeutiques (plaies de mauvaise nature, chancre phagédénique, gangrène, cancer ulcéré).

Des expériences entreprises dans divers services des hôpitaux, à l'instigation de M. Beaumetz, ont donné des résultats satisfaisants. Des pansements ou injections avec une solution au centième ou au cinquantième, ont modifié très-heureusement des ulcères gangréneux, des chancres phagédéniques, etc. (MM. Dolbeau, Cadet de Gassicourt, Martineau).

M. Beaumetz propose également la solution de chloral dans le traitement du muguet, dans le catarrhe ancien de la vessie, dans la septicémie. Plusieurs expériences faites sur des lapins chez lesquels M. Beaumetz avait injecté d'abord des bactéries, ont paru démontrer que la solution chloralée n'a aucune influence sur la bactériehémie.

M. *Martineau* fait remarquer que les propriétés antifermentescibles n'entraînent pas forcément les propriétés antiputrides. Si l'eau de chloral arrête la fermentation, elle ne détruit pas cependant la fétidité. Dans un cas de kyste hydatique à suppuration infecte, dans un autre cas de pleurésie enkystée, M. Martineau n'a pu enlever la mauvaise odeur du pus avec le chloral, tandis que l'alcoolé d'eucalyptus a parfaitement réussi.

Selon M. Martineau, la solution de chloral agit à la façon de la teinture d'iode, et elle a l'avantage sur cette dernière de ne pas donner lieu à l'iodisme, de ne pas salir les linges ni d'altérer les tubes de caoutchouc.

M. *Beaumetz* dit que la solution chloralée n'est antiputride que parce qu'elle est antifermentescible et qu'elle modifie par cette dernière propriété les sécrétions ou exhalations dans les foyers de suppuration.

— M. *Lailler*, ayant reçu dans son service un jeune garçon récemment mordu par un chien enragé, demande à ses collègues quelle est la meilleure méthode prophylactique.

M. *Bergeron* répond que, dans un cas analogue, il a soumis son malade à l'iodure de potassium et aux bains de vapeur. L'enfant n'eut aucun accident rabique. Il faudrait cependant se garder de conclure, car on sait que sur dix personnes mordues par un même chien, la rage peut ne se développer que chez une ou deux d'entre elles.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE. — ANÉVRYSME SPONTANÉ DE L'ARTÈRE PÉDIEUSE.

M. *Duplay*. — Quel est le meilleur traitement chirurgical applicable à la cataracte? L'extraction est considérée à juste titre comme la méthode générale; quels sont les meilleurs procédés de cette méthode? MM. Panas, Giraud-Teulon, Perrin, ont fait l'historique complet de la question. Les procédés peuvent être divisés en trois groupes : à grand lambeau, à incision linéaire périphérique, à incision linéaire centrale. Le premier groupe comprend le procédé de Daviel; le second, le procédé de de Graefe dont il ne reste que l'incision plus ou moins périphérique et l'iridectomie. Enfin, dans le troisième groupe, l'incision est plus ou moins vers le centre de la cornée (Liebreich, Lebrun, Kuchler, Notta). Les deux premiers groupes ont été employés un très-grand nombre de fois et peuvent être comparés entre eux au point de vue de la statistique. Si l'on considère les résultats bruts, le procédé de de Graefe l'emporte notablement; les statistiques empruntées à différents auteurs et à divers pays en donnent la preuve.

Le procédé de de Graefe est évidemment plus difficile que celui de Daviel; c'est l'objection que l'on fait tout d'abord. Si l'opération donne des résultats meilleurs, cette objection ne doit pas exister. D'ailleurs, chirurgicalement parlant, le procédé de Daviel est plus délicat. On a dit que le procédé de de Graefe laissait une pupille déformée; la paupière supérieure cache la difformité et le résultat optique n'est pas mauvais, comme l'a démontré M. Giraud-Teulon; l'opération de Daviel ne laisse pas toujours la pupille intacte. On reproche à l'opération de de Graefe d'exposer à la hernie de l'iris. Lorsqu'on fait la section de l'iris convenablement, on évite l'enclavement; cet accident est au compte de l'opérateur.

Où sont les avantages de la méthode de de Graefe? Avec le procédé de Daviel, M. Duplay a eu des phlegmons de l'œil; avec le procédé de de Graefe, jamais. Cela tient surtout à la forme de l'incision, plutôt qu'à sa situation. C'est à la forme de l'incision qu'il faut attribuer la réunion immédiate. Dans le procédé de de Graefe, plus grande facilité pour évacuer les couches corticales; dans la méthode à grand lambeau on n'ose pas faire sortir ces couches. Enfin, dans les cas compliqués d'adhérence de l'iris, d'irido-choroïdites, etc., le procédé de Daviel serait presque certainement suivi de résultats fâcheux; avec l'autre méthode, on peut détacher les adhérences, extraire le cristallin dans des cas où l'on n'oserait le faire avec le procédé de Daviel. Chez une femme atteinte de cataracte compliquée d'irido-choroïdite avec adhérence complète de l'iris au cristallin, M. Duplay pratiqua l'opération de de Graefe avec une large iridectomie; la malade guérit. Ainsi, pour les cas compliqués, où le procédé de Daviel donnerait un insuccès presque certain, le procédé de de Graefe peut donner des succès. En résumé, ce dernier procédé a une supériorité incontestable, en ce qu'il expose moins au phlegmon de l'œil, permet de débarrasser la pupille des débris de la cataracte, et d'opérer avec succès des cataractes compliquées.

On pourrait donc s'en tenir au procédé de de Graefe. Si on ne l'a pas fait, c'est que ce procédé était plus difficile; c'est à cause de cela que les procédés de Lebrun, Liebreich et Notta ont été imaginés. Le procédé de Notta a été décrit, dès 1861, par Kuchler. Les procédés de cet ordre n'ont pas été appliqués assez souvent pour être comparés aux précédents, au point de vue de la statistique. Leurs avantages sont : 1° d'être plus

faciles à exécuter que le procédé de de Graefe; 2° de jouir d'une égale facilité de réunion, parce que l'incision est linéaire. Les inconvénients, comme dans la méthode de Daviel et peut-être plus : issue très-difficile des couches corticales, grande fréquence des hernies de l'iris ou au moins des synéchies. Sur trois opérations faites par M. Duplay, dans un cas, hernie considérable de l'iris; dans les deux autres cas, synéchies; ces malades auront plus tard des phénomènes glaucomateux. La facilité de l'opération est telle que M. Duplay ne croit pas quo l'enclavement soit le fait de l'opérateur. L'opération centrale donne des cicatrices qui, placées au centre de la cornée, ont de l'inconvénient. Il peut en résulter une irrégularité de forme dans la courbure, d'où astigmatisme partiel. Ces procédés à incision linéaire centrale ne conviennent pas aux cataractes compliquées.

Dans un mémoire sur son opération, Kuchler annonce 27 opérations, 27 réunions immédiates. Si l'on analyse les observations, on trouve : suppuration de l'œil, un cas; synéchies, six cas; cataractes secondaires, sept cas; issue du corps vitré, six cas; nécessité de faire une pupille artificielle secondaire, dix cas. Ce procédé, connu en Allemagne depuis 1861, a été complétement abandonné. A plus forte raison, le procédé à petit lambeau central est donc inférieur au procédé de de Graefe.

M. *Giraud-Teulon* répond à une petite attaque, fort bienveillante du reste, dirigée par M. Perrin à l'adresse de la tendance mathématique d'une des argumentations précédentes. M. Perrin a paru redouter qu'une part trop grande eût été faite en cela à des principes non exclusivement chirurgicaux. Cette opinion était d'autant moins fondée dans sa bouche, qu'il nous a donné lui-même une démonstration mathématique, plus concluante assurément que tout ce qui avait été dit précédemment en faveur des grandes ouvertures de la chambre antérieure. Il a, mieux que personne, mis en lumière la puissante action des pressions intérieures de l'œil pour chasser le cristallin, quand elles s'exercent sur toute sa surface postérieure, particulièrement si on les compare aux actions expultrices exercées parallèlement à son plan. Mais après avoir payé ce juste tribut à une intelligence aussi nette de ce mécanisme, M. Giraud-Teulon doit, précisément en sa qualité de mathématicien, reprocher à l'orateur d'avoir établi une confusion aussi grande que celle qui résulterait de la proscription de la qualité de linéaires donnée aux incisions, telles qu'elles se pratiquent dans la méthode de de Graefe ou de Kuchler.

En n'admettant que des lambeaux grands ou petits, M. Perrin semble avoir méconnu complétement le principe même de ces méthodes. Un lambeau, grand ou petit, est une valve mobile autour d'une charnière. La plus légère modification dans la pression, ainsi que l'a très-bien fait observer M. Duplay, va déranger la coaptation. Dans l'incision linéaire, au contraire, la position d'équilibre est l'affrontement naturel des deux lèvres de la plaie; et cet affrontement ne saurait être dérangé que par l'intervention d'une action extérieure considérable. Aussi n'est-ce point par une simple faiblesse qu'a été choisie cette expression de linéaire. Les qualités qui lui sont inhérentes jouent à l'endroit de la coaptation cicatricielle un rôle tout aussi important que celui joué par les grandes ouvertures de la cornée, dans le mécanisme de l'expulsion de la cataracte. Dans notre sentiment, ce ne peut être que par la considération simultanée de ces deux éléments fondamentaux que l'on arrivera à poser les termes exacts de la mécanique de l'extraction de la cataracte. Et c'est l'objet que nous avons eu constamment en vue dans notre communication : mettre en relief, d'une part, la nécessité de la création d'une large porte de sortie; de l'autre, la non moindre importance d'un affrontement naturel et permanent des lèvres de la plaie ; en d'autres termes, la combinaison du principe linéaire de de Graefe et d'une absence de résistance à la sortie. La méthode de Kuchler, si l'on néglige pour un moment ses inconvénients de détail, réalise, à la fois et au maximum, ces doubles conditions. Elle est le dernier terme de tous les essais pratiqués depuis la mort de de Graefe, et qui ont rapproché successivement l'incision linéaire du plan transversal. Cette méthode est donc digne de toute attention et ne doit être abandonnée que si les inconvénients de détail amenaient des conséquences fâcheuses, d'un poids à faire oublier ses qualités avantageuses. Ces inconvénients, sur lesquels nous aurons à revenir ultérieurement, se rattachent, dans le plus grand nombre des cas, aux enclavements ou pincements de l'iris dans la plaie. Nous avons constaté leur très-grande fréquence dans notre propre pratique; nous ne nous dissimulons aucunement leur importance théorique; néanmoins, nous ne les avons point vus jusqu'à présent entraîner, en aucun cas, à leur suite, les résultats que la théorie pouvait faire prévoir. Cette méthode reste donc encore pour nous d'une pratique plus assurée et plus tranquillisante. Mais cette manière de voir n'est encore qu'un sentiment, et nous attendrons la réunion d'un nombre d'observations suffisant, avant de venir la défendre devant vous comme définitivement établie.

M. *Notta*. — Les inconvénients signalés par M. Duplay ne se produisent pas aussi souvent qu'il l'a dit; sur dix individus opérés par M. Notta, cinq n'ont pas de synéchies. Ces derniers ont la pupille parfaitement nette. Ceux qui ont une synéchie ont une très-légère altération de la fonction. M. Notta a obtenu des guérisons tellement rapides, et des succès si satisfaisants, qu'il continuera à employer le procédé à incision linéaire centrale sans iridectomie. Dans un cas, la synéchie arriva douze jours après l'opération; cela tient peut-être à ce que le malade s'était frotté l'œil; avec le procédé de Daviel, on eût peut-être vu la suppuration du globe oculaire. Le frottement avait amené une désunion des bords de la plaie. Sur les dix malades de M. Notta, trois se sont heurté l'œil assez fortement pour amener un épanchement de sang dans la chambre antérieure.

M. *Giraud-Teulon* a vu se produire une hernie de l'iris quelques jours après l'opération, chez un opéré atteint de bronchite chronique, sous l'influence des efforts de la toux.

— M. *Panas* présente un anévrysme spontané de l'artère pédieuse; le malade arriva à l'hôpital portant sur le dos du pied une tumeur enflammée, qui avait des battements. Compression avec des rondelles d'amadou. Sous l'influence des battements, les tissus s'ulcérèrent, et une hémorrhagie se produisit. M. Panas lia l'artère au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale. Le jour de l'opération, cessation des battements et du souffle. Le lendemain on perçoit un petit battement; il s'établissait une circulation collatérale par la péronière antérieure. Application d'une compression sur cette artère; les battements cessent. Mais la compression ne peut être supportée d'une façon continue. Compression sur la poche. Au vingtième jour, le malade était guéri. Il ne restait qu'une plaie large comme l'ongle du petit doigt. C'est alors que survinrent des frissons violents et les signes de l'infection purulente, et la plaie ne communiquait plus avec la poche. Le liquide septique ne venait donc que de la surface de la plaie.

A l'autopsie, abcès métastatiques dans le foie et les poumons; pas de pus dans les veines du pied, ni phlébite ni angioleucite. Toutes les fois qu'on a affaire à un anévrysme placé de la sorte, la ligature au-dessus et au-dessous de la poche est insuffisante. Une artère s'ouvrait à plein canal dans la poche, c'était la transversale du tarse. Si M. Panas avait eu le loisir de faire des injections de perchlorure de fer dans le sac, cela eût mieux valu; mais l'hémorrhagie ne lui en laissa pas le temps.

L. Leroy.

Sociétés savantes des départements.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON. — JANVIER 1873.

THYROÏDITE SUIVIE DE MORT : M. LAURE.

Le fait communiqué par M. Laure est un exemple rare de terminaison mortelle de thyroïdite. Il s'agit d'une femme, accouchée le 16 décembre, qui fut prise dès le lendemain de fièvre, avec prostration, et qui pendant huit jours présenta seulement les signes d'un état fébrile adynamique grave. Le 24 décembre, cette femme ayant eu un accès de dyspnée, on constata un développement considérable du corps thyroïde. La malade était aphone et respirait péniblement. Il n'y avait pas menace imminente d'asphyxie; c'est pourquoi, malgré un pronostic fort grave, on ne pratiqua pas la trachéotomie. Quinze sangsues furent appliquées, mais pendant la nuit suivante la malade succomba dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, qu'il ne fut pas possible de faire complétement, on trouva la trachée comprimée, aplatie, pouvant à peine recevoir une plume d'oie, et cette compression était causée par la glande thyroïde, enflammée, tuméfiée, renfermant du pus à l'état d'infiltration; de plus, çà et là on trouve de la dégénérescence colloïde.

M. Laure pense que dans un cas analogue la trachéotomie serait indiquée aussitôt qu'il y a un accès de dyspnée et que le pus n'étant pas collecté on ne peut lui donner issue. Dans ce fait, le lobe moyen ayant échappé à l'inflammation, l'opération n'eût pas été trop difficile.

La discussion a fait ressortir avec raison les deux points les plus intéressants de l'observation. En premier lieu, cette gravité insolite de la thyroïdite semble en rapport avec l'état puerpéral; elle paraît une conséquence de la septicémie puerpérale, comme l'a pensé M. Fochier, qui pouvait citer un cas analogue dans lequel la thyroïdite était accompagnée de phlegmons métastatiques et du cortége des symptômes de l'infection purulente, chez une femme en couches; en second lieu, comme l'a fait remarquer M. Fochier, il est probable que l'opération n'eût pas donné de résultats satisfaisants, et par conséquent M. Laure n'a pas lieu de regretter beaucoup de n'avoir pu pratiquer la trachéotomie. Cependant on est en droit de conclure, comme M. Gayet, que la trachéotomie n'est pas par elle-même une opération assez grave pour que, dans un cas analogue, on ne doive tenter cette intervention. Nous ajoutons que dans quelques cas de goître suffocant la trachéotomie a été pratiquée avec succès; par conséquent, on serait autorisé à faire l'opération pour la thyroïdite lorsque les symptômes acquièrent aussi brusquement que dans ce fait une intensité menaçante.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la pierre dans la vessie par les dissolvants. Leçon clinique de sir Henry THOMPSON, professeur de clinique chirurgicale à l'University College Hospital (1).

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur le passé, le docteur Thompson examine les ressources actuelles de l'arsenal thérapeutique moderne. Il divise les agents dont nous pouvons aujourd'hui disposer en deux classes : 1° les remèdes empiriques; 2° les moyens scientifiques.

1° *Remèdes empiriques.* — Il n'est pas de pays ou de contrées d'Europe où l'on ne trouve certaines personnes qui gagnent leur vie en fabriquant et vendant des remèdes lithontriptiques. Les recettes employées sont habituellement un héritage de famille, un secret se transmettant de père en fils. Des circonstances toutes spéciales ont fourni au docteur Thompson l'occasion d'étudier et d'examiner la vertu et la composition de ces agents réputés infaillibles. Il cite à ce sujet la piquante anecdote d'une vieille femme venue à pied du midi de la France jusqu'à Bruxelles et chargée d'un lourd panier plein de bouteilles; elle apportait au royal malade du docteur Thompson un précieux spécifique, dont elle seule avait le secret. Faisant ensuite la rapide énumération de ces remèdes populaires, l'illustre chirurgien anglais remarque avec raison que la plupart, sinon tous ces lithontriptiques, renferment des substances alcalines tirées des trois règnes : tout d'abord la terre alcaline, la chaux, principe actif des coquilles d'escargots de Pline et des coquilles d'œuf d'Avicenne, qui se retrouve encore dans le remède de Jeanne Stephens; puis l'eau de chaux et le savon deviennent à la mode et représentent ainsi l'association des trois principales substances alcalines; l'eau de Vichy enfin, sorte de panacée pour les affections urinaires, dont le pouvoir dissolvant a été tant vanté, n'est en réalité, qu'une solution concentrée de carbonate de soude. En somme tous ces prétendus spécifiques, tous ces remèdes populaires ou secrets, vantés de temps immémoriaux par les charlatans, ne sont autres en général que des solutions de chaux, de potasse ou de soude, ou bien des trois alcalins réunis. Toutes les cendres de plantes renferment de la potasse; celles des coquilles terrestres ou marines toujours la même substance active : la chaux.

2° *Remèdes scientifiques.* — Les remèdes médicaux sont partout les mêmes : la potasse hydratée, le bicarbonate, le citrate, l'acétate et le tartrate de potasse. Après eux, il faut citer la soude et la lithine sous diverses formes ou combinaisons. Mais avant d'examiner la valeur dissolvante de ces divers agents au point de vue scientifique et non plus empirique, le docteur Thompson passe rapidement en revue les substances sur lesquelles ils sont destinés à agir, en d'autres termes les diverses variétés de calculs que peut renfermer la vessie. Il nous paraît superflu de suivre ce professeur dans sa classification des calculs urinaires; disons seulement que les 3/5 des calculs vésicaux chez l'adulte sont formés d'acide urique et d'urates; plus des 2/5 sont de nature phosphatique, et l'on n'en trouve à peine que 3 à 4 pour 100 formés d'oxalate de chaux. Les calculs de cystine sont trop rares pour entrer en ligne de compte. Par conséquent, les 3/5 au moins des calculs vésicaux sont les produits d'une urine contenant de l'acide urique en excès, les deux autres cinquièmes d'une urine alcaline, le plus souvent ammoniacale, qui est la cause de leur formation.

Or, il résulte des expériences faites directement sur les calculs, que l'acide urique est facilement dissous par des solutions alcalines; mais certaines d'entre elles possèdent un pouvoir dissolvant plus énergique, et les sels qui en résultent ont un degré très-différent de solubilité. L'urate de chaux est assez soluble, l'urate de soude l'est moins, l'urate de potasse est le plus soluble des trois; aussi la potasse est-elle un des dissolvants les plus puissants pour les calculs d'acide urique. Il y a près de vingt ans que le docteur Thompson a déjà appelé l'attention du public médical sur la supériorité de ce dernier agent lithontriptique, et il soutenait à cette époque que le citrate et le carbonate de potasse sont plus puissants et plus certains que l'eau de Vichy dans le traitement de la gravelle urique (*The Lancet*, 1854, vol. I, p. 439). « Je puis ajouter, dit-il, que je n'ai jamais prescrit l'eau de Vichy dans les affections urinaires, car je la considère comme très-inférieure aux solutions de potasse. » Et il s'empresse d'ajouter : « Je pense que le citrate de potasse peut bien être regardé comme le sel qui offre le plus de chances de succès. Si, comme certains cas sembleraient l'indiquer, son action diurétique est trop grande, le bicarbonate est la meilleure préparation qu'on puisse lui substituer. »

Le docteur Roberts, de Manchester, qui a du reste expérimenté avec grand soin, et non sans succès, l'action dissolvante de ce sel sur les calculs vésicaux, a trouvé que le carbonate

(1) Nous avons reçu une traduction française de la leçon de M. Thompson, mais à une époque où elle avait déjà paru dans LA LANCETTE anglaise. Nous en donnons ici un résumé détaillé.

de potasse est bien supérieur à cet égard à la soude et bien plus efficace aussi que la lithine. La solution ne doit pas être trop concentrée, car alors un biurate alcalin se dépose sur le calcul et empêche l'action dissolvante du médicament.

Les meilleurs sels à administrer par la bouche sont le citrate et l'acétate de potasse, parce qu'ils passent dans l'urine à l'état de carbonates. La dose pour un adulte doit être de quarante à cinquante grains (2gr,40 à 3 grammes environ) dans trois ou quatre onces d'eau (100 à 125 grammes) toutes les trois heures, ce qui représente une dose quotidienne de six drachmes (24 grammes).

L'urine ainsi rendue alcaline se trouble par la présence des phosphates amorphes qui n'entravent pas la dissolution du calcul, à la condition toutefois que l'urine ne devienne pas ammoniacale, car alors l'effet lithontriptique du sel de potasse cesse immédiatement. Ainsi le docteur Roberts fait-il judicieusement observer qu'il ne faut chercher à dissoudre un calcul urique que si l'urine conserve son acidité normale. Dans le cas contraire, c'est-à-dire avec une urine ammoniacale, il se fera un dépôt de phosphates mixtes sur la pierre vésicale, et l'agent dissolvant deviendra complétement inutile. Le même auteur admet en outre qu'il est inutile de chercher à dissoudre un calcul d'oxalate de chaux, et que l'on ne peut agir sur un calcul phosphatique que par des injections intra-vésicales, enfin que ces dernières sont sans action sur un calcul urique (*Practical treatise on urinary and renal diseases*, 1872).

Le docteur Thompson, après avoir étudié la valeur des divers modes de traitement lithontriptique et rappelé le cas resté célèbre de Richard Walpole, termine sa leçon en ces termes :

« Quelle est donc la valeur du traitement en question? J'affirme sans hésitation qu'elle est grande, non lorsque la pierre est déjà toute formée dans la vessie, mais bien dans le premier stade de la maladie, lorsque le calcul est en voie de formation dans les reins. C'est la période de la maladie où il faut l'attaquer par les dissolvants. Quand de petits calculs d'acide urique passent par les uretères, soit accidentellement, soit d'une façon périodique, on peut faire beaucoup par un traitement préventif, suivant les préceptes que je vous ai exposés dans une conférence précédente et ensuite par un traitement alcalin. Les calculs uriques sont seuls en question ici, on le comprend, mais heureusement ils forment la plus grande majorité des calculs rénaux. »

Quant aux calculs phosphatiques, on sait combien il est fréquent de les rencontrer chez les malades qui ne vident qu'incomplétement leur vessie et dont l'urine est par là même alcaline.

Les injections intra-vésicales agissent très-bien, en pareil cas. On peut, ajoute le docteur Thompson, apprendre au malade à les faire lui-même : une ou deux fois par jour, après avoir retiré par la sonde toute l'urine de la vessie, on adapte au pavillon du cathéter un flacon bouché à l'émeri contenant 125 grammes environ d'une solution d'acétate de plomb (un tiers à un demi grain par once d'eau distillée) ou d'une solution très-diluée d'acide chlorhydrique (1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique pour 30 grammes d'eau); le malade en injecte la moitié et la laisse s'écouler avec les débris que l'injection peut entraîner; il injecte ensuite la seconde moitié et la laisse dans la vessie. C'est un bon moyen de prévenir la formation des calculs.

L'électricité a aussi été employée localement contre les pierres uriques et phosphatiques. Prévost et Dumas (1823) avaient déjà fait la première tentative à l'aide du courant galvanique. Trente ans plus tard (1853), Bence Jones n'a fait que perfectionner la méthode de ces deux savants chimistes. Mais ces essais ont été encore infructueux, et quelque légitimes que soient ces tentatives, elles ont encore besoin de nouveaux perfectionnements.

En résumé, le docteur Thompson arrive à cette conclusion, qu'il n'y a de chance de dissoudre qu'une petite pierre, toutes les conditions étant supposées favorables d'ailleurs, et pour arriver à ce but, encore faut-il un temps fort long.

BIBLIOGRAPHIE.

Études générales et pratiques sur la phthisie, par M. Pidoux. In-8° de 582 pages. — Chez Asselin.

3° *Clinique spéciale.* — Sous ce nom, l'auteur a réuni quelques observations sur les principaux symptômes de la phthisie, insistant sur quelques-uns d'entre eux. Encore une fois, ce n'est pas une symptomatologie didactique, mais un exposé de vues personnelles sur quelques points qui ont spécialement attiré son attention : l'habitude extérieure, l'hémoptysie, la toux, la diarrhée, etc. Nous nous occuperons spécialement d'un des symptômes auxquels on attache, avec raison, le plus d'importance : l'hémoptysie. C'est une des formes par lesquelles se traduit l'irritation congestive qui accompagne, chez presque tous les sujets, le début de la tuberculose. Pour Laennec et Louis, l'hémoptysie, chez les hommes, est un indice à peu près constant de tuberculisation. Pour Trousseau, sur un nombre donné d'hémoptysies, il y en a autant de simples que de tuberculeuses. Cette dernière opinion n'est point celle de M. Pidoux, pour lequel toute hémoptysie qui survient en dehors des maladies cardio-vasculaires et de certaines déviations naturelles, est, presque sans exception, tuberculeuse. Mais, pour justifier cette opinion, il admet qu'un grand nombre d'individus atteints de tubercules pulmonaires ne deviennent jamais phthisiques. La tuberculose n'évolue pas chez eux au point de se traduire par des signes appréciables à l'auscultation. On en a la preuve dans les autopsies de vieillards non phthisiques, chez lesquels les poumons présentent des traces indéniables de tuberculose : cicatrices, masses crétacées, cavités demi-comblées, etc. Aussi M. Pidoux se défie-t-il grandement de toute hémoptysie et conseille-t-il de surveiller avec le plus grand soin les hémoptysiques, quelque raison qu'on puisse avoir de se rassurer sur les suites de leurs hémorrhagies.

L'hémoptysie est-elle la cause fréquente des tubercules (Niemeyer)? En est-elle au contraire l'effet habituel? L'auteur attaque vivement la première hypothèse, qui lui semble contraire à tous les faits observés, à toutes les saines notions de pathologie générale. Nous ne pouvons ici le suivre dans les considérations cliniques qu'il développe sur les autres symptômes: toux, fièvre, diarrhée, etc., considérations d'ailleurs pleines d'aperçus originaux et d'observations d'un grand intérêt. Cette troisième partie se termine par un examen de la valeur comparée des symptômes locaux et généraux dans le pronostic de la phthisie, dans lequel se trouve mise en relief la disproportion remarquable qui existe souvent entre les deux ordres de symptômes. Cette disproportion dépend de conditions internes sur lesquelles le médecin devra compter pour développer la résistance de l'organisme et favoriser l'effet des médications. Nous voyons reparaître ici la question des antagonismes que nous avons déjà suffisamment indiquée.

4° *Des indications thérapeutiques générales et du traitement particulier de la phthisie.* — Cette quatrième partie comporte des développements considérables. Il ne s'agit pas ici, cela va de soi, de préconiser quelque médication nouvelle, mais bien de fixer avec précision les indications thérapeutiques et d'y satisfaire autant que possible.

« Les exemples de guérison spontanée ou naturelle de la tuberculose pulmonaire ne sont pas très-rares. La question n'est pas de savoir si ces guérisons sont aussi solides que celle d'une pneumonie, et si le sujet guéri n'est pas susceptible de rechute. Je dis qu'il est guéri, comme on peut l'être d'une maladie chronique. La médecine n'est donc pas impuissante contre la phthisie... Il est vrai que les malades qui guérissent spontanément ou par les seules forces de la nature sont bien plus souvent des tuberculeux que des phthisiques. Très-souvent on a ignoré l'existence de leurs tubercules pulmonaires, comme on ignore des adhérences pleurales qui sont pourtant le témoignage d'une pleurésie guérie... Il est inutile de s'ingénier à chercher des spécifiques contre la phthisie. Il n'y a

que des remèdes et des médications plus ou moins particulièrement applicables à telle ou telle nature d'individus phthisiques, à telle forme, à telle variété, à telle période, à telle complication de la phthisie. »

On voit de quels principes s'inspire l'auteur et les réserves avec lesquelles il aborde cette question du traitement. En définitive, pour lui, et nous ajouterons pour l'immense majorité des médecins observateurs, c'est toujours la nature qui guérit. Les médicaments n'agissent pas sur les éléments malades qu'ils neutralisent ou détruisent, mais bien plutôt sur les éléments sains dont ils soutiennent ou relèvent l'action et qu'ils soustraient à la contagion des éléments morbides.

Dans cet ordre d'idées, M. Pidoux aborde l'étude des différents médicaments préconisés contre la tuberculose ou contre ses principaux symptômes. Parmi les premiers se rangent l'huile de morue et ses succédanés, les préparations à base de chaux, l'arsenic, certains aliments, les contro-stimulants, les révulsifs. Les seconds comprennent les principaux calmants. Puis vient l'examen des médications à opposer aux grands symptômes : hémoptisies, sueurs, diarrhées. Les médecins trouveront, dans cette partie de l'ouvrage, des indications précieuses basées sur les résultats d'une immense pratique et sur une étude approfondie du mode d'action des différents médicaments. Le chapitre des eaux minérales offre, à ce point de vue, un intérêt particulier. C'est un guide précieux pour le praticien, qui y trouvera les renseignements les plus autorisés sur la valeur thérapeutique de ces eaux, leur convenance selon les formes de la maladie, leurs contre-indications. Les questions de l'hibernation et des stations hibernales, des voyages, etc., sont traitées avec toute la sûreté de vues que l'on était en droit d'attendre de l'auteur.

5° *Prophylaxie de la phthisie.* — Cette partie est comme la conclusion de l'ouvrage; c'est l'application des doctrines qu'on y a développées. M. Pidoux croit à la possibilité d'enrayer le développement de la phthisie, de la prévenir. Cette médecine préventive se divise en deux grandes parts; elle est relative à l'individu ou à l'espèce. La première s'applique aux enfants nés de parents phthisiques et se compose d'une série de moyens hygiéniques parmi lesquels l'hibernation et l'usage préventif d'eaux minérales appropriées tiennent la plus grande place.

La prophylaxie de l'espèce est la plus importante. C'est la plus arriérée. Elle n'existerait pas pour ceux qui professent la doctrine de la contagiosité absolue ou pour ceux qui partagent le scepticisme étiologique de Laennec. Nous avons vu que M. Pidoux s'élève en maints endroits contre ces désolants principes. Aussi croit-il fermement à l'influence des mesures hygiéniques destinées à combattre l'encombrement, le travail excessif, à supprimer les habitations malsaines, les habitudes nuisibles, etc. Pour donner à ces mesures une direction plus profitable, une impulsion plus énergique, M. Pidoux fait appel à une institution, à une œuvre spéciale soutenue par l'État, dont les efforts seraient guidés vers un but commun: l'extinction de la phthisie. Pour y arriver, il faudrait s'attacher à l'attaquer dans ses sources habituelles. Une des plus considérables est la scrofule, et c'est, d'après l'auteur, une des maladies dont la société peut espérer l'extinction par des efforts soutenus. Le froid est un autre facteur dont il faudrait garantir la classe pauvre en lui facilitant l'usage de vêtements protecteurs et en mettant à sa portée une alimentation vraiment réparatrice. La syphilis et l'arthritisme forment, avec la scrofule, les trois grandes portes d'entrée de la phthisie. Il faudrait les condamner. On ne peut que s'associer aux vœux formés par l'auteur; mais nous doutons que les réformes qu'il propose ou plutôt les mesures dont il provoque l'application soient réellement pratiques. Elles supposent le libre consentement des intéressés. Notons que, dans la pensée de l'auteur, il s'agit ici spécialement des individus appartenant aux classes les moins éclairées. Où trouver le moyen de leur imposer un changement d'habitudes, d'obtenir de simples précautions, quand il ne s'agit que d'éventualités morbides, alors qu'on est impuissant à les garantir d'excès dont la fâcheuse influence est bien autrement imminente et démontrée, même pour eux. Tout cela suppose un esprit de conduite, une maturité de raison encore bien éloignées de nous et qui découleraient de progrès de toute sorte antérieurement réalisés. Quoi qu'il en soit, ce sont là des aspirations généreuses auxquelles chacun doit s'associer et qu'on acceptera à défaut d'indications plus pratiques.

On a vu, par cette analyse bien incomplète malgré son étendue, combien de questions soulèvent ces études sur la phthisie. Toutes ces études sont animées d'un même esprit. Pour M. Pidoux, la tuberculose n'est pas une maladie spécifique, encore moins une maladie parasitaire. Le tubercule n'est point « le corps étranger » qu'avait compris Laennec. Il se fait *de nous et par nous*. La diathèse, l'hérédité, interviennent souvent; elles ne sont pas nécessaires. Que la tuberculose se manifeste sous forme de granulation plasmatique figurée ou de matière tuberculeuse amorphe, c'est toujours la tuberculose. Ses formes anatomiques peuvent varier de même que son expression clinique, sans que la maladie fondamentale soit différente. En distinguant anatomiquement la matière caséeuse du tubercule, et, cliniquement, la pneumonie caséeuse de la phthisie proproprement dite, l'école allemande a méconnu la réalité des faits; elle s'est montrée, suivant une heureuse expression, moins médicale que savante, à l'occasion de la médecine. C'est cette conception médicale de la phthisie que M. Pidoux a voulu nous donner. Ceux qui ne connaissent pas la phthisie ne doivent pas chercher à l'apprendre dans son livre. Il n'est pas fait pour eux. Ce n'est point un traité élémentaire; mais un exposé largement développé de considérations scientifiques et pratiques mûries par une vaste expérience et pénétrées d'une idée dominante: la curabilité de la phthisie. « Si, par malheur, la phthisie était spécifique, virulente et contagieuse, l'idéal que j'ai posé, la médecine sociale de la phthisie, la prophylaxie de cette maladie chronique si fatale à l'espèce, deviendrait une chimère. Mais cela n'est pas, j'en ai la conviction. *Credidi, propter quod locutus sum.* »

BLACHEZ.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 19 au 25 avril 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 19. — Typhus, 0. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 52. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections aiguës, 241. — Affections chroniques, 355 (1). — Affections chirurgicales, 70. — Causes accidentelles, 26. — Total, 842.

Londres : Décès du 13 au 19 avril 1873, 1603. — Variole, 2; rougeole, 25; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 23; érysipèle, 7; bronchite, 225; pneumonie, 124; diarrhée, 15; dysentérie, 5; diphthérie, 4; croup, 18; coqueluche, 75.

(1) Sur ce chiffre de 355 décès, 187 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Revue des hôpitaux : De la compression lente de la moelle épinière : M. Charcot, et, à ce propos, de la pseudo-paraplégie tétaniforme : M. Seguin. — **Travaux originaux.** Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Sociétés savantes des départements : Société des sciences médicales de Lyon. — **Revue des journaux.** Traitement de la pierre dans la vessie par les dissolvants. — **Bibliographie.** Études générales et pratiques sur la phthisie. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 8 mai 1873.

Société de biologie (4 mai) : DE L'HERPÈS TRAUMATIQUE : M. VERNEUIL.

Il existe des faits démontrant que, parmi les troubles de nutrition consécutifs à des lésions des nerfs, la production d'éruptions vésiculeuses, bulleuses, du zona ou herpès, est un phénomène assez souvent observé pour qu'on soit autorisé à admettre un herpès traumatique ou zona traumatique. La thèse de Mougeot (*Gaz. hebdom.*, 1867, p. 1822) a mis en lumière les observations de Charcot, Paget, Mitchell, et divers travaux sur l'herpès, sur le zona, ont ajouté de nombreux faits aux précédents.

M. Verneuil, dans le mémoire qu'il a lu à la Société de biologie, donne à l'herpès traumatique un sens bien plus large, puisqu'il tend à considérer comme herpès traumatique toutes les éruptions d'herpès observées chez les blessés, et paraissant avoir quelque rapport avec le traumatisme. En d'autres termes, M. Verneuil admet trois variétés d'herpès traumatique, et il cite des observations de chacune d'elles.

La première variété dénommée *herpès périphérique* est la forme connue de l'herpès traumatique caractérisée par la production d'éruption vésiculeuse, précédée ou accompagnée de douleurs, quelquefois seulement d'hyperesthésie; c'est elle qui se produit à la suite des lésions des nerfs dans leur continuité : l'éruption a lieu entre le point lésé et les terminaisons.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur cette variété, la seule décrite jusqu'à ce jour; il suffit de rappeler qu'en général on admet comme cause des troubles nutritifs une névrite de cause traumatique, et, de plus, les faits de Charcot, Samuel et Bærensprung, semblent démontrer que des lésions de la moelle, du cerveau, des ganglions sympathiques, peuvent déterminer les mêmes troubles.

Le fait rapporté par M. Verneuil est un exemple dans lequel il est fort difficile de déterminer le siége précis du traumatisme qui a été suivi de l'apparition de l'herpès. En effet, il s'agit d'un blessé atteint de fracture de la base du crâne traversant le sinus sphénoïdal et intéressant les deux rochers. Il y avait paralysie du nerf moteur oculaire externe et paralysie du facial d'un côté, et, le seizième jour après l'accident, le malade fut pris de fièvre avec hyperesthésie de la face, du côté paralysé; bientôt on vit apparaître des vésicules d'herpès à la joue, à l'aile du nez, à la lèvre supérieure du même côté. On s'expliquerait difficilement que la lésion du facial, nerf moteur, fût la cause de cet herpès traumatique; M. Verneuil présume une lésion partielle du ganglion de Gasser. Nous pensons, en effet, qu'il est prudent de s'arrêter dans un cas aussi complexe à une simple supposition.

La *seconde variété* d'herpès traumatique est l'*herpès de voisinage*, c'est-à-dire se produisant, non plus sur la périphérie du nerf au delà de la lésion, mais au voisinage de la lésion du nerf, celui-ci ayant été sectionné dans les cas observés. Dans une première observation il s'agit d'un amputé du médius, qui, sept ou huit mois après l'opération, éprouva des douleurs intolérables dans la cicatrice; celles-ci disparurent brusquement en même temps qu'il se produisit une éruption d'herpès aux lèvres, et quelques groupes de vésicules d'herpès sur les lambeaux.

La seconde opération est également un exemple d'herpès produit sur le moignon d'un amputé de cuisse. Dans ces deux cas, les malades avaient eu déjà de l'herpès, et chez tous deux l'éruption s'accompagna de phénomènes fébriles.

La *troisième variété* est l'*herpès à distance*, c'est-à-dire se produisant chez les opérés en dehors du lieu de l'opération, sur le trajet des nerfs qui n'ont pas été intéressés par l'instrument tranchant.

Dans un premier cas, c'est un herpès labial et guttural survenant à la suite de la section du voile du palais; dans un se-

FEUILLETON.

Prescription des honoraires médicaux. — Visite d'inspection chez les médecins autorisés à distribuer des médicaments.

Ce qui suit est une réponse à deux questions de jurisprudence médicale à nous soumises par deux honorables confrères, qu'elles intéressent en ce moment.

La première concerne cette malencontreuse prescription des honoraires médicaux, si mal motivée au fond, si embrouillée dans sa forme légale, qu'il semble, par les incessantes contestations judiciaires dont elle est l'objet, qu'elle ne puisse jamais passer à l'état de chose jugée. Nous en avons déjà parlé à diverses reprises; mais, puisque l'occasion nous en est offerte, montrons encore une fois quelle situation bizarre et désavantageuse est faite au praticien.

L'action des avoués, pour le payement de leurs frais et salaires, se prescrit par deux ans; mais comme la prescription ne court qu'à partir du jugement du procès ou de la conciliation des parties, ils n'ont aucunement à se préoccuper du temps que dure le procès. Celui-ci terminé, deux années leur sont accordées pour le recouvrement de leurs honoraires; chose d'autant plus facile ordinairement, qu'ils en détiennent, pour ainsi dire, le gage dans les titres et autres pièces qui leur ont été confiées. De plus, pour *les affaires non terminées*, ils peuvent former des demandes pour frais et salaires remontant à moins de *cinq années*. Au contraire, un médecin donne-t-il des soins à un client pendant quinze mois, par exemple, nous parlons de soins continus pour une seule et même maladie, le client ou ses héritiers peuvent lui opposer la prescription annuelle, à laquelle est soumise l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires (C. civ., art. 2272), et, en conséquence, refuser le payement des honoraires afférents aux trois derniers mois. Cette maladie, qui est pour le médecin sa *cause*, son *procès* à gagner ou à perdre, ce n'est pas le

cond cas, une malade opérée d'une tumeur au sein présente à la fois une éruption d'herpès à la paupière et à la commissure labiale, et des phénomènes tout particuliers dans la plaie du sein, de l'hyperesthésie, un aspect pultacé diphthéroïde des bourgeons charnus. Enfin, une troisième, opérée d'une tumeur du maxillaire, présente une première fois après l'opération de l'herpès de la face avec fièvre ; une seconde opération, rendue nécessaire par la récidive, est également suivie d'herpès de la face avec complication d'érysipèle.

Tels sont les faits qui ont amené M. Verneuil à distinguer trois variétés d'herpès chez les blessés.

La première variété est franchement traumatique ; en est-il de même des deux autres ? Pour l'*herpès de voisinage* ou l'herpès des moignons d'amputés, la relation entre le traumatisme et l'herpès est déjà plus difficile à comprendre. S'agit-il ici d'une névrite par action réflexe, d'une névrite ascendante ou collatérale occupant certains faisceaux du nerf coupé ? C'est une hypothèse qui manque de consécration matérielle ; à la névrite il faudrait peut-être ajouter une action réflexe pour donner une explication de l'*herpès à distance*. Il y a probablement, suivant M. Verneuil, une cause plus générale. Le traumatisme a semblé, dans plusieurs cas, réveiller les manifestations cutanées des diathèses ; l'herpès se rencontre dans la pneumonie traumatique et dans la septicémie ; on peut donc admettre que ces herpès traumatiques sont liés à un état particulier du sang ; d'ailleurs plusieurs des malades cités présentaient des éruptions antécédentes.....

L'herpès traumatique, envisagé de ce point de vue, devient presque une affection médicale ; ce qui est tout naturel, puisqu'en pathologie générale on séparerait difficilement les affections dites chirurgicales, des maladies.

M. Parrot l'a bien admis ainsi quand il a rapproché les observations de M. Verneuil de celles qu'il a publiées dans ce journal (voy. *Gaz. hebd.*, 1871, p. 374, 412). M. Parrot ne reconnaît pas nettement dans les faits de M. Verneuil le mode d'action du traumatisme ; il est porté à les considérer comme des exemples de fièvre herpétique. Le traumatisme cependant peut être considéré comme une cause de la localisation des groupes de vésicules herpétiques, parce que dans la fièvre herpétique il a observé que les vésicules se produisent de préférence au voisinage des excoriations de la peau et des muqueuses. Quelle que soit la valeur qu'on accordera à l'influence du traumatisme sur la production de l'herpès de voisinage et de l'herpès à distance, on reconnaîtra que M. Verneuil, en précisant les diverses conditions dans lesquelles se montre l'herpès chez les blessés, facilite le classement ultérieur des faits à observer, et, montrant les difficultés de l'interprétation, il appelle l'attention sur les particularités qui doivent rendre profitables les observations cliniques. Et parmi ces sujets d'étude l'état diphthéroïde des plaies, l'hyperesthésie de leur surface chez les blessés atteints d'herpès fébrile, offrent un grand intérêt pour les chirurgiens.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Suite. — Voyez les numéros 8, 13 et 18.)

Obs. III. *Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 700 grammes. Ascite grave. Extirpation de la tumeur. Mort.* — Madame de R..., trente-cinq ans, bonne constitution, offre une tumeur abdominale depuis deux ans, compliquée d'ascite. Elle a subi trente ponctions à la suite desquelles sont souvent survenus des symptômes de péritonite aiguë. Les règles ont été supprimées dans le cours de la maladie.

La tumeur, qui occupe toute la région hypogastrique et s'étend à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, est *mollasse* et reconnue partout solide, à l'aide du doigt introduit dans l'ouverture ombilicale, qui est le siége d'une hernie volumineuse. Voici le diagnostic porté *avant l'opération :* tumeur fibreuse de la matrice *probablement pédiculée*, très-vasculaire, avec des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen et avec des adhérences probables aux viscères voisins. — Ascite symptomatique. Opération pratiquée le 5 décembre 1863.

Le ventre ouvert, on trouve une tumeur extrêmement vasculaire, sillonnée de veines et d'artères volumineuses et comparables à *un placenta*. Les vaisseaux avaient des adhérences en partie avec la paroi abdominale, en partie avec l'épiploon. Ces adhérences multiples furent toutes coupées entre deux ligatures. On plaça ainsi une vingtaine de ligatures. La tumeur était totalement dépourvue d'adhérences à sa partie postérieure et était implantée sur le fond de la matrice à gauche, et avait contracté une adhérence qui, au premier abord, a paru la relier à toute la surface du fond ; mais cette adhérence purement fibrineuse put être séparée aisément. La tumeur se présenta dès lors avec un pédicule étroit sur lequel on appliqua une anse de fil de fer. Puis on excisa la tumeur. Les ovaires étaient parfaitement sains. Mort, douze heures après l'opération.

Bien des détails importants manquent dans cette observation, et l'on y remarque quelques contradictions. D'abord, il

---

moment où elle a eu une issue quelconque qui marque le commencement de l'année après laquelle la créance sera prescrite ; c'est un moment quelconque de sa durée. En sorte que la loi elle-même convie tout médecin avisé et prudent à cette précaution grossière, de placer ses clients, le 365e jour du traitement, entre un règlement immédiat d'honoraires et la discontinuation de ses soins. Car elle est fort prévoyante, cette loi ; la prescription a lieu « quoiqu'il y ait eu continuation de services » (art. 2274). Une année s'est écoulée ; la phthisie a fait des progrès ; l'ulcère ronge la matrice ; la mort n'est pas loin : c'est à vous de voir s'il vous convient de faire une nouvelle avance de peines, de frais, de dévouement ; vous êtes averti que c'est là un fond mal placé, sans aucune garantie légale.

Un moyen pourtant vous est ouvert, c'est de déférer le serment au débiteur, ou, si celui-ci est décédé, à sa veuve, à ses héritiers ou aux tuteurs de ces derniers, s'ils sont mineurs, « pour qu'ils aient à déclarer s'ils ne savent pas que la chose soit due » (art. 2275). A l'égard du client lui-même, ce moyen, il faut le reconnaître, peut ne pas manquer d'efficacité ; le parjure est un assez lourd fardeau pour que peu de personnes, on aime à le croire, consentent à s'en charger. Mais, de la part d'héritiers, de tuteurs, l'ignorance où ils peuvent être et sont souvent du fait à éclaircir, a pour les intérêts du médecin les mêmes effets que le faux serment, d'autant plus qu'ils n'ont pas à se prononcer sur de simples présomptions, mais uniquement sur une question de fait, à savoir : si « la chose a été payée ».

Ce sont les termes généraux dans lesquels la contestation se présente devant la justice. Disons toutefois qu'ils ont reçu de certaines Cours une interprétation moins rigoureuse et plus conforme à l'équité, mais seulement pour les cas de maladie aiguë. Il a été plusieurs fois jugé, conformément d'ailleurs à l'avis de jurisconsultes éminents, que toutes les visites faites pour une maladie aiguë constituaient une seule et même créance, et que, conséquemment, le temps de la prescription devait courir seulement à partir du jour de la dernière visite. Mais

n'est rien dit de la menstruation ; à quelle époque a-t-elle cessé, était-elle régulière pendant son existence, la malade a-t-elle eu des pertes, etc.? Puisque les ponctions ont souvent provoqué des symptômes de péritonite aiguë, il eût été intéressant de savoir si les adhérences qu'on a trouvées au moment de l'opération existaient au niveau de ces ponctions qu'on avait pratiquées trente fois, et dans les derniers temps tous les cinq ou six jours.

Il est dit dans un endroit que la tumeur est mollasse, puis, trois lignes plus loin, qu'elle est partout solide et très-vasculaire... Comment peut-il se faire qu'une tumeur soit mollasse et partout solide en même temps? C'est une contradiction qui prouve que cette observation n'a pas été recueillie avec soin. M. Kœberlé reconnaît également, avant l'opération, qu'elle est très-vasculaire, qu'elle est *probablement pédiculée*, avec des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen et avec des adhérences probables aux viscères voisins. Mais à quels signes ou symptômes a-t-il reconnu la grande vascularisation de cette tumeur, ses adhérences à la paroi antérieure et aux viscères voisins? Il eût été très-important de donner les raisons de ce diagnostic, d'autant mieux que ces adhérences n'ont pas été trouvées à la paroi antérieure du ventre, incisée sur la ligne blanche dans une étendue de 16 centimètres. A quels signes M. Kœberlé reconnaît-il avant l'opération les adhérences qui existent avec l'épiploon? Il eût été bon de le dire, de même que la raison qui l'engageait à diagnostiquer une tumeur probablement pédiculée, alors que ce pédicule ne pouvait se déceler par aucun signe, puisque la tumeur qui était implantée sur le fond de la matrice à gauche avait contracté une adhérence qui, au premier abord, a paru la relier à toute la surface du fond, mais cette adhérence purement fibrineuse put être séparée aisément, et la tumeur se présenta *dès lors* avec un pédicule étroit...

Enfin, en dehors des parties adhérentes, le péritoine n'a paru avoir subi aucune altération, quoiqu'il ait été souvent le siége de péritonite aiguë après les ponctions qui probablement, dans ce cas, n'ont pas été la cause d'adhérences au point où elles avaient été faites, puisqu'il n'en est pas fait mention dans l'observation. La malade a-t-elle perdu peu ou beaucoup de sang au moment de l'opération? Celle-ci a-t-elle duré longtemps? Silence le plus complet sur tous ces points; et pour des maladies de cette gravité, et pour des opérations de cette nature et qui sont encore à l'étude, est-ce trop exiger que de demander des observations sérieuses et bien faites? On a la crainte, en lisant cette observation, qu'elle n'ait été rédigée d'après le souvenir du médecin plutôt que prise au lit du malade, et le diagnostic paraît avoir été porté après coup, c'est-à-dire après l'opération.

Enfin la tumeur extraite était comparable à un *placenta*, alors ce n'était pas une tumeur fibreuse de la matrice, mais plutôt un de ces kystes aréolaires composé d'une infinité de très petites loges comme on en rencontre quelquefois; c'est donc à tort, selon nous, que cette observation est intitulée *tumeur fibreuse de la matrice*, d'autant mieux que cette tumeur n'adhérait à la matrice que par une adhérence purement fibrineuse, dont la séparation s'est faite facilement. Si l'anatomie pathologique de cette tumeur, comparable à un placenta, avait été faite avec soin, le lecteur n'aurait pu concevoir aucun doute sur la nature de cette tumeur.

Obs. IV. *Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice du poids de 4 kil.,500, avec amputation du col de l'utérus. Mort.*—Mademoiselle de G., trente-neuf ans, d'une constitution très-robuste et jouissant d'une bonne santé, est affectée, depuis dix ans environ, d'une tumeur fibreuse de la matrice. La menstruation est restée régulière, mais il y a tendance à la ménorrhagie.

La tumeur abdominale est mobile, irrégulièrement arrondie et sans adhérences. Elle s'étend depuis l'excavation pelvienne jusqu'à l'ombilic. Elle paraît implantée dans la paroi postérieure de l'utérus. — Opération, 27 septembre 1864.

La tumeur, attirée au dehors après l'ouverture du ventre, est libre d'adhérences et ne présente aucune adhérence profonde. Elle est située *à la partie antérieure* de la matrice et confondue avec cet organe. La tumeur fut divisée en deux et chaque partie excisée. Malheureusement les serre-nœuds n'avaient pas été suffisamment serrés, les tissus glissèrent et il survint une hémorrhagie formidable, la malade perdit plus de 3 litres de sang. Mort quatre heures après l'opération.

Le sujet de cette observation était robuste et jouissait d'une bonne santé, avec une tumeur qu'il portait depuis dix ans; la tumeur ne gênait pas les fonctions générales et était implantée dans l'utérus et confondue avec cet organe. Était-il indiqué de faire l'extirpation de cette tumeur, et cette opération pouvait-elle avoir des chances de succès? Notre avis est qu'il y avait une contre-indication formelle et que tout défendait une telle opération, dont le résultat a été ce qu'il devait être, la mort, et la mort par hémorrhagie, parce qu'il est impossible de comprimer assez le tissu fibreux pour empêcher l'écoulement du sang, quelle que soit l'espèce de ligature employée, parce que si l'on serre modérément ce tissu fibreux, le sang continue à couler; si l'on serre trop fort, la ligature coupe le tissu fibreux, et l'hémorrhagie se fait par tous les points de la section; d'ailleurs, cette observation est trop écourtée pour pouvoir être utilisée avec fruit.

Obs. V. *Ablation d'une tumeur fibreuse du poids de 5 kilogrammes, développée dans le fond de la matrice. Amputation de l'utérus. Guérison.* — Madame B..., vingt-neuf ans, bonne constitution, mariée, a toujours eu des règles normales, régulières, offre dans le ventre une tumeur arrondie, de consistance mollasse, très-mobile dans tous les sens, subfluctuante, et dont le début remonte à onze ou douze mois. Le toucher indique un col utérin immobile, et entraîné si l'on élevait la tumeur. On diagnostique une tumeur de l'ovaire. — Opération le 7 mars 1866.

Après l'incision de l'abdomen, on trouve une tumeur fibreuse, lisse,

---

sur ce point la jurisprudence est loin encore d'être fixée, et le médecin qui exercerait une poursuite pourrait s'attendre aux désagréments de l'appel. Quant aux maladies chroniques, à l'égard desquelles chaque visite est considérée comme un *service* distinct, elles tombent sans restriction sous l'application de l'article 2274, et la prescription atteint les honoraires dus pour la part de soins qu'elles ont nécessités plus d'un an avant le jour où le médecin introduit son action.

— L'autre question sur laquelle nous sommes priés de dire notre avis est la suivante : « Le médecin qui, se trouvant dans le cas prévu par l'article 27 de la loi de germinal an XI, fournit des médicaments aux malades qu'il traite, est-il soumis à la visite des inspecteurs de pharmacie? » L'honorable confrère qui nous la pose verse chaque année 6 francs au percepteur pour frais d'une inspection faite dans son domicile, en vertu d'un arrêté préfectoral, aux termes duquel l'inspection doit s'étendre aux officiers de santé qui jouissent des bénéfices de l'article 27, et à tout magasin renfermant quelque article de droguerie. Il nous envoie en même temps une *consultation* que lui a délivrée un légiste. Celui-ci, après avoir cité le texte des articles 29, 30, 31 de la loi de germinal et l'arrêté du 25 thermidor an XI, concernant les écoles de pharmacie, continue ainsi :

D'après ces articles, le médecin qui se trouve dans le cas prévu par l'article 27 de la loi de germinal an XI est-il soumis à la visite du jury médical? — Non.

J'invoque tout d'abord le texte même de la loi. Il y a quatre catégories de personnes que la loi organique de germinal autorise à vendre des médicaments simples ou composés. Ce sont : 1° *les pharmaciens*, qui seuls peuvent avoir officine ouverte pour le débit de toutes préparations ou compositions pharmaceutiques; 2° *les officiers de santé* (médecins en général), qui peuvent exceptionnellement, dans les cas prévus par l'article 27 de la loi de germinal, vendre des médicaments simples ou composés aux malades qu'ils traitent, mais sans pouvoir tenir officine ouverte; 3° *les droguistes et épiciers*, qui, d'après l'article 33 de la loi précitée, ne peuvent que faire le commerce en gros des drogues simples.

luisante, sillonnée de vaisseaux volumineux, de consistance mollasse avec des points quasi-fluctuants et sans adhérences.

Les vaisseaux provenant du ligament large droit sont compris entre deux ligatures de fil de soie, de façon à pouvoir sectionner entre elles, et un double fil de fer est placé sur le col de l'utérus et compris dans un serre-nœud. Ces ligatures sont brusquement serrées, de façon à interrompre la circulation instantanément.

Alors, à l'aide de forts ciseaux droits, section du corps fibreux, passant d'abord entre la tumeur et les deux ligatures jetées du côté droit, et venant ensuite couper l'utérus un peu au-dessous de ses grandes cornes, en sorte que, la tumeur enlevée, l'œil plongeait dans la cavité utérine béante. Les trompes furent donc en partie sectionnées et les ovaires respectés. Pas d'hémorrhagie. La ligature de la matrice s'est détachée le dixième jour avec les tissus mortifiés. Guérison très-prompte.

Un mois après l'opération, *au retour de l'époque menstruelle*, il se produit une hémorrhagie rectale qui dure environ un jour. En même temps survinrent dans les régions ovariques des douleurs sourdes, augmentant par la pression et annonçant l'existence d'un travail pathologique dans le petit bassin, peut-être sous l'influence de la congestion ovarique. On constate la formation d'une collection liquide, dans le cul-de-sac recto-vaginal, qui quelques jours après s'élimine par le rectum, sous forme de pus. L'opérée, revue le 25 juillet, est bien portante. Toutefois il est un fait bien remarquable que voici, c'est que cette femme, qui ne conserve plus de l'utérus que le col, voit chaque mois ses règles à l'époque régulière, et l'écoulement du sang est très-suffisant pour bien marquer le linge.

Cette tumeur fibreuse était sans adhérences et implantée sur l'angle droit et le fond de l'utérus avec lequel elle faisait corps. Plusieurs renseignements auraient été très-importants, et puisque l'utérus a été enlevé, il eût été bon de savoir si l'implantation de cette tumeur, qui faisait corps avec le fond de l'utérus, s'étendait jusque dans la cavité de l'utérus, et s'il était possible de l'énucléer, sans pénétrer dans la cavité utérine. Les vaisseaux provenant du ligament large droit sont compris entre deux ligatures, de façon à pouvoir sectionner entre elles, et un double fil de fer est placé sur le col de l'utérus. Puis, à l'aide de forts ciseaux, section du corps fibreux entre la tumeur et les deux ligatures jetées du côté droit... et venant ensuite couper l'utérus un peu au-dessous de ses deux grandes cornes...... Il y a dans cette rédaction quelque chose d'obscur, car on ne comprend pas bien cette section du corps fibreux entre la tumeur et les deux ligatures du ligament large... Quelle tumeur se trouvait donc à côté du corps fibreux, pour qu'on ait fait une section du corps fibreux entre la tumeur et les deux ligatures du ligament large? Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; la section du ligament large gauche, qui a été faite en coupant l'utérus au-dessous de ses grandes cornes, n'a donc donné lieu à aucun écoulement de sang? A-t-on lié le ligament large de ce côté? Il n'en est rien dit. Sur ce point, cette observation laisse donc beaucoup à désirer, de même que sur la marche de l'abcès qui s'est ouvert dans le rectum et sur ses suites. Cet abcès provenait-il du petit bassin et est-il resté une communication fistuleuse entre cette cavité et le rectum? Un phénomène plus curieux et qu'il est difficile de comprendre et d'expliquer, c'est que cette femme sans utérus, sans trompes, puisqu'elles ont été sectionnées, voit chaque mois ses règles à l'époque régulière... En supposant même l'intégrité des ovaires qui, dit l'observation, furent respectées. On se demande par où le sang serait arrivé dans le vagin, puisqu'il n'existait plus aucune communication entre les ovaires et le vagin; l'utérus et les trompes n'existant plus. Je ne veux pas insister plus longtemps sur ce point, mais cette circonstance de la régularité des règles montre combien il eût été important de faire l'anatomie pathologique et l'examen des parties coupées et enlevées pendant l'opération. Il est difficile de faire de la science avec de pareilles observations, et si j'avais une opinion à émettre, en présence de la régularité des règles qui continuent comme avant l'opération, je dirais que l'utérus n'a pas été enlevé et que les ligaments larges, au moins l'un d'eux, a été épargné. Enfin, pourquoi ne pas faire l'anatomie de la tumeur enlevée? Était-ce bien une tumeur de nature fibreuse? Il est permis d'en douter, et il est impossible d'accepter une pareille observation pour prouver qu'il est possible de faire avec succès l'ablation de l'utérus envahi par des *tumeurs fibreuses*.

Obs. VI. *Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice. Amputation de l'utérus. Ascite. Kyste du péritoine. Adhérences. Mort, douze heures après l'opération.* — Madame P..., de Tours, mariée, âgée de trente-cinq ans, constitution forte mais affaiblie par le mal qu'elle porte depuis cinq ans, a toujours eu une menstruation régulière. La tumeur qu'elle portait dans le ventre a été reconnue pour une tumeur fibreuse; péritonite plus ou moins grave à diverses reprises; ascite. Vainement deux injections iodées furent faites, environ à une année d'intervalle, par M. Nélaton, qui croyait à un kyste ovarique; chacune de ces opérations fut suivie d'une péritonite très-grave. Amaigrissement. Col utérin normal. Pas de tumeur sensible dans l'excavation. Un mois avant l'opération péritonite grave. Opération le 23 août 1866.

Épiploon épaissi, adhérent, plus de 2 centimètres d'épaisseur; aspect rougeâtre, quasi-musculaire, on est obligé de l'inciser avec le scalpel; chemin faisant, plusieurs vaisseaux sont liés ou pris entre des pinces. Enfin on arrive, non sans peine, jusqu'à la tumeur, qui est violacée, sillonnée de veines superficielles, mollasse et résistante par endroits; de nombreuses et fortes adhérences la réunissent aux parties voisines. Une ponction confirme sa nature fibreuse.

Destruction des adhérences, partie avec les doigts, partie avec des instruments. Dans cette énucléation très-pénible et très-laborieuse, on ouvre une première collection séreuse du péritoine (côté gauche), environ trois verres de sérosité se répandent dans l'abdomen. Collection de sérosité très-abondante dans la région épigastrique. Ligature de plusieurs vaisseaux.

Cette tumeur est implantée sur le fond de l'utérus, avec lequel elle fait corps; ligature métallique à l'union du col avec le corps de l'utérus et section de la tumeur avec de gros ciseaux, à 6 centimètres au-dessus de la ligature. Au milieu des anses intestinales agglutinées, à quelques centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, autre tumeur grisâtre, trilobée, offrant une résistance très-marquée; le lobe moyen offre une

---

Si la loi avait voulu placer sous la surveillance du jury médical la vente faite par chacune de ces catégories de personnes, elle aurait assujetti à la visite d'une manière générale *tous ceux* qui étaient autorisés à faire le débit de médicaments simples ou composés; mais elle a nominalement désigné comme soumis à cette visite les *pharmaciens, droguistes* et *épiciers*. Les médecins en sont donc affranchis.

Cet argument de texte a une grande valeur si l'on observe qu'il s'agit de faire l'application d'une loi réglementaire et fiscale, et que dès lors il n'est pas permis de sortir de ses termes précis.

En second lieu on ne peut pas raisonner par analogie et dire que le médecin, dans le cas prévu par l'article 27, doit être assimilé à un pharmacien. L'analogie, en effet, n'existe pas. Le titre ou la qualité de pharmacien est revêtu d'attributions spéciales définies par la loi et qui ne sont pas conférées aux médecins par l'article 27. Les pharmaciens font un commerce; ils ont une officine ouverte, ils payent une patente. Le médecin ne fait pas un commerce, c'est ce qu'a reconnu la jurisprudence; il ne tient pas une pharmacie, une officine ouverte au public; il est simplement autorisé à se servir des médicaments qu'il juge à propos de tenir pour ses malades. On ne peut donc pas le qualifier de pharmacien. Il ne cumule pas deux professions. Il n'en exerce qu'une; il ne paye qu'une seule patente, celle de médecin. Pour qu'il pût prendre la qualité de pharmacien, il faudrait qu'il fût muni d'un diplôme. Et encore la question s'est-elle posée en jurisprudence; la Cour de Paris, dans un arrêt du 3 août 1850, autorise le cumul, en déclarant dans ses motifs que, tout blâmable qu'il soit, il n'est passible d'aucune peine.

Si le médecin ne peut pas être qualifié de pharmacien lorsqu'il utilise l'autorisation qui lui est conférée par l'article 27, il est constant qu'il n'exerce qu'une seule profession et que le cumul n'existerait que dans le cas où il pourrait, muni d'un diplôme, avoir officine ouverte; il est certain qu'il ne peut être soumis à la visite du jury médical puisque, d'après la loi, cette visite n'atteint que les pharmaciens.

La consultation s'appuie, comme on voit, sur ce principe que nul ne peut suppléer au silence de la loi, et à ce point de vue elle est fort bien motivée.

Le praticien qui exceptionnellement délivre des médicaments ne peut tenir, sous peine de contravention, *officine ouverte*; il n'exerce donc pas la profession de pharmacien, et, s'il voulait joindre légalement cette profession à celle de médecin, il lui faudrait être reçu à la fois dans une Faculté de

résistance semblable à celle d'une vessie très-distendue par du liquide; son volume est celui d'un œuf d'oio. Une ponction faite avec un trocart fin, donne issue à un liquide inodore, aqueux, brunâtre et tenant en suspension une grande quantité de grumeaux petits et blanchâtres : c'était un kyste péritonéal qu'on fendit avec le bistouri, et dont l'union avec l'intestin grêle était si intime qu'il n'y avait pas à songer à l'en détacher. On prit donc le parti de l'attaquer par sa paroi interne et sécrétante; celle-ci se laissa arracher par grands lambeaux et avec assez de facilité; elle était formée d'une couche fibrineuse de 3 à 5 millimètres d'épaisseur.

Les nombreuses adhérences qu'il avait fallu déchirer, avaient laissé plusieurs surfaces saignantes; avec des ligatures, avec le cautère actuel, avec le perchlorure de fer on arrêta le sang. L'opération avait duré trois heures; l'hémorrhagie avait été très-considérable. Mort, douze heures après l'opération. Le poids de la tumeur était de 3 kilogrammes.

Chez cette malade, dont la tumeur avait été reconnue pour être une tumeur fibreuse dès son apparition et qui probablement fut acceptée pour telle par M. Kœberlé, le diagnostic pouvait, si l'on en juge par les lésions pathologiques trouvées pendant l'opération, offrir des difficultés, et les kystes péritonéaux remplis de liquide qu'on a rencontrés dans le ventre ont bien pu faire croire à M. Nélaton qu'il existait un kyste ovarique et l'engager à faire des injections iodées; mais le point sur lequel nous croyons faire quelques remarques est le suivant : cette malade avait eu des péritonites plus ou moins graves à diverses reprises, les deux injections pratiquées par M. Nélaton furent suivies d'une péritonite très-grave; ces péritonites répétées et très-graves éprouvées par la malade ne devaient-elles pas être une contre-indication à la gastrotomie, lors même qu'il se fût agi du kyste de l'ovaire? Il était donc bien certain qu'il devait exister des adhérences fortes et nombreuses, et rien n'indique dans l'observation qu'on s'en soit préoccupé avant l'opération. Maintenant fallait-il faire cette opération, la tumeur fibreuse ayant été diagnostiquée? Fallait-il céder au désir de la malade d'être opérée, quel que fût son affaiblissement et son amaigrissement? Était-il raisonnable d'exposer aux chances d'une telle opération une malheureuse femme qui offrait les contre-indications les plus formelles à cette extirpation? D'ailleurs, pourquoi M. Kœberlé ne s'est-il pas arrêté lorsqu'il a reconnu, après l'incision des parois abdominales, que l'épiploon était épaissi et adhérent, et que le fibrome était enveloppé de tous les côtés de nombreuses et fortes adhérences; en face de ces complications, que le diagnostic pouvait faire prévoir, si l'on avait tenu compte des péritonites graves éprouvées par la malade, sachant que l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles est toujours une opération très-grave à cause de l'utérus qu'il faut toujours intéresser, le chirurgien eût bien fait de s'abstenir. Le résultat a été ce qu'il devait être, la mort.

M. Kœberlé donne le nom de kystes péritonéaux aux collections séreuses qui ont été trouvées dans plusieurs endroits du péritoine; ces collections avaient été limitées par les adhérences que le péritoine enflammé avait contractées en différents points, d'où il était résulté des poches ou cavités péritonéales qui avaient retenu de la sérosité péritonéale à la suite des péritonites nombreuses observées chez cette malade. Les poches ou cavités ne peuvent donc pas être considérées comme des kystes proprement dits, mais comme des hydropisies partielles et enkystées du péritoine.

Obs. VII. *Amputation de la matrice et ablation d'une tumeur périutérine reliée au petit bassin par une adhérence large comme la main. Division de cette adhérence avec le fer rouge. Guérison.* — Une demoiselle des Antilles, âgée de vingt-sept ans, est affectée d'une tumeur fibreuse abdominale depuis cinq ans. Ascite depuis deux ans environ. Péritonite très-grave il y a dix huit mois; consécutivement inflammation phlegmoneuse de la fosse iliaque gauche, datant d'une année environ; formation d'un dépôt purulent, lequel a été ouvert en dehors du muscle carré des lombes et a donné issue pendant plusieurs jours à des matières stercorales. Menstruation régulière. Une ponction donna 11 litres de liquide. Alors on reconnut une tumeur de forme irrégulière, de consistance variable, en partie mollasse, en partie dure, très-mobile et pouvant être repoussée à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis sans que le col utérin fût sensiblement entraîné.

Diagnostic indécis, toutefois avec tendance à croire à une tumeur ovarique plutôt qu'utérine. Santé générale bonne au moment de l'opération, qui fut pratiquée le 7 juillet 1866.

Après l'incision, on reconnaît une tumeur fibreuse, implantée sur le fond de l'utérus et réunie dans une étendue très-notable au côté gauche de l'excavation pelvienne, par une adhérence large comme la main. Cette adhérence, diminuée d'étendue et réduite à une épaisseur d'environ trois travers de doigts, fut embrassée par une ligature métallique, et une seconde ligature métallique fut placée sur le col utérin, puis la tumeur fut excisée des deux côtés. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. L'adhérence pelvienne fut divisée, au-dessus de la ligature, par le cautère actuel, et il ne se produisit aucune hémorrhagie.

Un tube de verre de 12 centimètres de longueur, plongeant dans l'excavation pelvienne, servit à assurer l'écoulement libre d'environ 100 grammes de sérosité rougeâtre. Il ne survint aucun accident, et la guérison était complète le vingtième jour. La tumeur pesait 4 kil., 500.

Cette observation est assurément très-intéressante au point de vue du résultat obtenu, mais nous lui reprocherons de manquer de détails très-importants dans les soins consécutifs à cette opération et aussi dans les divers temps de l'opération. Pour ceux qui voudraient suivre M. Kœberlé dans cette pratique, cette observation serait incomplète. Pour assurer le diagnostic qui laissait des doutes avec les symptômes que présentait la maladie, l'opérateur eût bien fait de tenter une ponction exploratrice qui certainement l'aurait éclairé sur la nature du mal et eût peut-être empêché l'opération; car le mieux, en général, est de ne pas opérer ces tumeurs fibreuses, et pour un rare succès qu'on obtient on expose trop souvent les malades à la mort. Je ne serais disposé à tenter l'extirpation d'une tumeur fibreuse que dans le cas d'une erreur de diagnostic, c'est-à-dire que si, croyant opérer un kyste de l'ovaire, je trouvais une tumeur fibreuse, dans ce cas seulement l'extir-

---

médecine et dans une école de pharmacie. Malheureusement, s'il n'appartient pas aux tribunaux de faire dire à la loi ce qu'elle n'a pas dit, ils peuvent et doivent rechercher ce qu'elle a voulu dire, et c'est à quoi ils s'appliquent, en effet, chaque jour. Dans l'espèce, la jurisprudence est encore incertaine; mais déjà, en plusieurs points, elle ne s'est pas fait faute d'*interpréter* la loi, d'en rechercher l'*esprit* et de donner même au texte un sens qui dépasse formellement la signification grammaticale des mots. Ainsi il a fallu des arrêts réitérés de la Cour suprême pour consacrer légalement (si même elle l'est tout à fait) l'extension des termes : *officiers de santé* à l'ensemble des personnes exerçant l'art de guérir, quand, de fait, la loi de ventôse distingue l'officier de santé du docteur, et celui-ci de la sage-femme. De même, ni dans la loi de germinal, ni dans l'arrêté consulaire de thermidor, la profession d'herboriste n'est nommée parmi celles qui doivent être soumises à l'inspection médicale; aussi les herboristes ne payent-ils pas la taxe, et la visite à leur égard n'est-elle que préventive; mais si au commerce des herbes ils joignent celui des drogues médicinales mentionnées au tableau, la taxe leur est imposée. De même pour les marchands d'eaux minérales, alors même qu'ils ne vendent aucun autre médicament. Ce n'est pas que nous entendions établir une assimilation entre les herboristes vendant des drogues ou les débitants d'eau minérale, et les officiers de santé reçus à distribuer des médicaments, puisque les premiers tiennent boutique ouverte et se constituent véritablement droguistes; nous voulons seulement montrer qu'il y a lieu de compter, en cette matière, avec l'interprétation du texte légal. Ajoutez que si, comme le fait remarquer la consultation, le médecin autorisé à fournir des médicaments ne paie pas patente de pharmacien, la jurisprudence du Conseil d'État n'est pas, à cet égard, fort rassurante; car elle a déjà astreint à cette patente des médecins coupables de vente illicite de médicaments, laissant entendre par là que le fait matériel de l'association, même éventuelle, des deux professions entraîne une

pation pourrait être tentée, mais encore à la condition que cette tumeur fibreuse serait exempte d'adhérences, qu'elle serait pédiculée et qu'il ne faudrait pas toucher à la matrice; mais toutes les fois qu'elle ferait corps avec cet organe, qu'elle serait implantée sur son fond ou ailleurs, et qu'elle serait, comme on le dit, interstitielle, et qu'enfin son ablation ne serait possible qu'en enlevant la matrice, je crois que le mieux serait de s'arrêter et de refermer le ventre. Le refoulement de la tumeur à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis fit croire à M. Kœberlé que cette tumeur avait un pédicule *probablement très-long*; il n'en était rien, et au moment de l'opération on constata que la tumeur était implantée sur le fond de l'utérus et réunie, dans une étendue très-notable, au côté gauche de l'excavation pelvienne, par une adhérence large comme la main. Ce fait prouve qu'il ne faut pas se fier absolument au refoulement de la tumeur au-dessus du pubis pour diagnostiquer une tumeur pédiculée, puisque chez cette malade la tumeur, quoiqu'elle ne fût pas pédiculée et qu'elle fût adhérente à l'excavation pelvienne dans une large étendue, pouvait être repoussée en haut à 8 ou 10 centimètres.

« On parvint », est-il dit dans l'observation, « à restreindre cette adhérence (celle qui fixait la tumeur à l'excavation pelvienne gauche) peu à peu, en divisant, au moyen du bistouri, des ciseaux et des doigts, *les parties fibreuses, qui ne contenaient aucun vaisseau important*. On réduisit ainsi l'adhérence à une épaisseur d'environ trois travers de doigt, de façon à pouvoir embrasser facilement la partie restante par une ligature métallique, *à cause des vaisseaux importants qu'elle renfermait*. »

En vérité, il y a dans cette observation des contradictions telles qu'avec la meilleure volonté il est impossible de pouvoir bien se rendre compte des faits. Ainsi cette adhérence, qui d'abord est large comme la main, et *qui ne contient aucun vaisseau important*, est réduite au moyen du bistouri, des ciseaux et des doigts, *qui divisent les parties fibreuses*, à une épaisseur d'environ trois doigts, et cette partie de l'adhérence réduite à une épaisseur de trois doigts est embrassée par une ligature métallique, *à cause des vaisseaux importants qu'elle renfermait*. Comment expliquer ce fait : lorsque l'adhérence est large comme la main, elle ne contient aucun vaisseau important, et lorsqu'elle est réduite à trois doigts d'épaisseur, elle renferme des vaisseaux importants, ce qui oblige de serrer cette adhérence dans une ligature métallique. Mais continuons :

« Le col utérin fut également compris dans une ligature métallique, *les trompes et les ovaires, parfaitement sains, demeurèrent en dehors de la ligature*. La tumeur fut ensuite excisée des deux côtés, en laissant de part et d'autre 4 à 5 centimètres de tissus en dehors des ligatures, pour les empêcher de s'échapper de l'anse métallique. Les serre-nœuds furent serrés jusqu'à cessation de l'hémorrhagie. La ligature jetée sur la matrice se trouvait dans les meilleures conditions, le col utérin était très-allongé; *il restait environ 5 centimètres de cet organe*. La cavité utérine avait une longueur de 11 centimètres. »

Il résulte donc de cette narration que plus de 11 centimètres de la matrice de son fond vers son col ont été enlevés, et alors on se demande ce que sont devenus dans cette ablation les trompes et les ligaments larges, quoiqu'on lise dans l'observation *que les trompes et les ovaires*, parfaitement sains, demeurèrent en dehors de la ligature. Cependant ces trompes furent bien séparées du fond de l'utérus; furent-elles liées? Avaient-elles des vaisseaux? On comprend l'exigence du lecteur en présence d'opérations aussi graves, et les détails les plus minutieux ne sont pas de trop pour savoir quelle valeur scientifique on doit accorder à une opération si grave et qui rencontre un si grand nombre d'adversaires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Sur la propylamine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ.

Monsieur le docteur,

Quelques jours après la publication de votre premier mémoire sur la triméthylamine, vous me fîtes l'honneur de me recevoir, je vous apportai deux travaux importants sur la question dont vous vous occupiez : NOTES SUR LA PROPYLAMINE du professeur Kalenlczenko de Charkow, ESSAI SUR LA TRIMÉTHYLAMINE du docteur Fargier-Lagrange. Vous m'avez exprimé le désir d'expérimenter la propylamine d'Awenarius, et j'ai pris l'engagement de vous donner un échantillon de propylamine extraite des foies de morues; c'est cette promesse que je viens tenir aujourd'hui, n'ayant pu le faire plus tôt, en raison de circonstances indépendantes de ma volonté.

Permettez-moi d'en profiter pour vous soumettre quelques observations simplement pharmaceutiques sur un sujet qui, grâce à vos remarquables travaux, s'impose en ce moment à l'attention du monde médical tout entier.

Depuis douze ans environ que j'étudie les foies de morues, huile, eaux, extrait et leurs succédanés, foies de raies, saumure de harengs, etc., j'ai eu à m'occuper du rôle que pouvaient jouer, dans la composition de ces diverses matières, l'ammoniaque et ses congénères les ammoniaques composés; depuis neuf ans surtout, je me suis adonné avec une grande ardeur à ces études, encouragé et guidé dans cette voie par le docteur Kaleniczenko, le savant professeur de Charkow, qui, depuis trente ans, étudiait, expérimentait et groupait dans une même classe, sous le nom de médicaments propylamiques, un assez grand nombre de substances animales et végétales liées entre elles par un principe volatil commun : la propylamine. Quant à la valeur thérapeutique de chacune de ces substances et des diverses sortes de propylamines qu'on en peut retirer, la pratique médicale et l'expérimentation peuvent seules éclairer les points obscurs et faire l'ordre dans ces richesses.

Aussi, tout en reconnaissant l'analogie qui existe entre les diverses sortes de propylamines, ou plus exactement de triméthylamines, comme

---

double obligation fiscale, en renvoyant aux tribunaux le fait de l'exercice illégal.

Ce n'est pas tout. Nous disions à l'instant que la jurisprudence, c'est-à-dire celle qui résulte d'un ou de plusieurs arrêts concordants de la Cour de cassation, n'a pas eu sujet de se fixer sur la question de fond; mais un au moins de ses arrêts sur un point connexe donne lieu de craindre qu'elle ne soit disposée à la résoudre en un sens peu favorable aux intérêts du médecin. En effet, le tribunal de Pibriac ayant, par jugement en date du 23 décembre 1861, accueilli les prétentions d'un médecin qui ne contestait pas seulement la taxe, mais qui s'était même opposé à la visite, la Cour de cassation ne confirma le jugement que par des motifs de procédure (l'absence de commissaire de police avait rendu la visite illégale), évitant de se prononcer sur le motif principal. D'un autre côté, le Conseil d'État a, par plusieurs arrêts, rangé le médecin qui vend des médicaments dans la catégorie de ceux qui sont soumis à la taxe établie pour la vérification des poids et mesures (Briand et Chaudé). On comprend que, si la Cour de cassation trouvait juste que le médecin vendant des remèdes, mais sans avoir officine ouverte, fût mis au même rang que le boulanger ou le boucher, elle trouverait plus naturel encore de l'assimiler au pharmacien ou au droguiste.

En somme, la question qui nous est soumise est, on le voit, litigieuse. Une action en justice de la part de notre confrère pourrait réussir en première instance; nous doutons qu'elle triomphe en appel, et surtout devant la Cour suprême. Nous inclinons à croire, au contraire, que les magistrats regarderaient comme fondé le droit de l'État de surveiller la bonne qualité des médicaments partout où la loi en autorise la distribution et la vente, et, par suite, fondée aussi l'application aux médecins visés dans l'article 27 de la loi de germinal, des dispositions combinées des articles 29, 30, 31 de la même loi et de l'article 42 de l'arrêté du 25 thermidor.

A. D.

l'a, le premier, démontré le docteur Fargier-Lagrange, tout en admettant que cette même analogie s'étende aux effets, je crois devoir formuler certaines réserves, et attendu qu'il ne me paraît pas absolument démontré que tous les produits propylamiques soient identiques, je pense qu'il n'est pas indifférent d'employer, selon les cas, telle ou telle propylamine.

La propylamine ou triméthylamine peut être artificiellement préparée dans les laboratoires ou extraite directement, avec et sans l'intervention de procédés chimiques, des substances qui la contiennent naturellement.

J'avoue n'avoir pas étudié la propylamine artificielle; en ces questions de composés organiques si instables, si facilement modifiables et si complexes, il m'a toujours paru que, si au point de vue scientifique, il était très-intéressant de les connaître et d'en déterminer les caractères essentiels, au point de vue médical, ces composés organiques artificiels devaient, dans le plupart des cas, être rangés à côté des eaux minérales artificielles qu'il ne viendra à l'idée d'aucun médecin, aujourd'hui, de substituer aux eaux naturelles. J'ai donc écarté, sans plus ample informé, les produits propylamiques nés dans les laboratoire des chimistes.

Un assez grand nombre de végétaux contiennent de la propylamine en quantité plus ou moins appréciable; dans nos pays la plante qui en contient le plus est le *Chenopodium vulvaria*. Un peu avant la guerre, j'avais entrepris de cultiver cette plante dans un coin de terre attenant à mon laboratoire à Asnières, et de l'étudier aussi complétement que possible; les événements sont venus détruire ce que j'avais commencé; depuis, je n'ai pu encore reprendre ce projet. Quoi qu'il en soit, il est pour moi certain que la propylamine de la vulvaire n'est pas identique avec celle des foies de morues, qu'elle se rapproche davantage de celle du hareng, qu'on ne peut économiquement songer à utiliser cette plante pour en obtenir la propylamine, mais que ses préparations pharmaceutiques sont à étudier, et qu'elles seraient peut-être d'un grand secours dans le traitement de certaines névroses.

La propylamine est un des principes qu'on rencontre le plus fréquemment dans les nombreux genres et espèces de poissons qui peuplent la mer, et sans parler des diverses parties de l'esturgeon, caviar ou œufs, balyk gras ou muscles dorsaux, des sardines, des anchois, etc., qui en contiennent en proportion notable, j'arrive immédiatement aux deux véritables sources où, pour les usages médicaux, on devra, selon moi, puiser uniquement la propylamine.

Propylamine de harengs. — Propylamine de morues. — La saumure de harengs, les foies de morues, huile, eaux, extrait, contiennent, en quantité relativement considérable, de la propylamine, soit à l'état libre, soit à l'état de combinaison et très-vraisemblablement sous forme de chlorhydrate.

Les premiers expérimentateurs, Awenarius en tête, et avec lui le plus grand nombre des médecins russes, ont accordé la préférence à la propylamime de morue, d'autres ont essayé celle de hareng, et semblent croire indifférent d'employer l'une ou l'autre; que ces deux propylamines qui ont tant d'analogie entre elles donnent des résultats analogues, il n'y a rien là qui doive surprendre; toutefois, je ne pense pas qu'il y ait identité absolue de composition, et j'en conclus qu'il ne saurait y avoir identité absolue d'action, et avec les médecins russes, je crois qu'on devra donner la préférence à celle de morue.

La question ainsi ramenée à l'examen de deux produits, je les ai comparativement étudiés, et j'ai cherché à me placer dans les meilleures conditions possibles pour obtenir les produits tels que la nature nous les offre sans modification aucune. J'ai donc institué mes opérations de façon à recueillir, d'une part, toute la propylamine qui se trouve à l'état libre dans les matières premières, en évitant l'emploi de tout agent chimique; d'autre part, voulant obtenir celle qui se trouve dans ces mêmes matières à l'état de combinaison, et, me souvenant d'une observation faite dans l'un de ses cours par M. Boussingault, à propos du dosage de l'ammoniaque libre dans les matières organiques, « qu'on devait rejeter l'emploi des alcalis puissants, potasse, soude, chaux, qui avaient l'inconvénient d'agir sur les congénères de l'ammoniaque et de les transformer en ammoniaque », je me suis servi de l'oxyde de magnésium.

J'ai ainsi obtenu une propylamine de hareng, une propylamine de morue, qui diffèrent sensiblement l'une de l'autre; celle de hareng a une odeur ammoniacale qui la rapproche des divers échantillons de propylamine du commerce avec lesquels j'ai pu la comparer, cependant cette odeur est moins prononcée et elle est dominée par une odeur de hareng très-franche.

La propylamine de morue a une odeur *sui generis* qui ne rappelle pas celle de l'ammoniaque, assez désagréable d'ailleurs et d'une persistance inouïe. Bien entendu, les produits qu'on recueille ensuite sont fortement ammoniacaux.

Le réactif le plus sensible de ces divers produits est bien certainement l'odorat, qui permet de différencier, sans crainte de confusion, les sortes de propylamines, je n'en connais pas de meilleur, car les réactifs de l'ammoniaque donnent les mêmes réactions avec les diverses sortes d'ammoniaques composés; ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, cette magnifique coloration bleue que développent avec tant d'intensité quelques gouttes d'ammoniaque dans une solution de sulfate de cuivre est immédiatement obtenue avec les diverses sortes de propylamines, aussi bien avec celle de morue qu'avec celle de hareng ou celles du commerce.

Une différence importante à signaler entre la triméthylamine et l'ammoniaque, différence sur laquelle j'ai basé mes procédés d'extraction, c'est que la triméthylamine bout à une température très-inférieure à celle de l'ammoniaque, ce qui permet de l'obtenir exempte d'ammoniaque.

Il me semble utile, en terminant, d'indiquer quelques particularités qui pourront peut-être contribuer à l'étude de ce médicament.

Les employés de mon laboratoire et moi, nous avons toujours constaté, chaque fois que nous nous sommes occupés de préparations propylamiques, ce qui se renouvelle plusieurs fois par an, un redoublement extraordinaire d'appétit : la digestion s'opère bien, je n'ai jamais remarqué qu'elle fût troublée; après une journée passée dans cette atmosphère, on éprouve un besoin de dormir qui ressemble un peu à celui que donne l'ivresse, on est imprégné de cette odeur, de telle sorte que malgré tous les lavages possibles on ne peut de longtemps s'en débarrasser, et qu'on la garde dans le nez pendant des heures entières; enfin, j'ai plusieurs fois remarqué chez certains individus une sorte d'urticaire sur les bras et la poitrine.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de ma respectueuse considération.

G. Meynet,

Pharmacien de première classe,
Lauréat de l'École de médecine et de pharmacie de Lyon.

Du bubon d'emblée chancrelleux.

A M. le docteur J. Cazalis.

Lyon, le 28 avril 1873.

Monsieur,

Vous avez bien voulu faire l'honneur de l'analyse, dans la Revue des sciences médicales, à une observation de bubon d'emblée que j'avais publiée dans le Lyon médical il y a quelques années. Malheureusement, ma rédaction n'a pas été, à ce qu'il paraît, d'une suffisante clarté. Et comme j'ai dû aussi, en qualité de secrétaire de notre Société, reproduire les objections qui ont été formulées contre mon observation, je les ai sans doute exposées d'une façon qui prête à l'équivoque, car il me semble que vous n'avez pas parfaitement rendu la valeur et la signification des termes dont je me suis servi.

Mais, encore une fois, je prends la faute pour moi. A Lyon, en effet, lorsqu'on parle de *chancre mou*, de *chancrelle*, on n'éveille chez personne l'idée de syphilis. Pour l'école lyonnaise, chancrelle et syphilis sont deux maladies *absolument distinctes*. Je n'ai donc pas eu l'intention de parler d'une lésion primitive susceptible d'être suivie d'accidents constitutionnels, comme vous semblez le croire, et personne ici n'a eu l'idée de considérer comme tel ce fait. Il est vrai qu'à Paris quelques-uns admettent encore la syphilis par chancre mou. Les observations de M. Vidal en sont la *preuve !*

En appelant la discussion sur un point obscur de l'histoire du chancre simple, je n'avais donc pas à traiter la question générale d'*unicisme* ou de *dualisme*. C'est sans doute ce qui aura nui à la clarté de ma rédaction.

Mon intention n'est pas de discuter à nouveau. Je n'aurais, du reste, qu'à reproduire l'argumentation de M. Diday pour répondre une fois encore aux objections qu'a soulevées mon observation. Je dois me borner à relever ce que je crois inexact dans votre analyse. Ainsi, vous faites allusion aux opinions formulées jadis par M. Diday au sujet de la *non-virulence* des bubons d'emblée, opinion qu'il professe toujours, et avec laquelle un bubon d'emblée à pus auto-inoculable n'a absolument rien de commun. Vous rappelez là d'ailleurs des discussions anciennes, sans tenir compte de la période intermédiaire.

En second lieu, vous décrétez qu'il y a de *grandes différences* entre mon observation et celles de Baumès, que j'en rapproche. Vous auriez dû signaler ces différences, que pour mon compte je ne vois pas aussi clairement.

Enfin, vous citez parmi les objections qui m'ont été faites la suivante : *L'inoculation peut avoir trompé l'observateur.* A la vérité, M. Dron a dit qu'une deuxième inoculation pratiquée avec le pus des premiers chancres obtenus eût donné plus de certitude encore; mais il n'a pas contesté le résultat de mon inoculation. C'est en vain que je lis et relis les procès-verbaux par moi rédigés, je ne retrouve pas cette objection.

Elle est donc vôtre, monsieur Cazalis. Il est vrai que, pour lui donner plus de poids, vous transformez en « deux boutons qu'on ne décrit pas » deux beaux chancres mous, s'il vous plaît, et qu'on a laissé marcher jusqu'au diamètre d'une pièce de 20 centimes, chancres que, pour éviter toute méprise, on avait eu soin d'inoculer par érosion, et non par piqûre. Vous passez également sous silence un troisième chancre mou, qui, celui-là, était survenu à la cuisse, du côté opposé, par suite sans doute d'une inoculation *occidentelle*.

Rien de tout cela n'a été nié. Mes deux chancrelles d'inoculation sont donc restées incontestées ici.

Il me reste à répondre à votre dernière objection. Vous voulez expliquer la formation du bubon par le traumatisme, et pour ce, vous substituez ces deux mots sommaires « un homme se blesse à l'aine » à l'histoire véritable, où il n'est question que d'une légère contusion, à la suite de laquelle le malade s'aperçut, dans la soirée seulement, de la présence d'une *petite boule roulant sous la peau.* Dans ces conditions, il est vrai, l'adénite suppurée simple est moins facile à admettre. Je ne sache pas qu'un manche de tenaille heurtant, à travers les vêtements, un ganglion, puisse y déterminer d'*emblée* un travail phlegmasique *chronique* commençant *immédiatement* après pour aboutir, au bout de huit jours, à la formation d'un abcès.

Permettez-moi, en terminant, de vous rappeler encore qu'il n'y a rien de commun entre mon bubon d'emblée chancrelleux et la syphilis, entre mon observation et celles de M. Bourguet (d'Aix), et que rien, par conséquent, ne vous autorise à dire que je viens apporter l'histoire « d'une forme non encore décrite d'accidents syphilitiques.

Veuillez agréer, etc.

Daniel Mollière.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 28 avril 1873. — Présidence de M. de Quatrefages.

Composition chimique des eaux thermominérales de Vichy, de Bourbon-l'Archambault et de Néris (Allier), au point de vue des substances habituellement contenues en petite quantité dans les eaux, par M. *de Gouvenain.* — Les recherches de ce chimiste l'ont conduit aux résultats suivants :

Les eaux de Vichy, de Néris et de Bourbon-l'Archambault contiennent certainement de l'iode ; mais la proportion en est excessivement faible. On y trouve surtout du brome en quantité parfaitement dosable.

Le rôle du fluor dans ces eaux, comme agent minéralisateur, est beaucoup plus important qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'ici ; l'eau de Néris surtout est très-remarquable sur ce point.

Ces mêmes eaux ou leurs dépôts renferment une foule de corps, comme l'arsenic, le zinc, le plomb, le cuivre, etc., qui en attestent l'extrême complication, et dont la présence servira peut-être à éclaircir un jour les causes de leurs propriétés thérapeutiques.

De l'insalubrité des eaux qui alimentent Versailles ; mémoire de M. *É. Decaisne*, présenté par M. *Larrey.* — Dans le courant de février 1873, une épidémie intense de diarrhée se déclara à Versailles, et des plaintes nombreuses arrivèrent de tous côtés à l'administration, sur l'insalubrité des eaux publiques. L'autorité chargea le conseil d'hygiène de Seine-et-Oise et le médecin des épidémies de l'arrondissement de lui adresser plusieurs rapports à ce sujet. Désirant, de mon côté, élucider cette grave et intéressante question d'hygiène, je résolus d'aller l'étudier sur les lieux mêmes.

Des travaux du conseil d'hygiène de Seine-et-Oise, sur l'état des eaux publiques de Versailles pendant le premier trimestre de 1873, du rapport du médecin des épidémies, du tableau des causes des décès, des recherches et des études auxquelles je me suis livré, des données que fournit la science de l'hygiène, de tous les documents enfin qui sont analysés dans le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'infection de la Seine par les grands égouts collecteurs constitue, pour les eaux d'alimentation de la ville de Versailles, un danger sérieux et permanent, qu'il est du devoir de l'administration de conjurer au plus vite.

2° Quoique exceptionnelles, les causes d'insalubrité des eaux d'étangs fournissant de l'eau à Versailles peuvent se renouveler et causer le plus grave préjudice à la santé publique ; l'administration doit se hâter de pourvoir à leur purification, par tous les moyens indiqués par la science.

3° Tout en tenant compte des exagérations qui se produisent ordinairement dans ces occasions, et en reconnaissant les difficultés que présente la détermination précise des causes des endémies attribuées aux eaux publiques ; en faisant d'ailleurs la part des coïncidences nombreuses qui empêchent si souvent de formuler un jugement certain sur un pareil sujet ; enfin, tout en admettant que, dans le cours de l'épidémie de diarrhée qui sévit à Versailles, le chiffre des décès n'offre rien d'inquiétant, je pense qu'il est impossible de nier l'influence des eaux insalubres sur la santé publique dans la ville de Versailles, pendant les premiers mois de 1873. (*Commissaires :* MM. Dumas, Peligot, Belgrand.)

Phylloxera. — M. *Dumas* lit une lettre de M. *Faucon* relative au réveil de cet insecte. Il insiste sur l'enseignement à tirer des observations de MM. Cornu et Faucon, c'est-à-dire l'opportunité de commencer, dans les premières semaines d'avril, ou même un peu avant, l'application des moyens d'attaque dont on veut faire usage contre le Phylloxera.

Nécrobiose et gangrène. Étude expérimentale sur les phénomènes de mortification et de putréfaction qui se passent dans l'organisme animal vivant. Note de M. *A. Chauveau* (voy. à l'*Académie de médecine*), présentée par M. *Pasteur.*

Académie de médecine.

Séance du 6 mai 1873. — Présidence de M. Depaul.

M. le ministre de la marine et des colonies prie l'Académie de lui adresser, pour la Guadeloupe, vingt nouveaux tubes de vaccin. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. *Charcot* dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. *Denonvilliers*, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Manche pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées pendant les années 1870, 1871 et 1872, dans le département des Bouches-du-Rhône ; pendant l'année 1872, dans le département de la Seine-Inférieure ; pendant l'année 1871, dans les départements de la Sarthe et du Lot-et-Garonne, ainsi qu'un rapport de M. Ségalas, officier de santé à Marmande. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. *Rochefontaine* relative à la septicémie. — *b.* Un pli cacheté de M. *Félix Paquet*, externe des hôpitaux. — *c.* Une lettre de candidature de M. le docteur *Hirtz*, pour la section de pathologie médicale.

M. *Jacquet de May* présente à l'Académie un petit appareil destiné à faciliter l'emploi et à assurer la conservation des pommades.

M. *Baillarger* dépose sur le bureau un pli cacheté anonyme, ayant pour devise : « La vraie gloire ne consiste ni à vivre ni à mourir, mais à bien faire l'un et l'autre. (Diderot). »

M. *Armand Moreau* offre, de la part de M. le docteur *Johannet* (de Cholles), une note sur le traitement de l'angine couenneuse.

M. *Depaul* dépose sur le bureau les Leçons faites à l'hôpital des Cliniques par M. le docteur *Gueniot.*

M. *Gubler* présente, de la part de M. le docteur *Debeaux* (de Perpignan), un travail manuscrit intitulé : Algues marines du littoral et environs de Bastia.

M. *Béclard* offre en hommage à l'Académie : 1° le tome IV, fascicule 2, du Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. *Follin* et *Duplay.* — 2° Le tome II de la Clinique chirurgicale de la Charité, par M. *Gosselin.*

Séance courte, mais intéressante.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture de quelques passages d'une note que M. Rochefontaine adresse à l'Académie sur la septicémie. M. Onimus, dans une récente communication, avait conclu de ses recherches que la congélation détruisait irrévocablement les bactéries et les vibrions dans le sang septicémique.

M. Rochefontaine a répété ces expériences dans le laboratoire de M. Vulpian et est arrivé à des conclusions tout à fait

opposées, c'est-à-dire qu'après avoir été soumis à une température de 17 degrés au-dessous de zéro, les bactéries et les vibrions sont parfaitement vivants et possèdent absolument les mêmes mouvements qu'avant la congélation.

Décidément, décidément, ce n'est pas clair, et l'on se demande comment s'y prennent les expérimentateurs pour voir blanc où d'autres ont vu noir.

Suite de la discussion sur la septicémie. — M. *Béhier* demande la parole pour répondre en quelques mots à la dernière lecture de M. Davaine :

« M. Davaine, dit-il en substance, s'est complétement mépris sur mes intentions. Je n'ai jamais eu l'idée de lui adresser le moindre reproche. J'ai fait, dans mes communications, ce qu'avaient fait M. Bouley, M. Vulplan : j'ai exposé tout simplement le résultat de mes expériences. M. Davaine avait dit, en répondant à M. Verneuil : « Je n'ai pas trouvé de lésions, et quant à la température, il n'est pas facile de la constater. » Chez les lapins, — j'ai voulu vérifier, j'ai trouvé des lésions, — j'ai trouvé que la température n'était pas exactement ce qu'avait indiqué M. Davaine; je suis venu le dire, et voilà tout, mais jamais, je le répète, je n'ai eu l'intention de faire des reproches à M. Davaine. »

M. Davaine, du reste, est un peu revenu sur ce qu'il avait dit, et nous savons maintenant que, dès 1871, il avait, lui aussi, rencontré des lésions, mais nous ne pouvions nous en douter, puisqu'il ne l'avait pas dit. De même pour la température, il a rectifié certaines inexactitudes qui s'étaient glissées dans ses premières communications.

J'ai insisté surtout, ainsi que M. Vulpian, sur une altération particulière du sang : l'altération des leucocytes, dont M. Davaine n'avait nullement parlé.

En somme, les réclamations de M. Davaine ne sont nullement fondées. Il avait passé sous silence certains points fort importants de la question. Cette lacune a été comblée par de nouvelles recherches; M. Davaine le reconnaît, c'est là le principal. »

M. *le président* donne ensuite lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, invitant l'Académie à nommer, dans le plus bref délai, un de ses membres qui, d'après la nouvelle loi, doit faire partie du conseil supérieur de l'instruction publique.

Communications. — *Expériences de M. Chauveau sur la fermentation dans l'organisme vivant.*

M. *Bouley* commence par s'excuser de ne pouvoir offrir à l'Académie la primeur qu'il lui avait promise mardi dernier. Le mémoire qu'il devait lire de la part de M. Chauveau à cette époque, si l'ordre du jour le lui avait permis, le mémoire a été communiqué à l'Académie des sciences et publié en partie dans certains journaux.

Après ces préliminaires, M. Bouley lit ou plutôt expose avec des explications et démonstrations à l'appui, les recherches de M. Chauveau.

M. Chauveau s'était proposé de voir si les lois énoncées par M. Pasteur pour la fermentation à l'air libre étaient vraies pour la fermentation dans l'organisme vivant.

Dans ce but, il a eu l'ingénieuse idée de mettre à profit une opération fort usitée en médecine vétérinaire et qu'on appelle le bistournage. Cette opération consiste à faire subir au testicule des mouvements de torsion qui amènent la rupture du cordon et ne laissent plus à l'organe que quelques adhérences aux enveloppes du testicule. Dans ces conditions, le testicule n'a plus qu'une vitalité insuffisante, tellement insuffisante « qu'il meurt sans mourir, dit M. Bouley ; il se *nécrobiose* », ajoute-t-il en faisant une légère grimace, car ce mot, qui a je ne sais quoi d'allemand, semble lui écorcher le gosier. Pour parler français, l'organe subit une dégénérescence graisseuse, mais jamais il ne se putréfie tant que les enveloppes restent intactes. C'est un fait d'expérience qui remonte à une haute antiquité.

Que deviendra cet organe si l'on injecte un liquide contenant des principes septiques? Telle a été la question que s'est posée M. Chauveau et qui a été le point de départ de ses expériences.

Il injecte donc dans le courant circulatoire d'un bélier de la matière provenant d'un abcès en putréfaction. Quand la fièvre septique est passée, il pratique le bistournage, et cette opération, ordinairement d'une innocence parfaite, est suivie d'accidents locaux extrêmement graves : une gangrène rapide se déclare dans l'organe ainsi bistourné.

Mais cette gangrène ne serait-elle pas due à l'état fébrile qui suit l'injection des matières putrides? M. Chauveau répond d'avance à l'objection par l'expérience suivante : Sur un bélier, il bistourne un testicule et injecte de la matière putride ; — il bistourne ensuite l'autre ; — le premier reste intact, le second devient gangréneux. La gangrène dépend donc bien des matières putrides injectées.

On pourrait encore l'attribuer aux manipulations que subit le testicule ; d'autres expériences de M. Chauveau démontrent que, dans ces cas de manipulations exagérées, on ne trouve que les lésions ordinaires de l'inflammation, ainsi que du pus normal, mais jamais la moindre trace de gangrène.

M. Chauveau s'est demandé enfin quel était l'agent de la fermentation. Étaient-ce les vibrions ou la sérosité qui les tient en suspens? L'expérience lui a démontré que les vibrions seuls déterminaient la putréfaction dans l'organe bistourné.

Cette communication a été suivie et écoutée avec le plus vif intérêt, et nous engageons fortement nos lecteurs à la lire *in extenso* dans le Bulletin de l'Académie.

Une petite discussion s'engage ensuite entre MM. Bouley, Vulpian, Béhier, Verneuil et Jules Guérin sur certains points des expérimentations de M. Chauveau. M. Verneuil, en terminant, constate que ces belles expériences marquent une phase nouvelle dans la discussion sur la septicémie, qu'elles peuvent trouver des applications dans certains cas de la pathologie humaine et surtout de la septicémie chirurgicale.

La séance se termine à quatre heures et demie, et l'Académie se forme en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRÉCISSEMENTS DU COL UTÉRIN. — TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES. — HERNIE INGUINALE DROITE ÉTRANGLÉE ; PONCTIONS ASPIRATRICES ; INSUCCÈS ; KÉLOTOMIE ; MORT.

M. *Courty* (de Montpellier) lit un mémoire sur le traitement chirurgical des rétrécissements du col de l'utérus. La dilatation brusque ou lente ne suffit pas pour dilater d'une façon permanente l'orifice vaginal du col utérin; il faut recourir aux moyens chirurgicaux pour faire cesser la dysménorrhée, et dans quelques cas la stérilité. Cependant il est utile de commencer le traitement par la dilatation, car si ce moyen n'est pas radical, il sert au moins de traitement préparatoire.

M. Courty a employé trois méthodes chirurgicales.

1° Le débridement instantané bilatéral, avec l'hystérotome simple ou double. A cet instrument, M. Courty préfère le ténotome boutonné à lame étroite et à long manche. Fixer d'abord le col avec une longue érigne à mors divergents, qu'on introduit dans la cavité cervicale. Mais le tissu cicatriciel ne tarde point à se rétracter et à rétrécir de nouveau l'orifice. N'employer ce procédé que dans les cas où la muqueuse froncée, plissée, indique une étoffe assez large pour faire les frais de la rétraction.

2° Pour empêcher la rétraction cicatricielle des angles, M. Courty emploie un appareil instrumental spécial; ce sont deux anneaux métalliques placés dans l'épaisseur du col, l'un à droite l'autre à gauche, comme les anneaux du lobule de l'oreille; ces anneaux coupent chacun de leur côté, et le résultat

de leur section s'ajoute à l'orifice normal, pour agrandir ces derniers.

3° Quand les méthodes précédentes sont insuffisantes, M. Courty fait l'autoplastie. Il a adopté trois procédés différents. Dans le premier, incision de chaque côté du col et suture de la muqueuse externe avec la muqueuse interne, quand ces muqueuses sont assez mobiles pour être rapprochées. Dans le second procédé, M. Courty taille un lambeau muqueux quadrilatéral en avant et un autre en arrière; il dissèque ces deux lambeaux et resèque la partie proéminente du col utérin; il termine par une suture. Enfin, au lieu de tailler des lambeaux antérieur et postérieur, M. Courty taille deux lambeaux latéraux triangulaires ou quadrangulaires. Il insinue dans chaque commissure saignante du tissu utérin un lambeau de muqueuse qu'il fixe par la suture. M. Courty a employé ce dernier procédé douze fois en quatre ans; il a obtenu des résultats physiologiques excellents.

M. *Desprès* demande à M. Courty s'il a eu des accidents après les opérations. Sur 4000 malades observés à Lourcine, M. Desprès n'a vu que deux cas de rétrécissements du col utérin; M. Courty a donc été très-favorisé, puisqu'il a noté au moins douze exemples de rétrécissement cervical.

M. *Blot* est également étonné de la fréquence des rétrécissements observés par M. Courty. Depuis vingt-sept ans, M. Blot n'a rencontré que six ou sept cas d'étroitesse réelle du col de l'utérus. Lorsque l'hystéromètre de Huguier peut passer, aucun traitement n'est nécessaire. M. Courty ne s'occupe que du rétrécissement de l'orifice externe; mais alors comment peut-il guérir la dysménorrhée et la stérilité quand l'orifice interne est rétréci? M. Blot a vu un seul cas d'orifice interne infranchissable; il a vu des imperforations du col; mais les cas d'étroitesse de l'orifice externe sont rares. Dans le traitement, il faut aussi songer à l'orifice interne.

Quant à la stérilité, c'est une question complexe. La maturité des organes génitaux peut n'arriver qu'après plusieurs années de mariage. On risque donc d'attribuer à l'opération ce qui est le fait d'une évolution physiologique. M. Blot ne croit pas qu'il faille donner autant d'importance à l'étroitesse du col de l'utérus relativement à la dysménorrhée et la stérilité.

M. *Courty* n'a voulu traiter que la question opératoire, réservant pour une autre communication la question des indications. Il n'est point étonnant qu'à Lourcine M. Desprès n'ait pas rencontré les rétrécissements du col utérin; cet état se rencontre plutôt chez les femmes qui viennent de se marier. M. Blot insiste sur les rétrécissements de l'orifice interne; mais l'orifice interne est d'autant plus grand que l'externe est plus petit. Les rétrécissements de l'orifice interne existent quand l'orifice externe n'est pas rétréci; c'est alors une autre question dont M. Courty ne s'est pas occupé aujourd'hui. Sur les douze opérations, M. Courty n'a perdu aucune malade. Il est consulté très-souvent, à Montpellier, lorsqu'il s'agit d'affections utérines; c'est donc sur un grand nombre de malades que les douze cas ont été observés. Toujours les accidents ont cessé après les opérations. Comme M. Blot, M. Courty reconnaît qu'il y a d'autres conditions pour la stérilité que l'étroitesse de l'orifice; une des opérées cependant, qui avait un col excessivement conique à orifice très-étroit, devint féconde si peu de temps après l'opération qu'il est difficile de ne pas voir là une relation de cause à effet.

M. *Verneuil* espère que M. Courty donnera des observations complètes et qu'il ne séparera point les indications de l'opération de l'opération elle-même. M. Verneuil a vu des rétrécissements à la suite d'amputation du col pour des épithéliomas. Chez une de ces opérées, l'orifice admettait à peine un stylet, et il n'y avait point de symptômes pathologiques. Chez une autre, le col était étroit et il y avait de la dysménorrhée; en même temps l'ovaire était douloureux; à la suite d'une application de vésicatoires sur le ventre, la dysménorrhée disparut, le col restant étroit. Les indications de l'opération sont donc difficiles à saisir. Dans les rétrécissements du col de l'utérus, Robert débridait l'orifice avec un bistouri; l'incision se cicatrisait, cela est vrai; on n'avait pas de dilatation permanente, et cependant la dysménorrhée cessait.

M. *Courty* traitera des indications de l'opération dans un autre travail. Le débridement simple lui a aussi donné de bons résultats. Il n'a recours à l'autoplastie que lorsque les deux méthodes précédentes ne sont pas applicables.

— M. *Herrgott* fait une communication sur le traitement des fistules vésico-vaginales. Il est intéressant de rechercher à quoi sont dus les succès obtenus dans les opérations de fistules vésico-vaginales. On attribua d'abord ces succès à la suture métallique, plus tard à un procédé opératoire ou à un autre procédé. L'opération de la fistule vésico-vaginale est rentrée peu à peu dans les conditions des autres autoplasties : avivement parfait et réunion parfaite.

Pour bien avoir sous les yeux le siége de l'opération, il fallait un bon spéculum et une bonne position de la malade. Se souvenant qu'un médecin de Strasbourg, en 1826, avait inventé un spéculum brisé et bivalve qui permettait de voir la paroi antérieure du vagin, M. Herrgott prit, en 1857, un simple spéculum d'étain dont il fit une gouttière montée sur un manche brisé, pour déprimer la paroi postérieure du vagin. Pour voir la paroi antérieure du vagin, il coucha sa malade sur un plan incliné à 45 degrés. Le même spéculum servit ainsi dans quatorze opérations. La position que M. Herrgott donne à ses opérées a été décrite depuis par Gustave Simon, en Allemagne, sous le nom de *position pelvi-dorsale*. Sur les 14 opérations, 12 malades ont guéri, 2 sont mortes de péritonite; ce sont les deux chez lesquelles l'opération avait été insignifiante (fistule admettant un stylet de Méjean chez l'une; chez l'autre l'oblitération du vagin était presque complète, il ne restait qu'un pertuis); à cette époque, la péritonite régnait à la Maternité, et une petite opération entraîna la mort.

Gustave Simon a appelé l'attention sur une modification opératoire intéressante : on se préoccupe beaucoup de l'amplitude de la vessie et l'on cherche à évacuer l'urine au moyen de sondes à demeure; mais il en résulte souvent une cystite. Simon ne sonde pas ses opérées et ne laisse pas la sonde à demeure. Cette pratique lui a parfaitement réussi, et il évite la cystite.

— M. *Ollivier* (de Rouen) lit une observation de hernie inguinale droite étranglée. Ponctions aspiratrices; insuccès; kélotomie, mort.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. RANVIER.

SUR L'ACTION TOXIQUE DE L'HYDROGÈNE ARSÉNIÉ : M. OLLIVIER. — DU POULS DICROTE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL : M. LÉPINE. — ACTION DIRECTE DU SULFOCYANURE DE POTASSIUM SUR LE CŒUR : M. LABORDE. — LIOMYOMES CALCIFIÉS MULTIPLES DE L'INTESTIN : M. A. HÉNOCQUE. — DES ÉCREVISSES ROUGES ET DES CAUSES DE CETTE COLORATION : M. G. POUCHET.

M. *Ollivier* appelle l'attention sur un fait qui démontre les dangers de la respiration de l'hydrogène impur; un professeur de physique répétant l'expérience de Tyndall sur la perte d'intensité des vibrations sonores passant d'un milieu dense à un milieu moins dense, et dans laquelle il y a aspiration d'hydrogène, fut pris d'accidents caractérisés par un ictère jaune d'or, et par la coloration noirâtre des urines. Le préparateur qui avait répété l'expérience présenta les mêmes phénomènes. M. Ollivier, attribuant les symptômes à l'action toxique de l'hydrogène impur renfermant de l'hydrogène arsénié, a institué des expériences sur des chats et des lapins : il a produit de l'ictère et l'apparition des urines sanguinolentes; quelques-uns des animaux sont morts des suites de l'intoxica-

tion. M. Ollivier a observé en 1863, chez un malade empoisonné par l'hydrogène arsénié, une teinte ictérique bronzée. D'ailleurs, il continue ses recherches dans le but de décider la nature de cet ictère, et de déterminer s'il est d'origine hépatogénique ou la conséquence d'altérations du sang.

M. *Lépine* communique des tracés sphygmographiques obtenus sur un malade atteint de rétrécissement mitral et présentant un pouls régulier, dicrote, et analogue au pouls des maladies fébriles. M. Lépine a observé trois faits de ce genre; il montre, en outre, que chez certains malades atteints d'asystolie présentant de l'œdème, on trouve souvent le pouls rectiligne; or, si l'on élève le bras, les pulsations deviennent visibles sur le tracé, ce phénomène est produit par la diminution de tension égale à la hauteur du bras, c'est-à-dire 60 centimètres environ.

M. *Carville* fait observer que le pouls dicrote, rappelant celui de la fièvre typhoïde, peut se produire chez tous les individus atteints de gêne de la respiration due à de l'œdème du poumon, et que les relations de ce phénomène avec le rétrécissement mitral ne lui paraissent pas directement établies.

— M. *Laborde* présente une pièce qui démontre l'action directe du sulfocyanure de potassium sur l'endocarde, lorsqu'on injecte ce poison dans le système veineux. Ces doses, qui, portées sous la peau, ne sont pas toxiques, peuvent tuer un animal lorsqu'elles sont injectées directement dans le système veineux. On retrouve le sulfocyanure dans le cœur droit, le cœur gauche, le cerveau, preuve qu'il a circulé, mais tandis que dans le ventricule droit le sang présente les altérations caractéristiques de l'action du sulfocyanure sur les globules rouges, c'est-à-dire l'état crénelé, villeux, au contraire, dans le ventricule gauche, les globules rouges n'ont plus cette altération; enfin, les altérations matérielles de l'endocarde sont caractérisées par des hémorrhagies superficielles, des ecchymoses, et même dans le tissu interstitiel musculaire, on retrouve des lésions analogues. M. Laborde conclut que le sulfocyanure agit dans le cas d'injection par les veines directement sur les parois du cœur, ce qui expliquerait la promptitude de la mort.

— M. *Albert Hénocque* présente plusieurs liomyomes calcifiés provenant de l'intestin. Ils ont été recueillis par le docteur Leroy, en 1868, à la Charité, dans le cours d'une autopsie. Ces liomyomes étaient au nombre de dix environ, variant entre le volume d'un pois et celui d'une noisette, offrant les particularités histologiques suivantes: présence d'un noyau calcifié au centre, disposition circulaire et arrondie des fibres musculaires qui s'emboîtent en forme de calottes sphériques superposées. Un commémoratif intéressant est que le malade affecté de ces tumeurs était sujet à des coliques et à de la diarrhée qui ont persisté très-longtemps. M. Hénocque, faisant remarquer que des liomyomes aussi nombreux siégeant dans l'intestin, et surtout calcifiés, n'ont pas encore été observés, insiste sur ce fait histologique que dans les parties calcifiées on retrouve la texture des fibres lisses, mais que les noyaux ont disparu, qu'il y a eu dégénérescence graisseuse des fibres lisses, que la calcification est interstitielle, mais envahit la paroi la plus extérieure des fibres musculaires lisses. D'ailleurs l'examen fait en 1868 ne permettait pas le doute sur la nature des éléments musculaires lisses. Comme conclusion, quand il s'agit d'examens rétrospectifs de tumeurs calcifiées de date ancienne, les caractères de la texture de la tumeur donnent des renseignements plus faciles à apprécier que les caractères de la structure des éléments qui, le plus souvent, ont subi des altérations considérables.

— M. *G. Pouchet* fait examiner des écrevisses parfaitement rouges, mais qui sont très-vivantes et alertes. Elles proviennent d'une variété d'écrevisses qu'on trouve dans les environs de Genève. Cette coloration, identique avec celle que toutes les écrevisses acquièrent par la cuisson, est pour celles-ci héréditaires, M. Pouchet en donne l'explication histologique. En effet, la couleur brunâtre irisée des écrevisses ordinaires est formée par le test et par le pigment des cellules placées dans la couche la plus profonde; à la surface du test existe une couche de cellules colorées en brun, au-dessous d'elles un dépôt de corpuscules bleus, enfin, à la partie profonde, les cellules pigmentées en rouge vif; l'association des trois couleurs produit la teinte brun verdâtre ou bleuâtre des écrevisses. L'écrevisse rouge n'offre pas la couche bleue, et le pigment des cellules rouges prédomine. Il ne s'agit donc pas chez l'écrevisse rouge d'une absence de pigmentation. Puisque l'on a découvert l'écrevisse rouge, il ne serait pas impossible que le *Cardinal des mers* devînt une réalité.

SÉANCE DU 3 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

DE L'HERPÈS TRAUMATIQUE : M. VERNEUIL. — CALCULS BILIAIRES; PERFORATION DE LA VÉSICULE : M. LEVEN.

La séance a été presque entièrement consacrée à la lecture d'un mémoire par M. *Verneuil*. (Voyez au *Premier Paris*.)

M. *Leven* présente la vésicule biliaire d'une femme morte de perforation de cette vésicule, causée par une cinquantaine de petits calculs; il y avait également un calcul de la grosseur d'une noisette siégeant dans le canal cholédoque et ayant déterminé dans les canaux biliaires la formation de dilatations kystiques multiples et renfermant de la bile.

A. H.

Sociétés savantes de l'étranger.

THE PATHOLOGICAL SOCIETY OF LONDON (séance du mardi 4 mars 1873, in *Medical Times and Gazette* du 22 mars).

HÉMATOZOAIRES CHEZ L'HOMME : DOCTEUR LEWIS.

M. William Jenner présente aux membres de la Société plusieurs spécimens d'un hématozoaire de l'homme, que M. le docteur Lewis a expédié des Indes au professeur Parkes.

Ce parasite, d'une taille microscopique, *plus petit que la trichine*, paraît être, au dire du docteur Lewis, la vraie cause de la chylurie et peut-être aussi de quelques phénomènes encore inexpliqués que l'on observe dans un certain nombre de maladies tropicales.

Il est regrettable que M. Jenner ne nous ait pas fait connaître les caractères du nouvel hématozoaire. En attendant ces renseignements, voici quelques détails fournis par le journal THE MEDICAL PRESS du 12 mars dernier, sur cette intéressante découverte.

M. le docteur Lewis a observé pour la première fois le parasite dans le sang d'un indigène affecté de diarrhée. Ayant eu plusieurs fois déjà l'occasion d'étudier un nouveau filaire dans les urines chyleuses (il ne s'agit pas du *Billharsia*, voyez *Gazette hebd.*, n° 25, p. 398, 1865), il ne put s'empêcher de reconnaître une grande analogie entre les deux espèces de vers. Il ne tarda pas à se convaincre, d'ailleurs, de leur identité; et, dans les cas de chylurie qu'il a observés depuis lors, il a trouvé constamment le même entozoaire dans les urines et dans le sang.

Le docteur Lewis pense que le sang d'un homme peut contenir jusqu'à cent quarante mille de ces parasites. On les trouve dans toutes les parties du système circulatoire, dans les urines, dans les larmes. Pendant des mois et des années ils peuvent pulluler dans l'organisme sans provoquer aucun trouble; mais à un moment donné, ils produisent, en obstruant les capillaires, des accidents graves et même la mort.

Parmi les spécimens envoyés par le docteur Lewis, se trouvent quelques hématozoaires du chien. L'hématozoaire décou-

vert par le docteur Lewis serait-il de même espèce que celui du chien? D'où viennent, enfin, ces êtres microscopiques? Une discussion s'engage à ce sujet entre divers membres de la Société, mais elle ne fournit aucun éclaireissement.

A.

REVUE DES JOURNAUX.

Des altérations du grand sympathique dans la syphilis constitutionnelle, par le docteur Petrow.

La pathologie du grand sympathique est assurément un des points les moins travaillés, et l'on doit s'empresser de recueillir tous les faits qui peuvent contribuer à faire progresser son étude. On a signalé des lésions de ce système dans la maladie d'Addison, dans la maladie de Basedow et dans la colique saturnine, mais il n'existait aucune recherche analogue dans la syphilis. Le travail récent du docteur Petrow vient répondre à ce desideratum, sinon combler cette lacune.

On sait depuis longtemps déjà qu'aucun organe, qu'aucun tissu n'échappe à l'influence nocive de la syphilis; son action destructive se révèle aussi, d'après cet auteur, dans le système du grand sympathique aussi bien que dans les centres nerveux. Cette conclusion est fondée sur l'examen minutieux de 12 cas de syphilis constitutionnelle acquise.

Le docteur Petrow a soigneusement recueilli les plexus cervical, thoracique, solaire, dix heures, vingt heures, et au maximum vingt-quatre heures après la mort. Toutes ces pièces fraîches ont été soumises à un examen microscopique après avoir été traitées par la glycérine, par la teinture d'iode diluée, ou bien ont été plongées dans l'acide chromique d'après le procédé de Schultze, ou dans le chlorure d'or d'après la méthode de Gerlach modifiée par Conheim, ou enfin dans l'acide osmique.

Les altérations pathologiques révélées par cet examen étaient de deux sortes :

1° Dans les unes, la maladie générale se manifestait par des lésions des cellules nerveuses (lésions parenchymateuses).

2° Dans les autres par des lésions du tissu interstitiel (lésions interstitielles).

1° *Lésions du protoplasma des cellules nerveuses.* — Dans ce cas, le tissu interposé aux fibres primitives et aux cellules ganglionnaires était complétement sain. Les tubes nerveux eux-mêmes ne présentaient aucune modification, les cellules nerveuses seules étaient altérées.

Dans les cas de syphilis récente, on trouvait dans ces derniers éléments de petites granulations *pigmentaires* réfringentes, soit disséminées, soit confluentes. Le reste du protoplasma avait conservé son aspect finement granuleux, et l'on pouvait nettement distinguer le noyau et le nucléole de la cellule nerveuse.

Le nombre des granulations pigmentaires augmentait avec les progrès de la maladie, et finalement elles remplissaient la cellule tout entière, dont elles masquaient presque complétement le noyau, qui disparaissait lorsque le processus était arrivé à son dernier terme.

L'acide nitrique ou la potasse rendaient le pigment plus clair sans pouvoir toutefois le dissoudre complétement.

Le docteur Petrow semble admettre qu'en pareil cas l'hématine du sang a été l'origine du pigment; il fait remarquer avec raison que la pigmentation des cellules nerveuses a déjà été observée par plusieurs investigateurs chez l'homme et chez les animaux, en dehors de tout état pathologique, et le plus souvent dans l'âge avancé; mais alors, a-t-il soin d'ajouter, le pigment n'occupe qu'une petite partie de la cellule sous forme de granulations isolées, et le noyau reste toujours parfaitement visible.

Dans les lésions des cellules nerveuses précédemment décrites, l'endothélium de ces éléments est parfois le siége d'une prolifération cellulaire tellement abondante que les cellules nerveuses elles-mêmes apparaissent comme entourées d'une épaisse zone d'éléments embryonnaires.

D'autres fois les cellules nerveuses, aussi bien que leur endothélium, subissent la *dégénérescence colloïde.* Le protoplasma se montre alors sous forme d'une masse homogène, brillante; la cellule conserve sa forme et ses dimensions normales, mais son noyau disparaît ou semble repoussé vers la périphérie.

On pourrait confondre cette altération colloïde avec les vacuoles lumineuses et transparentes qui se rencontrent parfois à l'état normal, mais celles-ci résistent à tous les réactifs, tandis que les masses colloïdes se gonflent et se troublent par l'addition de l'acide acétique et sont dissoutes par les alcalis.

2° *Altérations du tissu cellulaire interstitiel (lésions interstitielles).* — Ces lésions prédominaient dans les cas observés par le docteur Petrow. Au lieu des fibres à peine appréciables, à contours confus, telles qu'on les rencontre dans le tissu interstitiel, il a rencontré une hyperplasie manifeste de ce tissu, formant des travées celluleuses disposées en divers sens et paraissant dissocier les cellules et les tubes nerveux. Les éléments cellulaires (endothéliums) qui entourent les fibres nerveuses participent aussi à ces lésions de la substance interstitielle : ils se troublent, deviennent finement granuleux, leurs contours s'effacent; leurs noyaux apparaissent cependant encore çà et là. Lorsque l'altération est de plus vieille date, on ne rencontre plus d'éléments figurés à la face interne de l'enveloppe des cellules nerveuses, mais bien des masses finement granuleuses solubles dans l'éther.

Les cellules nerveuses, à leur tour, diminuent de volume et prennent une forme irrégulière, anguleuse; le protoplasma se charge de granulations plus ou moins pigmentaires.

Les fibres nerveuses, qui traversent le tissu interstitiel en voie de prolifération, paraissent comme étouffées par la compression qu'elles ont subi. Leur enveloppe est épaissie, leurs contours sont apparents, la myéline tombe parfois en détritus granuleux.

Pour constater cette prolifération du tissu lamineux interstitiel, le docteur Petrow a eu recours à l'acide osmique, qui colore en noir, comme on le sait, les éléments nerveux sans modifier la substance conjonctive. Il s'est servi d'une solution diluée (1 partie d'acide osmique pour 400 ou 500 parties d'eau), dans laquelle il faisait macérer ses préparations pendant six ou sept heures.

En résumé, la syphilis produit des altérations notables dans le grand sympathique. Tantôt elles portent primitivement sur les cellules nerveuses qui subissent la dégénérescence pigmentaire ou colloïde, tantôt sur le tissu interstitiel, dont l'hyperplasie entraîne secondairement l'atrophie granuleuse des cellules et des tissus nerveux.

Enfin l'endothélium lui-même qui entoure les cellules nerveuses peut participer aussi au processus pathologique : au début on observe une abondante prolifération cellulaire endothéliale, plus tard une métamorphose régressive et granulograisseuse de ces éléments. (*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin von Rudolf Virchow,* LXXV Band, 1 Heft, 21 février 1873, p. 121-127.)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, par le docteur N. Th. Klein. — Paris, 1873; G. Masson.

L'acuité visuelle est la faculté de distinguer isolément deux points lumineux : elle est mesurée par l'angle des rayons partant de ces points et venant aboutir au centre optique de l'œil (ou plus exactement au premier point nodal). La grandeur de cet angle a été évaluée à diverses reprises, et l'on a pu en déduire des conséquences importantes relatives à la physiologie de la vision et au rôle des éléments anatomiques de la rétine. Les résultats n'ont pas été toujours absolument concordants et les différences dépassaient la limite possible des erreurs d'ob-

servation. M. Klein a cherché, par une série d'expériences faites avec soin, si ces différences ne pouvaient pas être attribuées à la variété d'intensité des sources lumineuses qui ont été employées, comme cela avait été déjà signalé par divers auteurs; d'après ses recherches, l'influence de l'éclairage est incontestable et la formule qui a été donnée par Mayer donne des résultats assez rapprochés de la réalité.

Les expériences de M. Klein ont porté successivement sur des yeux normaux, des yeux myopes avec et sans lunettes, des astigmates, des yeux de strabiques affectés d'amblyopie. Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces expériences, dont la marche est d'ailleurs facile à imaginer. Nous nous bornerons à signaler un point intéressant du travail de M. Klein : son photomètre ou plutôt sa méthode photométrique. Le photomètre employé dans ces recherches sur l'acuité visuelle est une modification du photomètre de Bunsen; on sait que celui-ci consiste en une feuille de papier opaque dont une partie est imbibée de stéarine, et de part et d'autre de laquelle sont placées les lumières à comparer; on écarte l'une de ces lumières jusqu'à ce que la tache grasse ne soit plus visible, on mesure alors les distances des lumières à la feuille de papier, et la loi de variation de l'intensité lumineuse permet d'obtenir le rapport des pouvoirs éclairants. L'appareil est simple et l'expérience ne présente pas de difficultés; malheureusement l'exactitude du procédé n'est pas suffisante. Voici la manière dont M. Klein emploie le photomètre de Bunsen : soit à comparer les lumières A et B; on place A d'un côté de la feuille de papier, et de l'autre on met une source lumineuse quelconque C; on fait varier les distances jusqu'à ce que la tache grasse ait disparu. Laissant immobile C, on enlève A, on le remplace par B, que l'on éloigne ou rapproche de l'écran jusqu'à ce que la tache cesse de nouveau d'être visible. A cet instant, la clarté de la tache éclairée par B est la même que celle qui existait lorsque l'on employait A : l'application de la loi de l'intensité lumineuse donne donc le rapport des pouvoirs éclairants A et B.

On voit que l'on compare entre elles, non pas les deux lumières placées de part et d'autre de l'écran, mais deux lumières situées dans les mêmes conditions et produisant le même effet. Cette manière d'opérer est tout à fait analogue à celle dite de la *double pesée*, de Borda, et qui permet de mesurer exactement un poids avec une balance fausse, pourvu qu'elle soit sensible. C'est là une application très-ingénieuse d'une méthode générale de mesure.

M. Klein pense que, dans son système, « l'égalité peut être établie entre des lumières *de toute nature* »; nous ne savons s'il entend par là des lumières de colorations différentes. Nous n'avons pas eu l'occasion de contrôler cette assertion, qui nous paraît un peu hasardée; si elle était vérifiée, le nouveau procédé de photométrie acquerrait incontestablement une grande importance.

Les résultats obtenus dans les diverses séries d'expériences, et dont on trouve le détail dans le texte, ont été représentés par des tracés graphiques intéressants qui permettent d'étudier rapidement l'influence de l'éclairage. Afin de montrer plus nettement les parties importantes de ces courbes, il a fallu modifier l'une des échelles : M. Klein, après un premier essai peu satisfaisant, s'est décidé à porter en abscisses les racines cubiques des nombres de bougies. Ce choix, parfaitement admissible d'ailleurs, eût été peut-être remplacé plus rationnellement par l'emploi d'une échelle logarithmique (la règle à calcul permet de faire très-simplement le tracé dans ce cas). L'anamorphose de la figure réelle eût été plus en rapport avec celles que l'on fait dans un certain nombre de cas; nous n'attachons d'ailleurs qu'une importance restreinte à cette critique de détail.

Dans ses expériences, M. Klein a modifié la forme du photomètre de Bunsen et a rendu l'appareil d'un usage commode dans les diverses circonstances où il l'a employé et dans lesquelles l'éclairage a varié entre 1 et 10 000 bougies.

Les conclusions auxquelles est arrivé M. Klein sont importantes. Il a reconnu, entre autres résultats, que l'acuité visuelle éprouve des variations notables sous l'influence de l'éclairage; il a vérifié le fait, déjà démontré par de Haan, que l'acuité désignée comme normale n'est pas le maximum; enfin, il a été conduit à préciser un certain nombre de conditions pratiques qui sont relatives à l'intensité de l'éclairage et à la comparaison des échelles employées (Snellen, Giraud-Teulon, etc.).

Nous croyons que ces indications peuvent présenter une utilité réelle et qu'elles méritent d'être connues et appliquées dans bon nombre de cas de la pratique ophthalmologique.

C. M. G.

Étude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée et artificielle pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, par le docteur A. GARIPUY (thèses de Paris, 1873).

La partie intéressante de ce travail est celle qui a rapport aux conséquences que peut avoir la rupture prématurée des membranes sur la vie du fœtus et la terminaison de l'accouchement.

Madame Lachapelle considérait cet accident comme très-sérieux pour le fœtus. Capuron émet la même opinion, insistant sur les dangers que faisait courir au fœtus l'évacuation prématurée du liquide amniotique; dangers consistant surtout dans une pression exagérée gênant la circulation et pouvant comprimer le cordon.

M. Cazeaux pense que la rupture prématurée des membranes rend le travail plus long et plus difficile, et en même temps plus dangereux pour l'enfant, surtout quand il s'est écoulé beaucoup d'eau.

M. Dubois professait une opinion opposée. Pour lui, cet accident était beaucoup moins redoutable qu'on ne le croyait. C'est l'opinion que M. Depaul soutient également; c'est celle que M. Garipuy, son élève, a défendue, en s'appuyant sur un nombre considérable d'observations. Plusieurs de ces observations ont été recueillies directement. Le plus grand nombre a été puisé dans la riche collection constituant en quelque sorte les Archives de la clinique d'accouchements, et que M. le professeur Depaul met si obligeamment à la disposition des médecins qui veulent s'éclairer sur quelque point d'obstétrique. M. le docteur Garipuy y a trouvé, à l'appui de sa thèse, des arguments établis sur le dépouillement de 308 observations. Il a pu démontrer ainsi qu'on s'est beaucoup exagéré les dangers que pouvait faire courir au fœtus la rupture prématurée des membranes.

Dans la troisième partie de sa thèse, il étudie les cas dans lesquels le médecin est appelé à pratiquer la rupture de la poche des eaux; complétant ainsi une étude intéressante et utile à consulter, comme tout travail reposant sur un examen consciencieux des faits cliniques.

B.

Index bibliographique.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES AU MOYEN D'INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ACIDE PHÉNIQUE, par le docteur DÉCLAT. In-12 de 52 pages. — A. Delahaye. Paris, 1873.

Extrait d'un traité complet sur les nouvelles applications médicales de l'acide phénique, dont l'auteur a fait depuis près de vingt ans l'objet presque exclusif de ses recherches. Trop pénétré sans doute de l'importance de sa découverte, il revendique en termes moins heureux qu'acerbes, dans cet opuscule, la priorité des injections sous-cutanées d'acide phénique, auxquelles il attribue une efficacité supérieure à celle du quinquina et de ses dérivés, dans le traitement des fièvres intermittentes. Il essaye en outre de démontrer qu'une foule de substances médicamenteuses qui ne peuvent être injectées sous la peau, à cause des accidents qu'elles déterminent, deviennent parfaitement innocentes dès qu'on leur associe une très-minime quantité d'acide phénique. *Adhuc sub judice lis est.*

L'Hydrothérapie expliquée, par le docteur Maigrot (de Saint-Dizier). In-12 de 153 pages. — A. Delahaye. Paris, 1873.

Petit guide des malades aux établissements hydrothérapiques, s'adressant beaucoup plus aux gens du monde qu'aux médecins. « Il est important, dit l'auteur, que le public soit instruit autant qu'il peut l'être du mode d'action du traitement hydrothérapique, et qu'il soit mis au courant, devenant ainsi juge éclairé dans sa propre cause, des différentes maladies auxquelles ce traitement convient plus particulièrement. » Tel est l'objet de cette publication. N'est-ce pas assez dire qu'elle doit, par cela même, se soustraire à notre analyse, sinon à notre critique?

Du traitement simple et du traitement spécifique des accidents vénériens, par le docteur A. Bertherand. — Broch. in-8, Paris.

Cette brochure est une note extraite du livre II de la 2e édition du Précis des maladies vénériennes, du même auteur. C'est une attaque en règle contre le traitement de la syphilis sans mercure. « Les médecins, dit l'auteur, qui, comme M. Ladureaux, L. Leclerc, Armand, E. Bertherand et nous, avec la grande majorité des chirurgiens militaires, ont observé la syphilis en Algérie, en Kabylie et sur les confins du Sahara, sont tous édifiés sur les prétendus mérites de l'abstention du mercure. » Cette abstention a pour conséquence le développement des accidents tertiaires les plus graves. Au contraire, l'emploi de la médication mercurielle a donné, entre les mains de l'auteur, les résultats suivants : Sur 817 cas de syphilis, guérisons sans récidive connue, 709; cas améliorés, mais non guéris, 41; guérisons momentanées avec récidives, 51, dont 43 succès définitifs. La durée du traitement, pour les accidents primitifs, a oscillé de quarante et un à soixante-deux jours; pour les accidents consécutifs, de soixante-huit jours à cinq mois.

VARIÉTÉS.

LE DYNAMÉRON.

Le Traité médical d'Elius Promotus, découvert à Venise par le docteur Ch. Daremberg, qui en a pris copie, a été signalé aussi par M. Miller parmi les manuscrits de l'Escurial. Sur cette indication, M. Emile Ruelle, chargé par le gouvernement d'une mission philologique en Espagne, a rapporté, à la demande de M. Daremberg, quelques extraits de ce second manuscrit, notamment la table des 130 chapitres qui le composent. Nous publions la traduction de cette table.

Le manuscrit de Venise avait été mentionné par Villoison dans ses *Anecdota græca* (t. II, p. 179). Aucun autre bibliographe, pas même Fabricius, ni Harless, son continuateur, n'a parlé du *Dynaméron* d'Elius Promotus, qu'il ne faut pas confondre avec la compilation formée sous le même titre au moyen âge par Nicolas Myrepsus.

Élius Promotus florissait à Alexandrie vers l'époque où commence l'ère chrétienne, sinon auparavant (*post Pompei magni tempora vixisse creditur*, écrit Villoison).

Cette traduction, que nous avons demandée à M. Brian, est aussi exacte qu'elle a pu l'être; mais il y reste encore, par suite de la mutilation des manuscrits, bien des incertitudes et même de véritables lacunes. Un aperçu sommaire des points traités dans le *Dynaméron* pourra provoquer la publication du Traité dans son entier, et cette considération d'ailleurs doit primer toutes les autres, puisqu'il s'agit d'un texte antérieur de plus d'un siècle aux premiers écrits de Galien.

Quant à la signification du mot *dynaméron* (δυναμερόν), elle est restée inconnue.

Chapitres.

1. Pour la chute des cheveux.
2. Cosmétique des cheveux.
3. De l'alopécie.
4. De l'hémicrânie.
5. De la céphalalgie.
6. Pour l'inflammation (externe) de la tête (?).
7. Pour le refroidissement (extérieur) de la tête (?).
8. Pour les catarrhes.
9. Poudres siccatives pour le crâne.
10. (?)
11. Évacuation des humeurs.
12. Sternutatoires.
13. Topiques spléniques.
14. Boissons pour les maladies spléniques.
15. Pour les néphritiques.
16. Pour les calculeux et les diurétiques (?).
17. Diurétiques.
18. Pour les malades de la vessie et les hématuriques.
19. Pour les ulcères aux parties honteuses.
20. (?)
21. Pour les coliques d'intestins.
22. Pour l'inflammation des testicules.
23. (?).
24. Gonflement (érection, probablement).
25. Impuissance (?).
26. Jouissance.
27. Pour les maladies intra-thoraciques, les phthisies et les péri-pneumonies.
28. Pour les maladies du cœur.
29. Pour les cardialgiques.
30. Pour la dyspnée.
31. Pour les hémoptoïques.
32. Cataplasmes pour les pleurétiques.
33. Topiques pour les pleurétiques.
34. Antidote pour la pleurésie.
35. Pour la toux.
36. Remèdes pour la trachée-artère.
37. Pour ceux à qui la fièvre dessèche la bouche.
38. Boissons désaltérantes.
39. Fébrifuges.
40. Pour les fièvres intermittentes.
41. Sudorifiques.
42. (?).
43. Pour les poisons (?).
44. Antidotes.
45. Emplâtre pour les morsures d'animaux.
46. Pour les maladies pestilentielles et ceux qui ont le teint plombé.
47. Pour les douleurs d'épaules.
48. Frictions réchauffantes.
49. Pour la courbature et le frisson.
50. Pour l'opisthotonos, l'emprosthotonos, le tétanos, le *spasme érotique* (?), le spasme en général, la paralysie et l'hémiplégie.
51. Pour l'exomphale.
52. Pour les coxalgies.
53. Injections pour les coxalgiques.
54. Pour les arthritiques et les goutteux.
55. Pour les tumeurs.
56. Pour les abcès.
57. Pour les anthrax.
58. Pour les dartres.
59. Pour les érysipèles.
60. Pour les trajets fistuleux.
61. Incisions et cautérisations insensibles.
62. Pour le cancer.
63. Pour les ulcères rongeants.
64. Pour les ulcères chroniques.
65. Pour les brûlures.
66. Pour les stéatomes, les athéromes et les mélicéris.
67. Caustiques pour les abcès.
68. Emplâtres caustiques.
69. Caustiques pour la pourriture (?).
70. (?)
71. Poudres cicatrisantes et incarnatives.
72. Cataplasmes émollients pour fondre les callosités.
73. Pour les maladies des oreilles.
74. Pour les oreilles encombrées de cérumen.
75. Pour les bourdonnem. d'oreille.
76. (?).
77. (?).
78. (?).
79. Des gerçures aux lèvres.
80. Pour la mauvaise odeur de la bouche.
81. Cessation des éternuments.
82. Pour l'épilepsie.
83. Pour la folie furieuse.
84. (?).
85. Des onguents hypnotiques.
86. Des émanations hypnotiques.
87. Des boissons hypnotiques.
88. Des topiques hypnotiques.
89. Des lavages (lavements ?) hypnotiques.
90. Des bains de siége hypnotiques.
91. Des orgelets et des chalazions.
92. Moyens prophylactiques pour les yeux.
93. (Probablement pour empêcher la lumière de frapper les yeux.)
94. Cataplasmes pour l'ophthalmie.
95. Onguents pour les douleurs des yeux.
96. Collyres.
97. Pour les granulations (des yeux).
98. Liniments.
99. Liquides pour les *diathèses* (?) des yeux.
100. Teintures (?) médicinales.
101. De la cataracte.
102. Collyres liquides pour éclaircir la vue.
103. Pour l'amblyopie et pour l'éclaircissement de la vue.
104. Pour l'albugo.
105. Ablutions pour l'albugo.
106. Collyres secs quotidiens, procataleptiques.
107. Collyres secs pour les ophthalmies chroniques.
108. Collyres (?) safranés.
109. (?).
110. Pour le ptérygion.
111. Pour la fistule lacrymale.
112. Pour l'ægilops.
113. Pour les maladies dans les narines.
114. Pour les polypes nasaux.
115. Pour l'ozène.
116. Pour les épistaxis.
117. Pour les maladies des gencives et les parotides.
118. Pour les maladies des dents.
119. Pour les coliques.
120. Suppositoires narcotiques pour les coliques.
121. Pour la passion iliaque (ileus).
122. Pour le ténesme et le flux cœliaque.
123. Pour le flux cœliaque et la dysentérie.
124. Trochisques (*vomitifs* ?) pour les dysentériques.
125. Boissons pour dysentériques.
126. (?).
127. Trochisques (*purgatifs* ?).
128. Le même que 124 : Trochisques (*vomitifs*? pour les dysentériques).
129. (?).
130. Topiques pour les dysentériques.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Suivant le rapport de M. le docteur Brun, trésorier, le bilan de la caisse des fonds généraux et celui de la caisse des pensions viagères sont les suivants :

Fonds généraux.

En caisse	4 732 72	84 732 72
Fonds disponibles à la Caisse des dépôts et consignations	500 00 »	
Fonds non disponibles à la même caisse	300 00 »	

175 fr. de rente 3 pour 100 provenant de MM. de Robert de Latour et Fillasier. — Nue propriété de 177 fr. de rente 4 1/2 pour 100, legs Blatin. — Nue propriété de 50 fr. de rente 3 pour 100, don de madame Jules Cloquet. — Legs à recouvrer de M. Arnal, 20 000 fr. — Legs à recouvrer de madame Arnal, 12 000 fr. — Legs à recouvrer de M. Blache, 2000 francs. — Legs à recouvrer de M. F. Barthez, 4000 fr.

Caisse des pensions.

En caisse	9 197 50	250 313 58
Fonds déposés à la Caisse des dépôts et consignations	194 957 27	
Intérêts capitalisés à la Caisse des dépôts et consignations, au 31 décembre 1872	46 158 81	

5 fr. de rente 5 pour 100 (Société de Châtillon-sur-Seine). — Une obligation du Crédit foncier de France (Société de Châtillon-sur-Seine). — 20 fr. de rente 3 pour 100, fondation Laennec. — 10 fr. de rente 3 pour 100, don Horteloup.

Total de l'avoir de l'Association au 31 mars 1873.. 335 046 30

Le capital de la Caisse des pensions s'est augmenté, dans le cours du dernier exercice, de 49 435 francs, parmi lesquels figurent pour 3142 francs des dons faits par MM. les docteurs Boutin, Aug. Brun, Dufay, Ferrand, Géry père, L. Gros, Guelliot, Horteloup père, Piogey, Ricord, H. Roger et Marjolin; d'un don de 100 francs par la Société médicale du IXe arrondissement de Paris et de versements volontaires de trente sociétés locales. En outre, il a été annoncé par M. le président que des dons nouveaux venaient d'être faits à la Caisse des pensions par MM. Boursier (200 francs), de Lacroix (50 francs), Ricord (500 francs), Larrey (100 francs), et Barth (legs d'une rente de 200 francs, par testament).

La séance générale du 20 avril avait été ouverte par un discours de M. Tardieu, qui a fortement stigmatisé le mauvais accueil fait par l'Assemblée nationale aux projets de loi qui avaient pour but de pourvoir aux intérêts et aux droits les plus légitimes du corps médical. Ça été aussi l'une des préoccupations du discours de M. le secrétaire général, qui, en outre, a signalé l'état de dissolution de quelques sociétés locales, compensée, il est vrai, par l'extension de plusieurs autres. Les secours accordés par la société centrale et par les sociétés locales réunies, pendant le dernier exercice, sont d'environ 30 000 francs.

Dans la séance du lundi 21, M. H. Roger a fait un court rapport sur la gestion financière du trésorier, et M. Brun a présenté son rapport sur le projet de règlement de la Caisse des pensions. Il a été décidé par l'assemblée que le classement et les propositions des pensions à accorder seront présentés par une commission composée du bureau, du conseil général et de six conseillers élus tous les ans par l'assemblée générale. Ces six membres seront, pour l'année courante, MM. Davinel, Seux, Heuzelol, Durand-Fardel, Béhier et H. Roger. Enfin, M. Brouardel a fait un très-intéressant rapport sur les discussions qui ont eu lieu au sein des sociétés locales sur les projets de loi qui ont été ou sont encore soumis aux délibérations de l'Assemblée nationale.

Au commencement de la séance, l'assemblée avait procédé à l'élection de membres du conseil général, en remplacement des membres décédés et pour compléter le chiffre de 30 membres, prescrit par les nouveaux statuts. Ont été élus ou réélus : MM. Béhier, Cabanellas, Contour, Bucquoy, Gavarret, Jeannel, Vernier, Le Roy de Méricourt, Durand-Fardel, Simonin, Marquez et Moreau de Tours.

Récompenses honorifiques. Sur la proposition du conseil consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant les années 1870 et 1871, savoir :

Médaille d'or. — M. Meurin, membre du conseil central d'hygiène et inspecteur de la salubrité du département du Nord.

Rappel de médaille d'or. — M. Rabot, membre du conseil central d'hygiène de Seine-et-Oise.

Médaille d'argent. — MM. Mignot, de Chantelle (Allier); Ollivier (Pyrénées-Orientales); le docteur Dubarry (Gers); Verrier (Seine-Inférieure); Boinard (Seine-Inférieure); Favereau (Seine-et-Oise); Maheut (Calvados); le docteur Coste (Hérault); le docteur Fournier (Charente); Bobierre (Loire-Inférieure); le docteur Demange (Meurthe); le docteur Levieux (Gironde).

Rappel de médailles d'argent. — MM. Vy (Seine-Inférieure); Bouteiller (Seine-Inférieure); Delhée (Pas-de-Calais); Dubos (Oise); Caussé (Tarn); Pilat (Nord); Labiche (Eure).

Médailles de bronze. — MM. le docteur Evrard (Oise); le docteur Darcy (Nièvre); Philippe (Seine-Inférieure); le docteur Nencourt (Meuse); Souville (Gers); Galtier (Aude); Lemoine (Côtes-du-Nord); Parisot (Belfort); le docteur Bancel (Seine-et-Marne); le docteur François (Somme); le docteur Châtelain (Meurthe); Chautard (Meurthe).

Secours aux blessés. — Le comité russe de secours aux blessés et malades militaires, qui a de sérieuses attaches officielles et qui compte dans toutes les provinces de l'empire un nombre considérable de sous-comités et d'agences, déploie une activité qu'il est utile de constater. Lors de l'assemblée générale qui a eu lieu dans les derniers jours de 1872, on a pris, pour l'année 1873, les mesures suivantes :

Le Comité devra, en utilisant tous les agents dont il dispose, faire en sorte que les administrations rurales et urbaines, surtout dans les points situés le long des voies ferrées, soient prêtes à recueillir à chaque instant le plus grand nombre possible de malades et de blessés, qu'on pourra de la sorte évacuer rapidement sur la mère-patrie, ce qui permet de rendre un service immense à l'armée d'opération. Les administrations devront veiller, en outre, à ce que tous les hôpitaux locaux et fixes aient un nombre suffisant de médecins civils, afin que le ministre de la guerre puisse employer tous les médecins militaires dans les ambulances et les hôpitaux fixes ou mobiles de l'armée. Les administrations devront envoyer aussitôt que possible tous les renseignements et un compte de leur situation, et des moyens dont elles disposent au ministre de la guerre, au bureau de l'hygiène militaire. (*Bulletin de la réunion des officiers.*)

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Vignal, agrégé, est chargé de la chaire de médecine légale et de toxicologie, en remplacement de M. René, décédé.

École de pharmacie de Nancy. — M. Schmitt, licencié ès sciences physiques, ancien chargé des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé provisoirement des mêmes fonctions à l'École supérieure de pharmacie de Nancy. M. Schmitt sera chargé, en cette qualité, du cours de pharmacie à ladite École. — M. Haller est nommé préparateur, et M. Chollet, aide préparateur.

École de médecine de Reims. — M. Lemoine, suppléant pour la chaire d'histoire naturelle et matière médicale, est chargé provisoirement du cours d'histoire naturelle médicale (chaire nouvelle).

M. Centilhomme, suppléant pour les chaires de chirurgie, est chargé provisoirement du cours de pathologie externe (chaire nouvelle).

Faculté de médecine de Paris. — M. Ginain est nommé architecte de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Carnier, dont la démission est acceptée.

École de médecine et de pharmacie de Caen. — Sont nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen : 1° professeur adjoint de clinique interne, M. Fayel-Deslongrais, en remplacement de M. Faucon, démissionnaire; 2° professeur adjoint d'anatomie et physiologie, M. Auvray, en remplacement de M. Fayel-Deslongrais; 3° chef des travaux anatomiques, M. Wiart en remplacement de M. Auvray; 4° professeur suppléant, M. Delouey, en remplacement de M. Wiart.

SERVICE MÉDICAL DE L'ARMÉE ANGLAISE. — La reine d'Angleterre vient d'approuver et de promulguer le règlement sur l'organisation du service médical, qui détermine la solde des officiers de santé, leurs attributions, leur assimilation aux grades de l'armée. (Voy. *Gazette hebdom.*, 1873, n° 14).

SERVICE MÉDICAL DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 26 avril 1873, M. Pichaud (Joseph-Adolphe), médecin principal de la marine, a été promu au grade de médecin en chef pour servir aux colonies.

PRIX. — La Société médicale du VI[e] arrondissement propose pour sujet de prix la question suivante : « L'abandon des émissions sanguines dans les maladies inflammatoires est-il justifié par les recherches d'anatomie pathologique récentes ou par les changements survenus dans les constitutions, ou par l'emploi des médicaments nouveaux ? » — La valeur du prix est de 400 francs. Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général, M. Billard, dans les formes habituelles.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. — Ordre du jour de la séance du mercredi 14 mai : Lecture d'un travail de M. Caube (du Gers), intitulé : DU CALCUL DES PROBABILITÉS APPLIQUÉ A LA THÉRAPEUTIQUE. Lecture d'une note de M. Corre sur quelques remèdes populaires aux Antilles et au Mexique.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. Claude Bernard a repris son cours le mercredi 30 avril, à une heure, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Il traitera de la physiologie opératoire.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Luys ouvrira son cours sur les maladies du cerveau, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 11 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Marc Girard, de Bordeaux, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique, à l'âge de trente-cinq ans. Au bout de quelques jours, il se crut guéri et reprit ses occupations. Mais des accidents terribles de septicémie ne tardèrent pas à éclater. C'est une grande perte pour le corps médical bordelais, dont il serait devenu une des lumières. (*Union médicale.*)

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 26 avril au 2 mai 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 17. — Typhus, 0. — Érysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 73. — Dysenterie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 249. — Affections chroniques, 394 (1). — Affections chirurgicales, 31. — Causes accidentelles, 23. — Total, 874.

Londres : Décès du 20 au 26 avril 1873, 1252. — Variole, 2; rougeole, 15; scarlatine, 8; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 4; bronchite, 180; pneumonie, 76; diarrhée, 10; dysentérie, 3; diphthérie, 9; croup, 3; coqueluche, 73.

Lille : Décès du 1[er] au 15 avril 1873, 225. — Rougeole, 10; fièvre typhoïde, 5; érysipèle, 1; bronchite, 20; pneumonie, 22; diarrhée, entérite, 26; angine couenneuse, 1.

(1) Sur ce chiffre de 394 décès, 108 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Société de biologie : De l'herpès traumatique : M. Verneuil. — **Travaux originaux.** Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Correspondance.** Sur la propylamine. — Du bubon d'emblée chancrelleux. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Sociétés savantes de l'étranger. — **Revue des journaux.** Des altérations du grand sympathique dans la syphilis constitutionnelle. — **Bibliogaphie.** De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle. — Étude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée et artificielle pendant la grossesse et le travail de l'accouchement. — Index bibliographique. — **Variétés.** Le Dynaméron. — Association générale des médecins de France. — **Feuilleton.** Prescription des honoraires médicaux. — Visite d'inspection chez les médecins autorisés à distribuer des médicaments.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la curation de quelques-unes des maladies les plus fréquentes ou les plus graves de l'espèce humaine au moyen de l'acide phénique, par le docteur Déclat. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Loureine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 1100 p. Paris, A. Delahaye. 15 fr.

Du traitement des polypes laryngiens, par le docteur Ch. Livon. In-8, Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Essai sur le cancer du rein, par le docteur Neumann, in-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Physiologie étiologique et traitement de l'anaphrodisie, par le docteur Ch. Pechenet. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Contribution à l'histoire de la dyspepsie, étude sur le siége et les conditions pathogéniques de l'affection dite dyspepsie intestinale, par le docteur Caulet. In-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, le blépharospasme, etc., professées par F. Panas, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie, rédigées et publiées par G. Lorey, interne des hôpitaux de Paris, revues par le professeur. 1 vol. in-8, avec 10 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye. 5 fr. Cartonné 6 fr.

Action des eaux de Vichy sur le tube intestinal, par le docteur Champagnat, médecin consultant aux eaux de Vichy. In-12. Paris, A. Delahaye. 50 c.

Recherches sur la structure normale du corps thyroïde, par le docteur Boéchat. In-8, avec 1 planche. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 75

Des sueurs locales, par le docteur Débrousse-Latour. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Appendice au traitement des maladies des femmes : des bandages et des ceintures hypogastriques, par le docteur Bernier de Bournonville. In-8, avec 25 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Traitement des maladies des voies urinaires par les eaux de Vichy; régime à suivre dans ces maladies, par le docteur Champagnat, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville, 2[e] fascicule, avec 6 figures dans le texte et 4 planches coloriées. Paris, A. Delahaye. 3 fr.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, médecin consultant aux eaux de Plombières. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur de Bélina, 2[e] édit. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Étude sur la valeur séméiologique de la ménorrhagie, ou exagération du flux menstruel, par le docteur Potheau. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Du traitement de la coqueluche par l'hydrate de chloral et par le bromure de potassium, par le docteur Armand. In-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

Nouvelles études sur la spontanéité de la matière. Réponses à quelques objections, par le docteur Stanski. In-8 de 64 pages. J. B. Baillière et Fils. 2 fr.

D'un nouveau moyen de contention de la matrice dans les cas de prolapsus utérin complet, par le docteur Vulliet. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

De l'état du foie chez les femelles en lactation, par le docteur de Sinety. In-8, avec une planche coloriée. A. Delahaye. 2 fr.

La station médicale de Saint-Moritz (Engadine Suisse), par le docteur Jaccoud. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Ophthalmie d'Algérie, par le docteur Cuignet. 1 vol. in-8 cartonné. A. Delahaye. 6 fr.

Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie; étude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération, par les docteurs Péan et H. Urdy. 1 vol. in-8 avec 25 figures dans le texte et 4 planches. A. Delahaye. 6 fr.

De la durée de la vitalité des tissus et des conditions d'adhérences des restitutions et transplantations cutanées (greffes animales), par le docteur Georges Martin. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Guérison du bégayement, exposé d'une nouvelle méthode, par C. Surville. In.-8. A. Delahaye. 1 fr.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne, par le docteur Felizet. 1 vol. in-8, avec 12 fig. dans le texte et 13 planches en phototypie. A. Delahaye. 6 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 15 mai 1873.

Académie des sciences : STRUCTURE DU CORPS THYROÏDE : BOÉCHAT. — LE LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DU COLLÉGE DE FRANCE.

Les recherches d'histologie ont démontré dans une série d'organes dont les fonctions et la texture ont été bien longtemps problématiques, des caractères d'analogie qui ont déjà été confirmés par la physiologie et la pathologie. On reconnaît aujourd'hui un groupe d'organes, divers de forme et de siége, que l'anatomie générale a rapprochés. Tels sont la rate, le thymus, le corps thyroïde, les vésicules closes de l'intestin, les plaques de Peyer, les amygdales, les ganglions lymphatiques, qui ont été réunis en un groupe qui porte le nom de glandes vasculaires sanguines. Bien plus, on a pu trouver dans la surface du derme, dans la muqueuse intestinale, dans la moelle osseuse, des caractères de texture, des fonctions physiologiques permettant cette hypothèse : que, à côté d'organes limités, facilement circonscrits à l'œil nu, il existe des membranes ou des couches présentant une texture et des propriétés analogues à celles des glandes vasculaires sanguines. D'où le nom de tissu embryonnaire, tissu lymphoïde, qui a été donné à ces parties limitées de la couche située sous le revêtement externe ou interne, sous la peau, sous la muqueuse intestinale, à l'intérieur des os. Cette conception générale, séduisante au plus haut degré par les déductions immédiates qu'elle présente en pathologie générale, nous semblerait avoir été admise avec une faveur trop hâtive, si nous n'assistions à la succession de travaux qui s'ajoutent pour lui donner une consécration anatomique, c'est-à-dire une preuve directe.

A ce point de vue, le travail de M. Boéchat, dont les conclusions ont été présentées à l'Académie des sciences (séance du 21 avril), mérite d'attirer notre attention.

Jusqu'à présent, on considérait généralement le corps thyroïde comme un assemblage de vésicules closes, ou de cavités ovoïdes, arrondies, formées par une membrane continue tapissée d'épithélium polygonal, renfermant suivant les uns un liquide transparent avec des cellules arrondies, suivant d'autres des cellules agglomérées appartenant à l'épithélium sphérique et nucléaire, ou même représentant les caractères des globules blancs du sang. En résumé, la thyroïde serait constituée par des vésicules closes autour desquelles rampent les vaisseaux lymphatiques, de larges réseaux veineux, des capillaires et des artères; sur diverses parties de ces réseaux ont été vues des dilatations veineuses ou capillaires, c'est-à-dire qu'autour des vésicules il existerait une riche distribution vasculaire. Cette première idée de la texture fait concevoir mais n'explique pas précisément le mode d'activité des vésicules par rapport aux transformations subies par le sang à leur intérieur.

Les recherches de M. Boéchat nous montrent la texture de la glande thyroïde sous un aspect différent de celui de vésicules closes isolées les unes des autres; suivant ses préparations, les cavités communiquent entre elles; la thyroïde n'est plus formée par une réunion de vésicules, mais les cavités arrondies communiquent entre elles.

« Les cavités du corps thyroïde ne sont pas remplies par » un amas de cellules, mais elles possèdent une membrane » épithéliale à une seule couche qui leur forme une enveloppe continue. Ces cavités ne constituent pas des vésicules » closes, comme l'admettent la plupart des histologistes : ce » sont des cavités qui communiquent largement les unes avec » les autres. La membrane épithéliale paraît former à elle » seule la paroi de ces cavités contenues dans les alvéoles de » la charpente. Elle est directement adossée sur un grand » nombre de points, à la paroi endothéliale des vaisseaux » lymphatiques. »

Ces cavités du corps thyroïde représentent la partie fonda-

FEUILLETON.

General medical Council : la profession médicale en Angleterre.

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

La grande question des réformes médicales vient d'être de nouveau agitée en Angleterre à l'occasion de la convocation du Conseil médical (*General medical Council*). Cette assemblée est, comme on le sait, composée de 24 membres, dont 18 sont élus par les différentes Facultés du royaume, et les 6 autres nommés par le gouvernement. Elle a pour principale mission de surveiller et de régulariser l'enseignement et la pratique de la médecine, ainsi que de discuter et de présenter au gouvernement les réformes nécessaires. C'est elle qui juge et décide en dernier ressort lorsqu'un membre du corps médical a démérité dans l'exercice de sa profession et doit être rayé du registre des médecins d'Angleterre (*Medical Register*). Nous nous proposons spécialement, dans les lignes qui vont suivre, de donner sur la profession médicale en Angleterre quelques aperçus généraux, qui serviront à bien faire connaître le terrain sur lequel le Conseil médical s'efforce depuis longtemps, avec plus de zèle que de succès, d'introduire des réformes.

Et d'abord il est incontestable que la situation actuelle des corps médicaux chargés de délivrer les diplômes (*examining bodies*) est très-défectueuse, et les efforts du Conseil médical pour y remédier sont des plus louables; on ne peut regretter qu'une chose, c'est qu'ils soient restés jusqu'à présent infructueux. Selon toutes probabilités, les choses resteront comme elles sont encore assez longtemps; car le Conseil, qui seul pourrait agiter ces questions, a perdu auprès du gouvernement et du pays une grande partie de son prestige. Cela tient en partie à ce que les membres qui le composent se sont toujours montrés plus soucieux de défendre les intérêts de leur propre corporation que ceux du corps médical en général.

mentale de la glande, mais le point le plus intéressant de leur étude consisterait à établir leurs rapports avec les lymphatiques; M. Boéchat, dans ce but, a étudié avec soin les lymphatiques de la thyroïde; il n'a pas observé de communication directe entre les lymphatiques et les cavités, mais il a montré que les lymphatiques présentent des dilatations caverneuses, constituant des sinus lymphatiques communiquant largement les uns avec les autres. Les parois de ces sinus sont accolées sur un grand nombre de points aux parois des cavités thyroïdiennes; donc, s'il n'y a pas communication, il existe une séparation tellement mince, que l'on conçoit un échange actif entre le contenu des lymphatiques et le contenu des cavités.

On ne saurait aller plus loin actuellement sans faire une hypothèse, la communication directe n'étant pas démontrée. Mais, en restant dans le domaine des faits, les observations de M. Boéchat démontrent que le corps thyroïde doit faire partie du groupe des organes lymphoïdes.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire d'histologie du Collége de France; elles s'ajoutent aux productions nombreuses dues aux conseils de M. Ranvier, et c'est pour nous une occasion de signaler l'importance de ce laboratoire. L'histologie est installée au Collége de France, et nous recommandons à ceux qui aiment à constater les progrès de la science une visite à ce laboratoire. Dans la cour centrale montez l'escalier A, et au second étage, en face de l'école des langues orientales, vous apercevrez à droite une modeste porte, l'entrée du laboratoire d'histologie. Là, sont disposées quelques pièces bien éclairées, bien orientées, où, sous la direction de M. Ranvier, avec l'aide dévouée de MM. Malassez et Renault, travaillent une quinzaine d'élèves formés à l'observation consciencieuse, minutieuse, et guidée ou contrôlée. Les appareils, les perfectionnements de la technique microscopique, y sont réunis: appareils à injection, chambres humides, platines à température constante, lampe à gaz donnant un éclairage constant et à rayons jaunes, et au-dessus de tout une collection de préparations dont la netteté défie toute incrédulité, et fournit la démonstration, par la vue, de la puissance de moyens d'investigation qui sont d'autant plus minutieux qu'ils doivent servir, non-seulement à voir, mais aussi à démontrer.

A. HÉNOCQUE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

DE LA NATURE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE, par M. A. LAVERAN, médecin aide-major.

Depuis 1837 la méningite cérébro-spinale épidémique a attiré l'attention du monde médical, et un remarquable article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES vient de retracer l'histoire complète de cette singulière maladie (1).

Une question reste à trancher, celle de la nature de la méningite cérébro-spinale: Michel Lévy a rapproché cette maladie de la grippe qui régnait en même temps qu'elle, en 1848; Boudin en a fait un typhus, l'auteur de l'article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE la rattache aux constitutions médicales qui produisent les fièvres éruptives; d'autres auteurs, enfin, ont voulu en faire une maladie *sui generis* inconnue des anciens, qui n'aurait fait son apparition qu'au commencement de ce siècle.

N'est-ce pas une maladie bien curieuse et bien faite pour éveiller l'attention des épidémistes, que cette méningite épidémique et contagieuse qui fait sa première apparition à Genève en 1805, et qui est décrite par Vieussens sous le nom de *fièvre cérébrale ataxique?* En 1837, la méningite cérébro-spinale se montre à Bayonne, dans la garnison, puis dans différentes villes du Midi et en Algérie, où elle est importée par les régiments qui en sont atteints. En 1840 et en 1848 elle règne dans les principales garnisons de France. Paris, Strasbourg, Metz, Lyon, Toulon, Lille, sont visitées en même temps par cette cruelle épidémie. En Italie (1837-1842), c'est la population civile qui est surtout frappée; en Suède (1855-1860), la méningite cérébro-spinale prend les allures d'une grande épidémie : 11712 personnes sont atteintes et 4138 meurent. La méningite épidémique est signalée successivement en Espagne, dans l'Amérique du Nord, dans le Danemark, en Suède et en Norvége, dans le Wurtemberg, en Silésie, en Prusse et en Russie. Partout la mortalité est considérable, et la médecine est presque désarmée contre ce mal nouveau.

Quelle place assigner à cette méningite contagieuse dans le cadre nosologique? C'est là une énigme médicale dont j'ai cherché, comme tant d'autres, à trouver le mot. — Lorsqu'un fait insolite se présente, l'esprit humain n'a pas de repos qu'il n'ait trouvé, de ce fait, une explication plausible; c'est ainsi que nous bâtissons tous les jours hypothèses sur hypothèses. Sans doute, parmi ces hypothèses beaucoup sont de

(1) C'est par suite d'une erreur typographique que cet article est signé A. Laveran au lieu de L. Laveran: du reste, tous ceux qui le liront reconnaîtront qu'il a été écrit par le professeur qui a fondé au Val-de-Grâce l'enseignement des épidémies des armées, et je n'ai pas à craindre qu'ils me fassent l'honneur de me l'attribuer. A L.

Nous n'entrerons pas dans de grands détails sur l'état actuel de la législation médicale en Angleterre; il a été beaucoup écrit et beaucoup dit sur ce sujet, et nous ne croyons pas qu'il y ait quelque chose de nouveau et d'intéressant à faire connaître. Nous voulons seulement parler de la pratique de la médecine en général et de toutes les particularités qui s'y rattachent.

En France, la profession médicale est, sans contredit, une des plus recherchées et une de celles à laquelle on peut s'honorer d'appartenir. Partout où il se trouve placé, le médecin occupe un rang et exerce une influence que nul ne songe à lui contester. Ces avantages moraux, qui compensent en quelque sorte les ennuis et les misères inséparables de la profession, n'existent pas à un aussi haut degré en Angleterre, où la pratique de la médecine est malheureusement avilie et discréditée, non-seulement par un nombre considérable de charlatans, mais encore, pour une part considérable, par les praticiens eux-mêmes. Sans vouloir déprécier ici les institutions et les usages d'un pays qui a toutes nos sympathies, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer combien la pratique de la médecine y offre de côtés défectueux. En effet, s'il est une chose capable de discréditer la profession, c'est bien cette monstrueuse association de celui qui prescrit les médicaments et de celui qui les vend. Un respectable médecin irlandais, Mapother, qui a écrit sur ce sujet, a dit : Cette pratique donne évidemment au médecin la tentation d'augmenter les doses et de prescrire les remèdes qui lui laissent le plus de bénéfices; aussi un fait qui est bien connu c'est que le médecin-apothicaire choisit toujours pour associé (*partner*) un individu qui ordonne aux malades beaucoup de médicaments et augmente par là ses bénéfices. Le Collége des médecins de Londres (*Royal college of Physicians*) a fait de louables efforts pour faire disparaître le mercantilisme de la profession. D'après les statuts de cette importante corporation, aucun candidat ne peut y être admis s'il pratique la pharmacie ou s'il est de connivence avec un pharmacien; s'il exerce la médecine avec un associé ou s'il exploite et tient secrets certains remèdes dans un but mercantile.

pures chimères et s'évanouissent en un instant, mais quelques-unes se vérifient, ce sont alors des découvertes. Mieux vaut faire des hypothèses inexactes, a dit Gœthe, que de n'en point faire du tout; l'important est de savoir les abandonner quand les faits viennent témoigner de leur inexactitude. Quant à moi, je suis prêt à abandonner mon hypothèse sur la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique, si quelqu'un veut bien m'en fournir une autre qui me satisfasse davantage et qui soit plus en rapport avec les faits.

Je crois que la méningite cérébro-spinale est une forme anomale de la scarlatine.

Voici les principaux faits qui me paraissent plaider en faveur de cette opinion :

La scarlatine est une maladie essentiellement variable dans ses formes; le médecin le plus instruit a souvent de la peine à la reconnaître sous les déguisements qu'elle sait prendre; l'éruption scarlatineuse est bien loin d'être constante dans la scarlatine, ainsi que l'a démontré Trousseau.

La scarlatine affectionne les membranes séreuses et produit facilement des inflammations purulentes; au douzième jour de la maladie, Trousseau a retiré du pus de la plèvre de scarlatineux. La péricardite scarlatineuse est fréquente (Graves, Thore); elle a pris quelquefois la forme de petites épidémies; le rhumatisme articulaire est fréquent dans la scarlatine (Graves, Pidoux, Murray, Valleix, Trousseau), et parfois il revêt la forme suppurative qui tue impitoyablement (Trousseau).

Les accidents nerveux ne sont pas rares au début de la scarlatine; ils se traduisent par du délire, des vomissements, quelquefois, surtout chez les enfants, par du coma et des attaques d'éclampsie.

Les épidémies de méningite cérébro-spinale ont la même marche générale, les mêmes allures que les épidémies de scarlatine. La méningite règne sous forme de petites épidémies dans les pays où la scarlatine est endémique (grandes villes de France), sous forme de grande épidémie en Suède où la scarlatine est plus rare; comme la scarlatine elle est contagieuse, mais elle l'est à un moindre degré que la variole; comme la scarlatine, enfin, elle s'attaque surtout aux enfants (Suède) ou aux soldats, et parmi ces derniers elle choisit les plus jeunes, ceux qui arrivent des campagnes dans les grandes villes.

Presque partout les fièvres éruptives, et la scarlatine en particulier, règnent en même temps que la méningite cérébro-spinale.

A Perpignan (1841), à Versailles (1841), l'apparition de la méningite coïncide avec une fréquence inusitée des fièvres éruptives.

A Metz (1847-48), la scarlatine règne dans la garnison en même temps que la méningite.

A Paris (1847-48), Michel Lévy signale la grippe et la scarlatine parmi les maladies régnantes à l'époque de l'épidémie de méningite observée au Val-de-Grâce; l'érythème scarlatiniforme est noté parmi les éruptions dont s'accompagnait parfois la méningite.

Même coïncidence à Strasbourg (1848).

En Suède, l'épidémie de méningite cérébro-spinale coïncide avec une épidémie de scarlatine et d'oreillons.

Dans le grand-duché de Bade (1864), les fièvres éruptives règnent avec une fréquence inusitée au moment où éclate l'épidémie de méningite.

L'inflammation des membranes séreuses est la complication la plus fréquente de la méningite cérébro-spinale comme de la scarlatine.

Schilizzi, à Aigues-Mortes; Forget, Tourdes, à Strasbourg; Lévy, à Paris; L. Laveran, à Metz, signalent, chez un certain nombre d'hommes morts de méningite épidémique, la présence de liquide séro-purulent dans les plèvres; le plus souvent ces pleurésies ne s'accompagnent d'aucun symptôme morbide pendant la vie, et ne sont reconnues qu'à l'autopsie.

La complication de péricardite avec épanchement puriforme est notée à Versailles (M. Faure), à Metz, à Constantine, à Paris, à Strasbourg (MM. Tourdes et Vaillant), à Toulon (M. Grellois); la péricardite, comme la pleurésie, n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

A Strasbourg (1848), M. Vaillant signale plusieurs cas de méningite épidémique avec pétéchies; il se présente en même temps plusieurs scarlatines hémorrhagiques. Deux fois sur neuf autopsies de méningitiques, M. Vaillant trouve une péricardite purulente avec pétéchies; dans le même temps trois autres malades meurent de péricardite. Deux fois sur neuf, chez les malades morts de méningite, il y avait du pus dans les articulations. N'est-il pas évident, dans ce cas, que la scarlatine s'est portée tantôt sur le péricarde, tantôt sur les méninges?

Boudin, à Paris, a observé dans plusieurs cas de méningite l'inflammation de la tunique vaginale.

MM. Lefebvre, à Rochefort; L. Laveran, à Metz; Michel Lévy, à Paris; Corbin, à Orléans; Maillot, à Lille; Grellois, à Toulon, signalent comme une complication fréquente de la méningite cérébro-spinale, la rougeur des synoviales articulaires et la présence de pus phlegmoneux dans la plupart des grandes articulations et jusque dans les gaînes tendineuses.

L. Laveran, à Metz; Faure, à Versailles, trouvent plusieurs fois les amygdales creusées de petits abcès, et ils notent en même temps cette lésion chez des individus atteints de scarlatine.

Plusieurs auteurs, Michel Lévy entre autres, constatent fréquemment l'existence de la psorenterie qui est si commune dans la scarlatine.

Le début de la méningite ressemble à celui de la scarlatine :

Il est évident que ce que nous venons de dire concernant le mercantilisme associé à la pratique médicale ne s'applique nullement à une certaine classe de praticiens, dont l'Angleterre s'honore à juste titre et qui, loin d'abaisser la profession médicale, l'élèvent, au contraire, par leur science et leur honorabilité.

Il a été trop souvent question dans ce journal de l'organisation de la médecine en Angleterre, et spécialement des diverses classes de médecins, pour que nous revenions ici sur ce sujet. Qu'on nous permette seulement quelques mots sur ce qu'on pourrait appeler les mœurs médicales de chacune de ces classes.

Le *surgeon* n'est autre chose que le médecin en boutique et vendant des remèdes en même temps qu'il donne la consultation on pourrait dire *sur le comptoir*. Son établissement, qu'on désigne sous le nom de *surgery*, ressemble assez à une de nos pharmacies de faubourg. La consultation qu'on y reçoit ne s'y paye pas; à la condition toutefois que les médicaments prescrits soient achetés dans la maison. Le propriétaire de la *surgery* fait également les visites à domicile, et il a surtout la spécialité des accouchements. La présence d'un semblable établissement est indiquée au loin par une grande lanterne rouge, et une magnifique enseigne fait connaître au public le nom et les qualités du titulaire (1); en un mot tout l'attirail et l'on pourrait presque dire le charlatanisme de la pharmacie se trouvent réunis à la pratique de la médecine.

Le *General practitioner* ne diffère pas énormément du *Surgeon*.

(1) On voyait, il y a quelques années, et l'on voit peut être encore aujourd'hui l'enseigne suivante à Manchester :

« A. B...., chirurgien apothicaire; ordonnances et médicaments aux meilleures » conditions; extraction des dents à raison de un schelling pièce; femmes assistées » dans leurs couches moyennant deux schellings et demi; spécialités pharmaceutiques; » soda water; limonade; ginger beer; cirage, etc., etc. »

Le propriétaire de ce singulier établissement ayant été interrogé pour savoir s'il appartenait réellement au corps médical répondit qu'il était licencié par la société des apothicaires de Londres (*Apothecaries' society of London*) et qu'il était par conséquent légalement qualifié pour pratiquer la médecine. (Voyez Mapother, *Medical profession*, p. 74.)

frissons violents, élévation rapide de la température pouvant aller à 40 ou 41 degrés; céphalalgie fronto-occipitale, vomissements, délire. Plusieurs fois la méningite s'est compliquée d'éruptions exanthématiques ou pétéchiales, MM. Faure, Villars, Tourdes, ont noté des desquamations consécutives « comme dans la scarlatine ». Les urines ont été rarement examinées, plusieurs observateurs ont noté cependant l'existence de l'albuminurie. Ajoutons enfin que la marche si rapide de la maladie (la suppuration des méninges s'est produite parfois en vingt-quatre ou trente-six heures), n'est pas en rapport avec celle des phlegmasies franches.

Tous ces faits me semblent témoigner en faveur de mon hypothèse sur la nature de la méningite cérébro-spinale. Cette forme larvée d'une fièvre éruptive n'a rien qui doive nous étonner, nous en avons un autre exemple dans la bronchite capillaire de Nantes. Il est à peu près prouvé aujourd'hui que cette bronchite capillaire épidémique est une rougeole anomale. Pendant le siége de Paris, la bronchite capillaire a régné dans notre armée. M. Brouardel a décrit ce catarrhe suffocant (*Les maladies pendant les siéges de Paris et de Metz*, in *Revue des cours scientifiques*, 1872); se fondant sur des expériences physiologiques de M. Ranvier, M. Brouardel incline à croire qu'il s'agit d'une paralysie des nerfs pneumogastriques déterminée par le froid; je ne saurais partager cette opinion.

M. le professeur L. Colin a observé le catarrhe suffocant chez des soldats atteints de rougeole, et la maladie rappelait, dit-il (communication faite à la Société de médecine, 1872), celle observée, en 1840-1842, à Nantes, à Paris et à Lyon, et en 1854, au camp de Boulogne, M. le professeur Colin fait observer très-justement que trois circonstances ont présidé partout à l'apparition des épidémies de catarrhe suffocant :

1° Hiver très-froid;

2° Appel suivi de l'arrivée d'un grand nombre de jeunes soldats;

3° Constitution médicale caractérisée par la prédominance des fièvres éruptives.

M. le professeur agrégé E. Vallin pense aussi que le catarrhe suffocant est une forme anomale de la rougeole; je l'ai entendu développer cette idée dans les conférences du Val-de-Grâce.

Il nous reste à dire pourquoi, dans certains cas, la rougeole se cache sous le masque de la bronchite capillaire, la scarlatine sous celui de la méningite cérébro-spinale. Le froid joue sans doute ici un rôle important, il empêche les fièvres éruptives de suivre leur marche naturelle, de venir s'épanouir à la surface du corps; la muqueuse bronchique souvent atteinte, en hiver, de catarrhe, appelle les manifestations morbides de la fièvre. C'est une loi générale en pathologie que les localisations morbides se font de préférence sur les parties soumises à une irritation quelconque. C'est ainsi que l'éruption de la variole apparaît de préférence sur les surfaces où l'on a appliqué des sinapismes ou des vésicatoires; c'est ainsi que le rhumatisme se développe dans les articulations ou dans les muscles qui travaillent le plus; ainsi encore que l'inflammation atteint surtout les points de l'endocarde les plus exposés aux frottements continuels que nécessite le jeu compliqué des valvules du cœur. Pour la méningite cérébro-spinale, on peut invoquer les fatigues comme cause prédisposante; dans plusieurs épidémies elles sont signalées en première ligne avec le froid parmi les causes de la maladie.

Enfin, on peut invoquer ce *quid ignotum* qui a reçu le nom de génie épidémique; ce beau nom cache mal notre ignorance, et il vaut mieux avouer que nous ne savons pas pourquoi une même maladie se présente tantôt sous une forme, tantôt sous une autre. Sydenham disait que la scarlatine n'avait guère d'une maladie que le nom : *hoc morbi nomem (vix enim altius assurgit)*, tant la maladie était alors bénigne.

Depuis ce temps, la scarlatine a pris à plusieurs reprises les allures d'une maladie extrêmement grave, aussi meurtrière que la peste elle-même; aujourd'hui même on se défie plus de la scarlatine que de la rougeole et de la variole; chacun sait que la scarlatine hémorrhagique est presque invariablement mortelle. Pourquoi ces changements de forme, ces variations dans la gravité d'une même maladie? Il faut bien avouer que jusqu'ici nous n'en savons rien.

Au point de vue de la prophylaxie et du traitement, il n'est pas indifférent de savoir si la méningite cérébro-spinale est ou n'est pas une forme larvée de la scarlatine. Si oui, il faudra évidemment isoler les malades atteints de méningite cérébro-spinale comme on isole les scarlatineux; il faudra éloigner des foyers de contagion les enfants et les jeunes soldats. Le fait suivant est fort instructif, je l'emprunte à l'article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE : « En 1863, un des régiments d'artillerie de la garnison de Rennes reçut, au commencement de l'automne, les hommes de la réserve; un de ces hommes fut pris, au polygone, d'accidents auxquels il succomba après deux jours de maladie; à l'autopsie on trouva le cerveau et la moelle recouverts d'une couche de pus. Le lendemain, un second artilleur du même régiment et également de la réserve présenta les mêmes accidents et succomba; une dépêche fut adressée immédiatement au conseil de santé, et le jour même arrivait l'ordre de renvoyer tous les hommes de la réserve dans leurs foyers. Dès lors, aucun cas ne se présenta dans le régiment, ni dans la garnison. »

Tous les traitements ont échoué contre la méningite cérébro-spinale; l'opium seul a donné quelques succès à MM. Chauffard et Boudin; peut-être réussirait-on mieux si l'on appliquait au début le traitement qui a donné de si beaux succès dans les formes graves de la scarlatine, je veux dire le

---

Il n'a pas, il est vrai, boutique ouverte sur la rue, mais il n'en cumule pas moins la vente des remèdes avec la pratique de la médecine. Il est ordinairement muni de deux diplômes : celui de médecin (*Apothecarie's Hall*) et celui de chirurgien (*Royal college of Surgeons*). Souvent il est associé avec un ou deux collègues (*partnership*) qui pratiquent avec lui en commun et touchent le tiers ou le quart des recettes, selon les conventions. Cette association de deux ou plusieurs médecins n'est pas non plus faite pour relever la profession aux yeux du public; mais elle a lieu si fréquemment qu'on n'y apporte pas la moindre attention. De plus, le *general practitioner* a généralement sous ses ordres un ou deux aides (*medical assistant*), qui préparent les médicaments, pratiquent les opérations de petite chirurgie et font les visites de peu d'importance. Parmi ces aides, les uns se destinent à la médecine et sont déjà munis d'un diplôme (*qualified assistant*), les autres ne sont que de simples employés plus ou moins initiés à la pratique médicale (*unqualified assistant*). Les appointements des assistants varient suivant leur savoir et leur habileté; un assistant diplômé gagne ordinairement de 2 à 3000 francs, y compris logement et nourriture; souvent il aspire à prendre la succession de l'établissement. Enfin, indépendamment des aides rémunérés, le *general practitioner* prend souvent des jeunes gens chez lui à titre d'élèves (*apprenticeship*), qui lui payent chaque année une certaine somme pour être initiés à la pratique de l'art de guérir.

La maison du *general practitioner* ainsi composée constitue un véritable établissement mercantile qui se transmet de père en fils ou qui peut être acheté et vendu dans des conditions plus ou moins avantageuses, selon l'importance de la clientèle et le *chiffre des affaires*. Les transactions de ce genre sont, du reste, habituelles et forment la base d'un commerce assez important. Plusieurs agents (*medical agent*) s'occupent exclusivement de ce genre d'affaires, et l'on peut voir leurs annonces dans les colonnes de la LANCET et autres journaux de médecine.

La troisième classe de praticiens (*physician*) n'est pas la plus

affusions froides. En 1848, à Lille, M. Maillot s'est bien trouvé des affusions froides dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. C'est un précédent qu'il faudra imiter à l'occasion.

En résumé, je crois que la méningite cérébro-spinale est une forme anomale de la scarlatine, comme le catarrhe suffocant est une forme larvée de la rougeole. Espérons que de longtemps nous n'aurons plus l'occasion d'étudier ces cruelles maladies.

REVUE CLINIQUE.

Chirurgie pratique.

Cancer du nez; rhinoplastie; guérison, par le docteur Mignot, lauréat de l'Institut, médecin de l'hôpital de Chantelle.

Le résultat de quelques opérations chirurgicales ne devient définitif qu'au bout d'un certain nombre d'années, et l'on se prive, par une publication prématurée, de renseignements, parfois importants, propres à modifier ou à confirmer l'opinion de la première heure. C'est le motif qui m'a fait différer le récit de l'observation d'une malade traitée d'un cancer du nez par l'autoplastie. On verra en le lisant jusqu'à quel point a persisté le succès d'abord obtenu.

Obs. — Le 1er juin 1856, entra à l'hôpital de Chantelle la femme d'un cultivateur de Target, nommée Françoise Baune, âgée de cinquante ans. Elle avait l'extrémité du nez, une partie du lobule médian et la moitié des deux ailes rongées par un cancroïde, dont un médecin habile du pays avait, quelques mois auparavant, tenté vainement d'arrêter les progrès par des cautérisations. Ce mal, dont la marche avait été lente au début, paraissait avoir été activé par cette opération. Ce premier résultat devait nous détourner de l'emploi des caustiques, qui d'ailleurs ne pouvaient rétablir les parties détruites, avantage offert par la rhinoplastie si elle réussissait.

La perte de substance étant considérable, le procédé qui consiste à prendre la peau du front pour la rabattre sur le nez et le reconstituer, me permettait seul d'arriver à mon but, qui était de détruire le cancer sur place, en avivant largement les surfaces malades, et d'en réparer les effets en comblant les vides qu'il avait creusés.

Après quelques journées de séjour à l'hôpital, accordées à cette femme pour s'y acclimater et fortifier sa constitution, naturellement chétive, je procédai, avec l'aide d'un confrère, à une opération qui devait être longue et difficile.

Mes mesures avaient été prises depuis la veille et les limites du lambeau tracées avec une ligne noire sur le front, dont la peau paraissait saine et souple.

Je commençai par l'avivement des bords de l'ulcération nasale, qui remontait jusqu'au tiers de la longueur du nez, la pointe de celui-ci étant complétement détruite et les deux ailes, la gauche surtout, à peu près à moitié, ainsi que le lobule médian. Je retranchai avec un bistouri ou des ciseaux la partie superficielle de ces bords. Aucune ligature ne fut nécessaire pendant ce premier temps de l'opération; puis je disséquai avec soin le lambeau dessiné sur le front avec une pointe arrondie au milieu, de façon à lui donner toute l'épaisseur de la peau, doublée de son tissu cellulaire sous-cutané. De nombreuses ligatures, devenues nécessaires à mesure que j'approchais des sourcils, furent faites immédiatement.

Arrivé à ce point, je circonscrivis le pédicule du lambeau par deux incisions obliques, l'une plus longue que l'autre, d'après le conseil donné par Lisfranc, afin de diminuer la torsion qu'il devait éprouver par son renversement sur le nez. Ce second temps de l'opération fut le plus difficile, et ce n'est qu'après une suite de tâtonnements que j'obtins le résultat que j'avais en vue.

Le lambeau ayant été tordu sur son pédicule, retourné et appliqué, par sa face saignante, sur les parties du nez préalablement avivées, me parut d'abord offrir de trop larges dimensions; mais en songeant au retrait qu'il aurait à subir, je ne le regrettai point et procédai à la réunion des parties. Deux aiguilles courbes d'acier, munies d'un fil double, laissèrent sur chaque côté deux points de suture; un cinquième, placé au milieu, réunit le lobule médian et le milieu du lambeau taillé en pointe pour figurer celle du nez et aboutir au point de séparation des deux narines; puis dans chaque narine fut placé un morceau de carte roulé en tuyau et graissé, afin de soutenir le nouvel organe jusqu'après sa cicatrisation.

Le pansement de la plaie frontale eut lieu, à la fin, par l'application d'un linge cératé recouvert de charpie. Un bandage, destiné à rapprocher les parties et à les soutenir, fut placé autour de la face et du front.

L'opération, pour laquelle on n'avait pas eu recours au chloroforme, avait duré en tout cinq quarts d'heure; la patiente, douée d'un courage rare, l'avait admirablement supportée; une syncope survint quand tout fut terminé et qu'on l'eut replacée au lit. Un silence absolu et la plus grande immobilité lui furent recommandés, en même temps que je prescrivis à la sœur de ne lui faire boire, soit du vin, soit du bouillon, qu'au moyen du bec allongé d'un vase fait exprès.

Le lendemain et les jours suivants, il survint une tuméfaction du lambeau qui nous donna de l'inquiétude; le fil du milieu coupa la chair et il fallut le remplacer par une serre-fine et une languette de diachylon. On dut aussi retirer les deux rouleaux de carte devenus trop gênants. De la suppuration s'établit entre la racine du nez et le pédicule du lambeau qui la recouvrait, ce qui facilita plus tard leur réunion, mais faillit amener sur le moment la disjonction du tout. On toucha les points menacés avec un crayon de nitrate d'argent; on plaça çà et là quelques bandelettes, mais du sixième au huitième jour la réunion parut assurée sur les points essentiels, et l'on put commencer à donner à la malade, qui avait rigoureusement obéi à nos prescriptions, une nourriture demi-solide un peu plus substantielle.

Afin de laisser au lambeau plus de vitalité et de maintenir ses rapports d'origine avec des tissus sains exempts de toute altération, je résolus de ne point couper son pédicule une fois la réunion opérée. Je crus, de cette manière, éviter mieux que par tout autre moyen les chances d'une récidive dans l'avenir, et, sur le moment, de la gangrène ou de l'atrophie.

La racine du nez et celle du pédicule finirent par s'accoler et adhérer ensemble.

Le succès s'affirma de jour en jour; mais il fut long à se produire, et ce ne fut que le 7 octobre que la malade nous parut suffisamment guérie pour quitter l'hôpital.

---

nombreuse; mais elle est de beaucoup la plus importante par la qualité des hommes qu'elle renferme. C'est dans cette classe que se recrutent toutes les illustrations de la profession: les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les professeurs des écoles et toutes les sommités scientifiques dont l'Angleterre a toujours fourni un fort contingent.

Sauf quelques légères différences, le *physician* peut être comparé au docteur en médecine français. Rien chez lui ne trahit le mercantilisme que nous avons signalé dans les classes précédentes, et ses manières, sa personne, ses habitudes, révèlent l'homme d'une éducation supérieure.

Il va sans dire que c'est généralement à lui que s'adresse la clientèle riche et aristocratique; mais une chose à faire remarquer, c'est que ces rapports amicaux entre le client et le praticien, qui en France existent presque toujours, manquent la plupart du temps en Angleterre. Nous irions certainement trop loin si nous disions que, dans certaines familles aristocratiques, le médecin n'est guère mieux considéré que les fournisseurs de la maison; mais il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, sa visite lui est payée immédiatement. La froideur britannique se retrouve là comme partout ailleurs.

Quant aux honoraires, on peut dire que, règle générale, ils sont plus élevés qu'en France. Le *physician* ne donne jamais de consultation dans son cabinet à moins d'une guinée (26 francs), prix établi et reçu depuis longtemps. Il se publie, du reste, dans différents points du royaume, un tarif médical établi par les médecins eux-mêmes et auquel ils doivent tous se conformer. Ce système, qui n'est pas sans inconvénients, n'en présente pas moins l'avantage de trancher facilement toutes les difficultés qui peuvent s'élever entre clients et médecins à propos d'honoraires. On peut dire également que les postes médicaux fixes sont assez bien rémunérés; les médecins chargés par le gouvernement de l'inspection médicale et du soin de la santé publique (*medical officers of health*) sont quelquefois payés jusqu'à 25000 francs par an. Les membres du Conseil médical touchent 131 francs par jour (5 guinées)

A cette époque, le lambeau adhérait complétement par sa surface interne ou saignante, depuis son pédicule, avec les surfaces du nez qu'il recouvrait ou affleurait ; l'effet qu'il produisait n'avait rien de choquant.

Ce nouveau nez était gros, épais et charnu, à surface rouge et luisante, un peu large à sa pointe, mais assez proéminent pour laisser aux mucosités nasales une ouverture suffisante ; il était sensible, mais non douloureux.

Je fis placer au bras un cautère dérivatif.

Neuf ans se passèrent, pendant lesquels cette femme profita complétement du bénéfice de cette opération. Elle allait dans les marchés, faisait ses affaires et son ménage, et jouissait d'une santé satisfaisante ; on la fréquentait sans répugnance.

Au bout de ce temps, une ulcération se déclara sur l'un des côtés du nez, près d'un bord d'affrontement ; malgré nos soins elle fit des progrès, et peu à peu elle atteignit les parties profondes et causa une affreuse perte de substance. En 1867 elle s'éteignit, épuisée par une maladie à laquelle, sans notre opération, elle aurait succombé neuf ans plus tôt. C'est donc un grand succès pour un pareil cas, qui permet d'apprécier les ressources que la chirurgie peut offrir aux malheureux dont le nez est rongé par un cancer.

Il nous paraît essentiel de toujours maintenir le rapport du pédicule avec son lieu d'origine et de faire adhérer le lambeau détaché d'une partie saine, exempte de toute infection cancéreuse, avec les parties du nez que recouvre sa surface saignante : c'est afin que la circulation du nouvel organe provienne plutôt du front que des tissus qui avoisinent l'ulcération cancéreuse, et dans le but de retarder ou d'empêcher la récidive. Cette considération très-importante n'a évidemment pas frappé les auteurs, qui conseillent de couper le pédicule du lambeau au bout d'un certain temps, quand l'agglutination en paraît solide, pour éviter la petite difformité causée par son relief.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

EAUX PUBLIQUES DE VERSAILLES. Note de M. *G. Grimaud* (de Caux). — Versailles reçoit trois sortes d'eaux : 1° des eaux de source ; 2° des eaux d'étangs artificiels ; 3° des eaux de rivière puisées dans la Seine, à Marly, et poussées jusqu'à la butte de Picardie, au bout de l'avenue de Saint-Cloud.

Les étangs ne sont pas tous dans les mêmes conditions. Les uns sont à bords plats ; quand l'eau diminue, ils découvrent une certaine zone de terrain qui devient marécageuse. Les autres sont endigués ; l'abaissement du niveau de l'eau n'a aucune influence sur eux. Ces eaux des lacs n'ont jamais pu être l'objet d'un danger réel pour la salubrité. Certains quartiers de Versailles, aussi sains que les autres, sont voisins d'étangs.

Il ne faut pas faire non plus le procès à l'eau de Seine, prise à Marly, et employée à Versailles pour les usages domestiques ; la machine la puise en plein courant, et la distance qu'il y a de Clichy et d'Asnières ne permet pas à la contamination de produire, dans la santé publique, des offenses appréciables. Quant aux eaux de sources, elles sont à peine employées.

Versailles est l'une des villes de France les mieux approvisionnées en eaux publiques, soit par les étangs, soit par la Seine. Au point de vue hygiénique, le seul qui jusqu'à ces derniers temps ait été moins considéré dans cette question des eaux publiques, on arrive à cette conviction : *pour les étangs*, que leur régime sera parfait quand, par la construction de simples digues en talus, ils seront tous transformés en bassins à bords francs ; *pour la Seine*, que, en ajoutant aux machines Dufrayer une machine à vapeur destinée à fonctionner dans les temps de crues, la ville en retirera, à quelque époque de l'année que ce soit, tous les services qu'elle peut désirer pour ses besoins économiques. (*Comm.* : MM. Dumas, Chevreul, Élie de Beaumont, Peligot, Daubrée, Belgrand.) (1).

L'USAGE DES DÉBRIS D'ANIMAUX TUBERCULEUX PEUT-IL DONNER LIEU AU DÉVELOPPEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ? Note de M. *G. Colin.* — « ... Les résultats que j'ai constatés sur une trentaine d'animaux sont très-nets, et permettent de conclure que l'ingestion réitérée et en masse de la matière tuberculeuse, crue, à ses divers états, celle de la chair, du sang, des mucosités bronchiques provenant de sujets tuberculeux, ne donnent lieu ni à la phthisie pulmonaire, ni à aucune autre tuberculisation viscérale. En d'autres termes, ils prouvent, je crois, que le tubercule n'est point inoculable par les voies digestives, et que l'usage de la chair des animaux phthisiques n'offre pas les dangers qu'on lui a supposés. Je suis convaincu que ces résultats seront ceux de tous les expérimentateurs qui auront soin de ne pas opérer sur des sujets tuberculeux, et qui s'abstiendront de faire avaler par force la matière tuberculeuse, écrasée et délayée, laquelle, en tombant dans les voies aériennes, peut donner lieu à des pneumonies caséeuses, plus ou moins étendues. Il resterait à chercher si l'innocuité de la matière tuberculeuse dans les voies digestives est due à ce que cette matière, comme les venins et les virus, est peu endosmotique, ou à ce qu'elle est altérée et digérée à la manière des substances azotées ordinaires. J'examinerai cette question dans une autre note. » (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Bouley.)

PHYLLOXERA. — Des notes sont adressées par MM. *Letellier*, *Stagno-Colombo et Gaudin*. (Ces trois communications sont renvoyées à la commission du *Phylloxera*.)

(1) Le *Journal officiel* du 14 mai renferme une lettre de M. Rameau, maire de Versailles, en réponse à la communication faite par M. le docteur Decaisne sur l'insalubrité des eaux de Versailles. (Voy. *Gazette hebdom.*, n° 19, p. 304.)

---

lorsqu'ils sont en session. Ces chiffres montrent que, si le médecin jouit d'une moins grande considération que chez nous, ses services y sont mieux appréciés au point de vue pécuniaire.

Nous voudrions dire quelques mots en passant sur les sociétés médicales de la Grande-Bretagne. Elles sont en très-grand nombre et, pour nous servir de l'expression d'un médecin anglais, elles auraient peut-être plus besoin de fusion que de multiplication ; néanmoins, comme elles fonctionnent toutes avec activité et régularité, on aurait certainement tort de critiquer leur nombre, qui du reste indique, en même temps qu'un certain zèle, une grande initiative privée.

Indépendamment des sociétés purement scientifiques dont il vient d'être parlé, il en existe une autre, unique dans son genre et dont l'importance ne saurait être contestée : c'est l'Association médicale britannique (*British medical Association*), qui a été fondée en 1832 par sir Charles Hastings et qui a puissamment contribué à unir et à relever la profession médicale. Son principal objet est « de répandre et de faire progresser les sciences médicales ainsi que de protéger la dignité et les intérêts de la profession ». Cette puissante association compte aujourd'hui environ 4500 membres répandus dans tout le royaume ; son organe, le BRITISH MEDICAL JOURNAL, est sans contredit un des meilleurs journaux de médecine publiés en Angleterre. La Société est subdivisée en vingt-deux branches qui fonctionnent séparément et envoient chacune un certain nombre de représentants pour former une assemblée générale dont les décisions et délibérations ont peut-être plus d'importance aux yeux du pays et du gouvernement que celles issues du *General medical Council* lui-même.

Une société du même genre s'est fondée en 1847 aux États-Unis (*American medical Association*) et a déjà rendu d'incalculables services à la profession médicale de ce pays.

Parmi les attributions du *Medical Council*, il en est une dont nous avons parlé plus haut et qui n'est pas sans originalité ; c'est

Principes phosphatés dans les excréments humains. — MM. *C. Paquelin* et *L. Jolly* adressent un mémoire sur ce sujet. (Renvoi au concours de physiologie expérimentale.)

Taille hypogastrique. — M. *Baudon* adresse un mémoire relatif à ce procédé de taille. (Renvoi au concours du prix Godard.)

Microzymas et bactéries. Transformation physiologique des bactéries en microzymas, et des microzymas en bactéries, dans le tube digestif du même animal. Note de MM. *A. Béchamp* et *A. Estor*. — « Quelques observations nous avaient permis de décider la question du retour des bactéries en microzymas; mais toutes ces notions nous avaient été fournies par des expériences de laboratoire, faites en dehors de conditions physiologiques. Nous venons aujourd'hui soumettre à l'Académie les résultats d'observations faites sur des animaux vivants, dans les conditions les plus normales.

Si l'on examine le contenu de l'estomac d'un chien en digestion, à la suite d'un repas ordinaire (pain, viande, lard), on rencontre, dans la masse, des microzymas libres, mais surtout des microzymas associés, de petites bactéries mobiles de grandes bactéries, des bactéridies, etc. Le pylore forme comme une barrière, derrière laquelle il n'y a plus une seule bactérie; il n'y a que des microzymas. Tout l'intestin grêle, normalement, ne contient pas une bactérie. Très-près de la valvule iléo-cæcale, on en voit quelques-unes petites, puis un plus grand nombre. Dans le gros intestin, il y en a un nombre infini de toutes dimensions; mais l'expérience peut être plus fructueuse : si l'animal a, sur un point quelconque de son tube intestinal, une cause d'irritation, les microzymas se développent aussitôt en bactéries. Ces conditions sont réalisées très-fréquemment chez le chien par la présence de tænias. A côté du parasite, il y a toujours des bactéries; elles peuvent disparaître plus bas, pour reparaître dans le gros intestin. »

Les auteurs rapportent deux expériences confirmatives des assertions précédentes, et ajoutent :

« Dans des conditions physiologiques faciles à réaliser à volonté, on peut donc observer l'évolution complète des microzymas; ils nous offrent un des exemples les plus nets de ces générations alternantes, si fréquentes chez les végétaux comme chez les animaux inférieurs. »

Académie de médecine

SÉANCE DU 13 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le rapport de M. le docteur *Voubet* sur le service médical des eaux minérales de Boudouyre pendant l'année 1872. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales situées dans le département des Landes pendant l'année 1870. (*Même commission.*) — *c.* Le rapport de M. le docteur *Huguet* sur le service médical des eaux de Châtel-Guyon pendant l'année 1870. (*Même commission.*) — *d.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements du Tarn, du Tarn-et-Garonne et du Morbihan. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de l'Ariége, des Alpes-Maritimes et des Vosges, ainsi que diverses délibérations des conseils d'hygiène ayant trait à ce service. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Deux lettres de candidature de MM. *Villemin* et *Jaccoud*, pour la section de pathologie médicale. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Mordret* sur la médecine cantonale du département de la Sarthe, ainsi qu'une lettre de candidature au titre de membre correspondant national. — *c.* Une note de M. *Nativelle* et des échantillons de digitaline cristallisée qu'il se propose d'envoyer à l'Exposition de Vienne.

M. *Gavarret* dépose sur le bureau une brochure de M. *Paul Labarthe* intitulée : Les eaux minérales et les bains de mer de la France, nouveau guide pratique des médecins et des baigneurs.

Séance d'élections, par suite séance peu intéressante. Académie presque au grand complet : c'est tout ce qu'il y a à signaler.

L'Académie avait à élire un membre qui, d'après la nouvelle loi, doit faire partie du conseil supérieur de l'instruction publique. Pour laisser à chacun sa liberté d'action, le conseil avait sagement décidé qu'il n'y aurait pas de présentation officielle.

Après un comité secret d'un quart d'heure environ, on rentre en séance, et au premier tour de scrutin les suffrages se partagent entre MM. Barth et Bouillaud. Sur 82 votants, M. Barth obtient 36 voix, M. Bouillaud 29, M. Bussy 6, M. Bouisson 6, M. Chauffard 2, MM. Guérard, Larrey et Depaul, chacun 1.

Personne n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin, et M. Barth est nommé par 50 suffrages sur 79 votants; M. Bouillaud reste avec ses 29 voix.

M. Barth remercie brièvement l'Académie de l'honneur qu'elle vient de lui faire, et l'on passe à l'élection de deux correspondants étrangers : M. Ercolani (de Bologne) est nommé dans la section de médecine vétérinaire; M. Agassiz (de New-Cambridge, Amérique) dans la section de physique et chimie médicales.

Ces élections faites, personne ne demandant la parole, le président lève la séance à quatre heures trois quarts, au grand contentement des journalistes.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

CORRESPONDANCE. — MALADIES RÉGNANTES POUR LES MOIS DE JANVIER, FÉVRIER ET MARS. — DISCUSSION.

— M. le docteur *Pelletier*, de Sedan, envoie deux observations de rhumatisme articulaire aigu guéri par la propylamine.

— M. *Er. Besnier* lit le compte rendu des *maladies régnantes* pour le premier trimestre de 1873.

celle qui consiste à rayer du *Register* un praticien qui a failli dans l'exercice de ses devoirs professionnels. Le Conseil se transforme, dans ce cas, en un véritable tribunal, et l'accusé vient lui-même s'y défendre ou confie sa cause à un avocat. Dans la dernière session, un certain docteur Smith a été à tout jamais exclu du corps médical et par conséquent privé du droit d'exercer la médecine pour avoir, « pendant qu'il était le médecin de la famille du sieur Edmonds, séduit Jeannette Helena, nièce dudit sieur Edmonds ». Ce jugement ne paraîtrait-il pas un peu sévère en France? — Un autre médecin était traduit devant le Conseil pour s'être vanté d'avoir possédé la femme d'un de ses clients, laquelle femme, aujourd'hui défunte, était incapable de défendre sa réputation. Après avoir entendu un habile avocat, le tribunal a renvoyé l'accusé et n'a pas ordonné sa radiation du *Register*.

Cette manière de procéder à l'égard des membres du corps médical accusés d'avoir manqué à leurs devoirs nous paraît assez rationnelle. Les questions entre clients et médecins et celles concernant la dignité et les devoirs professionels pourraient ainsi être résolues plus facilement. Les désordres qui ont troublé la Faculté de Paris, en 1872, à propos de tel ou tel professeur, eussent été certainement évités si une assemblée, dans le genre du *Medical Council*, se fût emparée de l'affaire et eût affirmé hautement et après examen l'honorabilité du professeur. Mais c'est là une question complexe qui ne peut être tranchée incidemment.

Le court aperçu, tracé plus haut, des habitudes professionnelles n'est pas fait pour donner une haute idée de la manière dont l'art médical est exercé par le plus grand nombre des praticiens de la Grande-Bretagne. Toutefois, pour être juste, il faut se hâter de dire que l'élite du corps médical et tous les hommes vraiment soucieux des intérêts de la profession désirent voir s'améliorer l'état actuel des choses. Il y a tout lieu d'espérer que leurs efforts finiront par triompher de la résistance, ou plutôt de l'indifférence du gouvernement.

Le rapporteur fait d'abord remarquer que, pendant ce trimestre, la température est restée remarquablement élevée et constante, que les pluies ont été fréquentes, l'état hygrométrique intense et les vents sud et ouest prédominants. Le 26 janvier seulement, la température de l'hiver a réellement commencé par un froid de — 2 degrés, et il a cessé définitivement dès le commencement de mars; pendant ce temps les vents nord et est ont succédé à ceux de sud et ouest, les pluies ont persisté, mais l'état ozonométrique a sensiblement fléchi.

La mortalité générale est restée faible, moindre que celle de la même période de 1872. On n'a compté que 2200 décès, tandis que le chiffre de mortalité avait été pour 1872 de 2798, pour 1870 de 4118, pour 1869 de 3739, pour 1868 de 3675, enfin pour 1867 de 3346.

Les affections *prédominantes* ont été celles de la saison; la diphthérite et les affections puerpérales ont subi leur exacerbation normale; la variole ne s'est pas montrée; les rougeoles et les érysipèles ont été fréquents.

Affections des voies respiratoires. — Leur nombre absolu a été moindre que les années précédentes; leur gravité moyenne assez considérable. L'épidémie de *grippe* a conservé ses caractères propres, mais dans une étendue restreinte. Dans les épidémies plus intenses, c'est le nombre des cas qui augmente, non leur gravité; c'est là un fait commun à la plupart des épidémies de maladies populaires, choléra, variole, fièvre typhoïde. On peut en dire autant de la *pneumonie;* le petit nombre des cas ne coïncide pas avec un abaissement du coefficient mortuaire. La mortalité de la pneumonie dans les hôpitaux est toujours considérable par ce fait qu'on amène dans ces établissements beaucoup de sujets épuisés par l'âge, l'alcoolisme ou la misère, et qui souvent ne sont littéralement apportés à l'hôpital que pour mourir. Le nombre des *pleurésies* traitées dans les hôpitaux, chaque année, n'a pas sensiblement varié depuis l'année 1867, et cependant la mortalité par cette maladie a notablement augmenté, elle a même doublé en l'espace de ces six dernières années. On peut penser d'abord qu'il ne s'agit là que d'une de ces variations de hasard, d'une de ces séries heureuses ou malheureuses, dont la raison échappe. Le point délicat de la question est la coïncidence de ces années mauvaises avec la généralisation de la thoracocentèse. Pour des esprits passionnés ou prévenus, il serait facile de rapporter l'augmentation de la mortalité à la pratique de cette opération, mais il faut remarquer que la statistique dont il est question ne fournit que le chiffre brut, sans tenir compte des différences de forme, de siége de la maladie, de l'âge des malades et de leur condition pathologique ou sociale. M. Besnier croit que la pleurésie est devenue réellement, comme l'érysipèle, plus grave dans l'époque actuelle, que dans les périodes précédentes. Quelle est la raison de cette aggravation? Est-elle spontanée, c'est-à-dire sans cause appréciable pour nous? tient-elle au contraire à la direction actuelle de la thérapeutique de la maladie? Ce sont là des questions dont la solution serait de la plus haute importance.

Affections pseudo-membraneuses. — La progression incessamment croissante de la mortalité par le croup dans nos hôpitaux est véritablement lamentable, en présence des perfectionnements de l'hygiène nosocomiale, des soins de tout ordre et de tous genres littéralement prodigués aux petits malades, en présence des progrès de la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Ce sentiment exprimé par M. Besnier, en 1869, est encore plus applicable à l'époque actuelle, puisque la mortalité dans les hôpitaux était, pendant le premier trimestre, en 1868 de 55, en 1869 de 66, en 1870 de 77, en 1872 de 92, et qu'enfin cette année elle s'est élevée à 99.

Affections rhumatismales. — Rien de particulièrement important à signaler; les cas ont été généralement bénins, et c'est ce dont on devra tenir compte dans l'appréciation des expérimentations thérapeutiques en cours d'exécution (propylamine). Au sujet du nouveau médicament, MM. Laboulbène et Bucquoy communiquent les résultats de leurs observations, lesquels ne confirment pas précisément toutes les merveilleuses propriétés attribuées d'abord à cette ammoniaque composée.

Fièvres éruptives. — Varioles très-rares; un seul décès dans le trimestre. Scarlatine rare également; deux décès.

Rougeoles fréquentes, généralement peu graves, surtout hors des hôpitaux.

Les érysipèles nombreux et assez graves, surtout en février et mars, ont été manifestement contagieux dans un certain nombre de cas. Le sulfate de quinine a été employé avec succès par M. Laboulbène dans trois cas d'érysipèle compliqué d'accidents nerveux redoutables. Ces trois cas ont pris naissance dans un des grands hôtels de la rue Saint-Dominique, dans lequel on venait de vider deux puisards, dont l'odeur était nauséabonde.

La synoque s'est montrée avec une certaine fréquence, dans les camps de Villeneuve-l'Étang et de Meudon; au dire de M. Villemin, ces fièvres se sont présentées avec leurs symptômes ordinaires, à part les taches bleues qui n'ont pas été constantes.

Fièvres typhoïdes. — Nombre et gravité moyens, caractères variables, type ataxo-adynamique dans certains cas; grande bénignité des phénomènes intestinaux; absence de troubles nerveux graves dans d'autres cas; fréquence des rechutes.

Fièvres intermittentes. — Dix-sept cas en janvier, douze en février, vingt et un en mars dans les hôpitaux. A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, M. Liberman signale leur fréquence anormale pour l'hiver; il l'explique par l'abondance des pluies, la douceur de la température, et aussi le voisinage du Champ

---

La question qui est depuis longtemps à l'ordre du jour et qui a occupé presque toutes les séances du Conseil médical, non-seulement cette dernière session, mais encore les années précédentes, regarde plutôt l'enseignement que la pratique proprement dite. Il s'agit de réorganiser, sur une nouvelle base et sur un plan uniforme, les sociétés, colléges et universités ayant, par acte du Parlement, le droit d'examiner les élèves et de leur conférer le titre de médecin. Afin de mieux faire ressortir l'importance de la réforme projetée, nous disons deux mots de ces corporations et laissons surtout entrevoir ce qu'on leur considère de défectueux.

On compte dans le royaume dix-neuf Sociétés de ce genre, fonctionnant isolément et différant toutes, plus ou moins, quant à leurs statuts et à la manière dont elles font subir les examens. Ainsi, il est reconnu que le programme de telle Université est moins étendu que celui de telle autre, et qu'on peut y obtenir plus facilement un diplôme; de là, plus ou moins grande affluence de candidats. Les conditions pécuniaires d'admission varient également pour chaque corporation; par exemple, le droit d'exercer la médecine est conféré à plus bas prix à Londres par la Société des apothicaires que par le Collége royal des médecins. Un autre inconvénient, c'est qu'un candidat qui vient d'être ajourné par le jury d'une Société s'empresse d'aller se présenter ailleurs, où il peut être reçu sans attendre le délai voulu. De plus, il existe quelquefois entre ces différentes corporations certaines rivalités peu honorables, et l'on pourrait même dire une sorte de concurrence qui ne laisse pas de produire un fâcheux effet sur le public.

Quant aux titres et diplômes délivrés par les différents colléges, sociétés ou universités, ils sont en si grand nombre et ont des noms si variés, qu'il est tout à fait impossible pour le public de les connaître tous; ils s'indiquent habituellement par une longue file de lettres majuscules ajoutées au nom du professeur et dont peu de personnes étrangères à la médecine connaissent la signification. Cette profusion de qualifications si diverses et si variées a rendu indispensable la

de Mars, dont le sol fréquemment remué est devenu un foyer de fièvres.

Affections puerpérales.—4,04 décès pour 100 accouchements à l'hôpital; 1,29 pour 100 accouchements chez les sages-femmes de la ville, employées par l'assistance publique; 0,37 pour les accouchements opérés à domicile par les médecins du bureau de bienfaisance : tels sont les chiffres de la mortalité, lesquels prouvent l'innocuité des accouchements à domicile, comparée à la nocuité des accouchements effectués dans les hôpitaux.

Aucune de ces catégories d'accouchées n'est soustraite à l'infection puerpérale, aucune n'échappe aux oscillations imprimées à la mortalité par les influences générales d'épidémicité, elles y sont soumises dans une proportion inégale, mais invariablement inégale suivant chacune d'elles; la conclusion découle naturelle ; il faut restreindre aux limites les plus étroites l'accouchement nosocomial et même l'accouchement chez les sages-femmes, et étendre, au contraire, le plus largement possible, l'accouchement à domicile et l'assistance des médecins des bureaux de bienfaisance. L'administration est entrée résolûment dans cette voie.

M. Besnier fait suivre son rapport de notes qui lui ont été envoyées sur les maladies régnantes, par M. Fontaret pour la ville de Lyon, par M. Leudet pour Rouen, par M. Gintrac pour Bordeaux, et par M. Maugin pour Douai. L'état sanitaire de ces villes diffère peu de celui de Paris : à Lyon on signale quelques varioles et scarlatines, beaucoup de rougeoles, des érysipèles en certain nombre, et une épidémie de fièvres puerpérales. A Rouen, les affections catarrhales ont dominé ainsi que les rhumatismes articulaires. A Bordeaux, même constitution médicale.

Discussion sur les maladies régnantes. — M. *Isambert* signale les particularités qui se sont présentées dans le service des femmes en couches qu'il dirige à l'hôpital Saint-Antoine. Lorsqu'il prit ce service, après le départ de M. Lorain, il n'eut aucun accident pendant près d'une année : la salle avait été lavée et repeinte. Cette année-ci, les choses ont changé à tel point qu'on dut fermer le service, et chaque fois qu'on tenta de l'ouvrir on fut forcé de l'évacuer dans la huitaine. Des accidents de péritonite s'y sont même présentés chez une jeune fille enceinte, admise temporairement; il est vrai que cette femme se livrait à l'onanisme et qu'elle avait pu s'inoculer après avoir touché à des linges sales.

M. *Bernutz* rappelle que, dans les cas rapportés par M. Tarnier comme exemples de contagion de la fièvre puerpérale chez des femmes en dehors de la grossesse, la maladie s'était déclarée au moment de la menstruation, c'est-à-dire dans un moment physiologique qui se rapproche un peu des phénomènes des couches. La jeune fille que vient de citer M. Isambert avait peut-être une vaginite qui donna naissance à une orchite féminine, le tout ayant été exaspéré par les habitudes d'onanisme.

M. *Martineau* signale aussi des cas de fièvre puerpérale survenus à l'Hôtel-Dieu. Toutes les malades qu'il a observées ont succombé. Par contre, il a constaté, lorsqu'il était chargé de la surveillance des femmes placées chez les sages-femmes par l'administration, que les accouchements avaient toujours des suites heureuses.

M. *Blachez* a vu également se développer des accidents puerpéraux à l'hôpital de Loureine chez une femme qui y avait fait une fausse couche. Il y a également vu survenir cinq ou six cas d'érysipèle de la face et plusieurs scarlatines.

Les érysipèles n'ont dans ces cas en aucune façon modifié les syphilides préexistantes. Dans un cas de scarlatine, il se produisit, au moment de la desquamation, une éruption d'urticaire ecchymotique sur tout l'abdomen. Pour M. Fournier, c'était là une forme spéciale de syphilide circinée.

M. *Chauffard* assiste également dans son service à une épidémie puerpérale grave. En même temps il voit se produire des érysipèles phlegmoneux en grand nombre, de fréquents abcès du sein chez les accouchées, des ophthalmies purulentes chez les nouveau-nés, des abcès du cou et de l'aisselle à la suite des vaccinations, en un mot des accidents de toute forme à tendance suppurative et gangréneuse. En janvier, il a observé dix ou onze cas de gangrène de la vulve, qui ont tous guéri par les applications de glycérine phéniquée.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

LIPOME SOUS-MUQUEUX DU PLANCHER DE LA BOUCHE. — SUR LES APPAREILS PLATRÉS. — AMPUTATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. — KYSTE HYDATIQUE DU MUSCLE BICEPS.

M. *Després* fait un rapport verbal sur une observation présentée, au nom de M. J. Worms (lipome mou sous-muqueux du plancher de la bouche), dans la séance du 19 mars. Une femme de quarante-quatre ans portait une tumeur sous la langue. Cette tumeur était lisse, arrondie, presque transparente; la fluctuation paraissait évidente. On diagnostiqua une grenouillette. Une ponction n'eut aucun résultat. Une incision permit d'énucléer la tumeur, qui était un lipome. La poche, du volume d'un petit œuf, se cicatrisa rapidement.

Lorsqu'on a affaire à une grenouillette, il existe souvent un point obscur sur le milieu de la tumeur; c'est l'ombre du fond du kyste qui apparaît, à cause de la transparence du liquide. M. Dolbeau a vu une tumeur analogue à celle présentée par

---

création du *Register*, qui seul peut faire connaître qu'un individu est légalement qualifié pour pratiquer.

Nous en avons dit assez sur ce sujet, pour montrer que les partisans de la réorganisation projetée ont des raisons sérieuses à faire valoir, et que la profession est, à bon droit, impatiente de voir s'améliorer une situation aussi défectueuse. Le gouvernement prendra-t-il un peu d'initiative? C'est ce qu'il est difficile de prévoir, et son attitude récente vis-à-vis du Conseil médical ne semble pas le faire présumer.

Une autre réforme importante demandée par le corps médical anglais est celle qui, en changeant la constitution du *Medical Council*, mettrait peut-être fin à la situation actuelle. Les membres de cette assemblée, au lieu d'être choisis uniquement par les Universités et autres corporations, seraient directement élus par le corps médical lui-même. Cette représentation immédiate et directe de la profession serait certainement à désirer; car elle mettrait un terme aux interminables et stériles discussions du Conseil actuel dont l'impuissance est aujourd'hui reconnue et même avouée. Il résulte, en effet, des débats qui ont eu lieu dans cette assemblée, que l'entente projetée entre les différentes corporations que chacun des membres représente, est devenue tout à fait impossible et que l'exécution des réformes demandées par la profession doit être confiée à des mains, sinon plus habiles, du moins plus aptes à accomplir cette tâche difficile.

J. Lutaud.

— On lit dans l'*Invalide russe :* La Société de secours aux militaires blessés et malades envoie au Khiva cinq chirurgiens conduits par le docteur Grimm. Le matériel emporté par les médecins se compose de quatre tentes doublées de drap et pouvant donner abri à soixante malades, de grands paniers en osier pour le transport des malades à dos de chameau, et un grand nombre d'objets destinés aux ambulances.

M. Worms; la fluctuation était manifeste et l'on voyait la coloration jaune du lipome à travers la paroi du plancher buccal. Le diagnostic fut fait exactement. Dans un autre cas, Dupuytren avait diagnostiqué : tumeur insolite. D'autres lipomes du plancher buccal ont été observés par Marjolin, Follin et Bouisson.

M. *Dolbeau* a vu un autre lipome du plancher buccal, qu'il a aussi diagnostiqué. Dans les deux cas, il a été frappé par l'extrême facilité du procédé opératoire; l'enveloppe étant ouverte, on peut extraire le lipome avec une pince à anneaux. Cette remarque s'applique aux lipomes sous-muqueux de la lèvre inférieure, de la joue. Certains lipomes, qu'on a appelés sous-parotidiens, s'extirpent facilement si on les attaque par la muqueuse; du côté de la peau, au contraire, l'opération est très-difficile. Dans l'aisselle, l'extraction des lipomes est aussi très-facile.

— M. *Hergott* fait une communication sur les appareils plâtrés. Depuis quelques années il a modifié les appareils plâtrés; il les confectionne avec un linge plein imprégné de plâtre et les moule sur le membre pour en former des gouttières. Ces appareils, d'une exécution facile, présentent de grands avantages. La gouttière peut être vernissée.

M. Hergott ajoute des fils de fer dans l'épaisseur de la gouttière; ces fils adhèrent au plâtre; cela permet d'évider la gouttière en lui conservant sa solidité lorsqu'il existe des plaies qui demandent un pansement journalier.

M. Hergott ne revendique aucune priorité; mais il fait remarquer que ses gouttières diffèrent beaucoup des attelles plâtrées de M. Maisonneuve.

— M. *Houzé de l'Aulnoit* fait une nouvelle communication sur les amputations sous-périostées. Il recouvre l'os amputé avec un lambeau du périoste, mettant ainsi en contact des tissus de même nature; il espère prévenir la suppuration de l'os et l'ostéomyélite et éviter la conicité du moignon. M. Houzé présente de beaux moulages de moignons, résultat de ses amputations sous-périostées. Ces moulages ont été faits trente à quarante jours après l'opération.

Il y a dix ou douze ans que M. *Trélat* s'est fait, devant la Société de chirurgie, le défenseur des manchettes périostiques dans la résection des moignons coniques, et même dans les amputations primitives. Laborie envoya, il y a quelques années, à la Société, une collection de moignons recueillis à l'asile de Vincennes. On en trouve de très-bons et de très-mauvais, les uns obtenus avec de mauvais procédés, les autres avec de bons procédés, mais aucun avec les manchettes périostiques. M. Houzé de l'Aulnoit défend une bonne pratique : il immobilise les moignons. Gerdy et Laugier le faisaient avant lui.

— M. *Cruveilhier* présente un kyste hydatique du muscle biceps huméral. Ce kyste a le volume d'un œuf de pigeon.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

MORT PAR LE CHLOROFORME. — DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

M. *Le Fort* communique un cas de mort par le chloroforme. Un malade se présenta à l'hôpital pour être opéré d'une fissure à l'anus. M. Le Fort résolut d'administrer le chloroforme pour faire ensuite la dilatation forcée. Le malade n'était pas encore dans la période de résolution que la dilatation fut pratiquée. Tout allait bien. Bientôt on entendit un ronflement bruyant. Le malade était bleu, cyanosé. On fit la respiration artificielle au moyen d'une sonde introduite dans le larynx; on pratiqua la faradisation; le malade fit quelques petites inspirations et ce fut tout. L'autopsie révéla la présence dans le poumon de petites cavernes tuberculeuses. Le sujet, âgé de trente ans, était d'une bonne constitution.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

— M. *Le Fort*. La discussion roule sur ces deux points : Quelle doit être la forme, quel doit être le siége de l'incision? Faut-il faire l'iridectomie?

L'extraction par la méthode de Daviel, sauf les quelque tentatives de Gibson, de Travers et de Hardrop, était acceptée sans conteste depuis plus de cent ans, lorsqu'elle se vit tout à coup à peu près proscrite et abandonnée. On lui reprochait d'amener assez fréquemment la suppuration du lambeau cornéen, et, par suite, la perte de l'œil. Par une réaction exagérée, Jæger et de Graefe proposèrent l'extraction linéaire simple; mais les inconvénients dépassèrent les avantages, car on ne pouvait faire sortir le cristallin sans le segmenter et sans introduire dans l'œil une curette. De Graefe et Waldau, pour obtenir une ouverture plus grande, reculèrent la ponction jusqu'au bord externe de la cornée, de sorte que les extrémités de l'incision portaient sur la sclérotique. Stœber, de Strasbourg (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859), montrait du reste en même temps, en faisant porter toute l'incision sur la sclérotique, qu'on pouvait sans danger intéresser cette membrane.

Avec une incision aussi excentrique, il fallait supprimer la partie correspondante de l'iris; Graefe hésita d'autant moins à le faire que l'iridectomie était alors en haute faveur. Mais tout cela laissait encore fort difficile l'issue du cristallin; l'emploi de la curette amenait des accidents; l'iridectomie, faite au côté externe, laissait une difformité désagréable. Critchett et Bowman diminuèrent ces inconvénients en faisant une plus large section cornéenne, sur la circonférence de cette membrane, et en reportant l'iridectomie à un niveau où le colobome était caché en grande partie par la paupière supérieure. De Graefe adopta le procédé de Bowman et Critchett, qu'il modifia bientôt, en 1866, en faisant porter l'incision tout entière sur la sclérotique. La méthode d'extraction linéaire scléirale était créée et ne tardait pas à être généralement adoptée.

Mais on ne tarda pas non plus à lui trouver des inconvénients que MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin, ont signalé. Une réaction se fit, et, sauf M. Romero y Linarès (*El Siglo medico*, 1868) qui, se portant plus loin encore en arrière, passait son couteau derrière l'iris, on reporta de plus en plus l'incision sur la cornée, dans le but d'éviter l'iridectomie. On alla même si loin sous ce rapport que Kuchler (d'Erlangen), en 1868, fit l'incision sur le méridien transversal de la cornée.

Quelles conditions doit remplir l'incision? Elle doit être assez large pour permettre l'issue facile du cristallin, sans qu'il soit besoin d'introduire un crochet ou une curette. Elle doit être faite de manière que cette condition étant remplie, la surface de section laisse une plaie aussi peu étendue que possible et un lambeau vivace. Elle doit être faite en un point tel que le cristallin glisse sur la face profonde de la cornée comme sur un plan incliné, sans être obligé d'exécuter sur son axe transversal un mouvement de bascule exagéré.

M. Le Fort élimine tout de suite les incisions linéaires dont la longueur est inférieure au diamètre du cristallin; elles sont aujourd'hui justement abandonnées. Si par les dimensions de la plaie cornéenne, par la grande étendue de ses bords, l'incision de Daviel n'exposait pas à la suppuration du lambeau, si elle ne laissait pas à craindre la non-réunion par première intention, elle serait préférable à toutes les autres. En effet, lorsque le cristallin, par la déchirure de sa capsule, l'ouverture de la chambre antérieure et l'issue de l'humeur aqueuse, se trouve projeté en avant par la pression des milieux postérieurs de l'œil, l'iris étant moins soutenu au niveau du lambeau se laisse pousser en avant; le cristallin bascule légèrement, glisse sur la face profonde de la cornée et s'engage facilement dans une ouverture largement et spontanément béante.

Au contraire, dans l'incision sclérale de de Graefe, malgré l'ablation d'une partie de l'iris, l'incision linéaire ne laisse qu'une ouverture en forme de fente; ce n'est le plus souvent qu'artificiellement et en déprimant sa lèvre postérieure qu'on fait bâiller l'incision, qui ressemble non plus à un opercule, mais à une boutonnière. Si, au contraire, on se rapproche de

la cornée, le cristallin doit accomplir un mouvement de bascule très-prononcé, qui enfonce vers le corps vitré une partie de sa circonférence, et l'on est exposé à voir une partie de l'humeur vitrée accompagner ou même précéder la sortie du cristallin. Si l'incision est tout à fait centrale, comme dans les procédés de Kuchler et de Nottat on a les inconvénients poussés au plus haut degré. Dans toute cette discussion, la géométrie vient réclamer sa place. On ne peut dépasser les limites de la face profonde de la cornée, et dans ce champ ainsi circonscrit l'ouverture la plus large transversalement est, répète-t-on, celle qui répond à un grand cercle. Géométriquement cela est possible; mais il s'agit non pas de faire une fente plus large que le diamètre du cristallin, mais de faire une ouverture au travers de laquelle le cristallin puisse facilement sortir. Or, le cristallin est non un disque, mais une lentille dont l'épaisseur est variable; il ne peut sortir à travers une ouverture linéaire que si l'on fait bâiller cette fente de manière à lui donner une forme elliptique ou à déprimer un des deux bords en élevant l'autre; de plus, la surface de la lentille cristalline est molle, une pression un peu forte sur la surface du cristallin amène plus ou moins la décortication de ses couches les plus superficielles. Aussi que voyons-nous signalé comme un des inconvénients du dernier procédé de de Graefe? La rétention dans l'œil de parcelles de substance corticale, et dans tous les procédés vraiment linéaires (Waldau, de Graefe, Bowman) la nécessité d'extraire avec une curette tout ou une partie du cristallin. D'un autre côté, plus l'on s'approche du centre de la cornée plus le cristallin doit basculer. Le dernier procédé de de Graefe, par sa périphéricité et grâce à l'ablation de la partie correspondante de l'iris, n'exige aucun mouvement de bascule du cristallin; mais en revanche la lentille a si peu de tendance à sortir par la fente faite à la sclérotique, qu'on est obligé d'expulser le cristallin par une pression exercée à la partie de la circonférence opposée à celle où l'incision a été pratiquée, et de suivre avec le corps qui presse (dos de la curette, manche du couteau) le cristallin dans sa progression vers l'extérieur.

De tous les procédés aujourd'hui imaginés, le procédé Daviel est celui qui permet le plus facilement la sortie du cristallin; c'est un de ceux qui exigent le moindre mouvement de bascule du cristallin; c'est celui enfin, de tous ceux qui ne comprennent pas l'iridectomie, qui met le mieux à l'abri des pincements de l'iris, puisque la plaie cornéenne est aussi éloignée que possible de l'ouverture pupillaire. Le lambeau de Daviel est-il donc parfait, sans inconvénients? M. Le Fort est loin de le prétendre. La grande étendue de la plaie cornéenne, jointe à une coaptation quelquefois imparfaite, expose à la suppuration de la plaie ; la grande étendue du lambeau, qui comprend la moitié de la cornée, ajoute à ce danger, car la vitalité de ce grand lambeau peut être insuffisante pour faire les frais d'une réunion par première intention; mais ce lambeau de Daviel peut être modifié. Depuis plus d'un an, M. Le Fort a pris le parti d'en diminuer la hauteur, mais en augmentant sa largeur. Avec le couteau lancéolaire de de Graefe, il fait la ponction en dehors du cercle visible de la cornée, au point qui correspond à la circonférence profonde de cette membrane; il fait la ponction et la contre-ponction à 1 millim. 1/2 ou 2 millimètres au-dessous ou au-dessus du diamètre transverse de la cornée et la termine au niveau de la circonférence de la membrane.

M. Le Fort arrive maintenant à la seconde question, celle de l'iridectomie.

Aujourd'hui on ne vante plus, ainsi qu'on le faisait autrefois, l'iridectomie comme empêchant les accidents consécutifs, on se borne à dire que le traumatisme qu'on inflige à l'iris n'a pas d'inconvénient immédiat, et il faut reconnaître que cela est conforme aux faits; mais l'ablation de l'iris, le coloboma chirurgical, outre les inconvénients dont je parlerai tout à l'heure, a celui d'amener ultérieurement la formation sur la rétine de cercles d'irradiation. De Graefe lui-même le reconnaissait, et récemment M. Taylor, de Nottingham, a cherché à supprimer cette objection en faisant porter la section sur un petit point de la grande circonférence de l'iris et en agrandissant l'ouverture avec des ciseaux. Or, on s'expose ainsi à procurer au malade deux pupilles au lieu d'une, ce qui du reste sur 23 cas est arrivé 3 fois à M. Taylor. Pour M. Le Fort, il repousse l'opération de de Graefe, et il parle bien entendu de celle qu'on pourrait appeler officielle, et non des opérations tellement modifiées que la section ne porte plus que sur la cornée; et voici les raisons sur lesquelles il s'appuie. M. Le Fort s'arrête peu à l'inconvénient des cercles de diffusion, à la difformité causée par l'iridectomie, difformité légère puisqu'elle est cachée par la paupière supérieure. Si à ce prix le résultat était beaucoup plus assuré, il adopterait le procédé; mieux vaut avoir une vue un peu imparfaite que de s'exposer beaucoup plus à perdre l'œil.

Un des graves inconvénients du procédé de de Graefe et de tous ceux où l'on fait l'iridectomie, c'est d'obliger à opérer sur le segment supérieur de la cornée. Opérer sur le segment inférieur est occasionner une difformité très-grande et avoir tous les inconvénients d'un large coloboma. On opère donc en haut, et c'est là une difficulté de plus ajoutée à d'autres difficultés plus grandes que dans le procédé de Daviel, et c'est pour ce motif que M. Le Fort repousse l'opération de de Graefe. Les difficultés de l'opération ont ici une grande importance. Dans l'opération de la cataracte, comme dans beaucoup d'autres opérations de l'oculistique, l'habileté de l'opérateur est prédominante, une seule fausse manœuvre compromet irrévocablement le résultat; tout n'est pas gagné, mais tout peut être perdu pendant l'opération.

L'opération de de Graefe ne peut être faite qu'en haut. Or, la kératotomie supérieure est plus difficile que l'inférieure. Elle est plus difficile en elle-même par la gêne qu'apporte la paupière supérieure; elle est plus difficile parce qu'elle exige un aide exercé. Cette nécessité d'un aide exercé acquiert une importance considérable dans le temps de l'opération qui consiste à exciser l'iris. Cette importance est si grande que, faute de pouvoir la remplir, M. Le Fort croit qu'il ne voudrait pas faire l'iridectomie. Il lui paraît difficile de pouvoir nier que l'opération de de Graefe est plus difficile que celle de Daviel. En effet, la section de la partie inférieure de la cornée faite avec le couteau lancéolaire est plus facile que la sclérotomie faite sur le segment supérieur. L'introduction du kystitome est au moins aussi facile dans l'une que dans l'autre. La sortie du cristallin est plus facile dans l'opération de Daviel. Or, il reste, au passif de l'opération de de Graefe, outre la nécessité d'opérer en haut, tout ce qui a trait à la section d'un lambeau de l'iris, et il faut encore ajouter à la précision indispensable des manœuvres l'écoulement fréquent d'une certaine quantité de sang dans la chambre antérieure, accident qui peut forcer tous les opérateurs à interrompre l'opération, mais qui certainement, même dans le cas où les opérateurs y verront assez pour pouvoir continuer, en déroutera un grand nombre. Mais M. Le Fort va plus loin et il ajoute : « même si l'opération ne devait être faite que par des spécialistes, il préférerait encore Daviel à de Graefe. »

Chose remarquable, voilà une opération qui, imaginée par un éminent ophthalmologiste aimé et estimé de tous ceux qui l'ont connu personnellement, est tout de suite considérée et adoptée partout comme une chose admirable. Elle a pour elle deux particularités : la section linéaire sclérale et l'iridectomie; que voyons-nous pourtant? Warlomont, Lebrun, Liebreich, Kuchler, reviennent à l'incision de la cornée, et quant à l'iridectomie, on cherche si bien à l'éviter que c'est là le point de départ des modifications de Liebreich, Lebrun et Warlomont. On oppose des statistiques qui vont chaque jour en s'améliorant entre les mains du même chirurgien; mais est-ce que l'habileté, l'expérience des opérateurs, ne s'accroissent pas aussi tous les jours? D'ailleurs, sur quoi portent les statistiques? sur des opérations autres que celles de

Daviel. Il y a sans doute celles de Sichel, les premières de de Graefe; mais depuis dix ans l'opération de Daviel a été abandonnée, et qui peut affirmer que les résultats ne seraient pas meilleurs qu'il y a quinze ou vingt ans si Critchett, Bowman, de Graefe, Arlt, Jæger, avaient appliqué à l'opération les améliorations dont elle était susceptible · un lambeau moins grand, l'usage du bandeau compressif, des soins mieux dirigés? Les statistiques nous donnent une partie du problème; celle dont la solution a été cherchée par des spécialistes; que nous donnerait la contre-partie si nous pouvions avoir la statistique de chirurgiens d'hôpitaux, de chirurgiens voués uniquement à la pratique professionnelle et ayant opéré par les procédés de de Graefe et par ceux de Daviel?

Cette statistique, M. Le Fort ne la produit pas; c'est surtout l'année dernière qu'il a pu opérer un certain nombre de cataractes; séduit par les résultats annoncés, il a essayé les procédés les plus en vogue, il en a été peu satisfait et est revenu au procédé de Daviel, en y apportant de légères modifications. Il fait la ponction moins centrale et en même temps scléroticale; au lieu du couteau de Beer ou de Wenzel, il emploie le couteau lancéolaire de de Graefe, et en voici la raison:

Ce qui est surtout difficile dans le procédé de Daviel, c'est la section de la cornée; si l'on se sert du couteau de Wenzel, il faut poursuivre l'incision comme on l'a commencée; la largeur de la lame empêche de rectifier facilement le chemin que doit suivre le couteau; aussi que de lambeaux imparfaits! Avec le couteau de de Graefe, on fait ce que l'on veut et il est toujours facile de rentrer dans la bonne voie; quant au reste de l'opération, il la pratique comme dans le procédé classique; cependant une fois il a fait la discision de la capsule la veille de l'opération et à travers le centre de la cornée au moyen d'une fine aiguille à discision afin de profiter de la dilatation artificielle de la pupille pour faire une large section de la capsule.

Cependant il est des cas, rares du reste, où M. Le Fort pratique l'iridectomie, de propos délibéré. Parfois, malgré l'usage de l'atropine, la pupille ne se dilate pas. On peut être sûr alors que l'ouverture pupillaire ne se dilatera que difficilement sous la pression du cristallin, et le mieux est de faire alors la kératotomie supérieure en y joignant l'excision de l'iris.

(La fin à un prochain numéro.)

Société de thérapeutique.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION HABITUELLE PAR LE PODOPHYLLIN, PAR LE DOCTEUR CONSTANTIN PAUL. — HISTORIQUE ET RÉFLEXIONS.

Il y a dix ans à peine que ce médicament a été introduit en France par Trousseau, qui l'a préconisé contre la constipation opiniâtre, quoiqu'il ait été employé de temps immémorial par les Indiens de l'Amérique du Sud. Dès 1844, le docteur King (de Cincinnati) en faisait connaître les avantages aux médecins américains du Nord, et, quelques années plus tard, le docteur G. Wood, dans son remarquable traité (*New treatise on therapeutics and pharmacology or materia medica*, vol. II, p. 515, 1856), lui consacrait un important chapitre. Après la faveur éphémère dont ce médicament avait joui en France grâce aux efforts de l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu, il était de nouveau retombé dans l'oubli, et l'on doit savoir gré au docteur Constantin Paul d'avoir remis en lumière un agent thérapeutique qui, depuis quelques années, semblait inconnu de tous. C'est, en effet, comme il le dit lui-même, rendre un service réel à la thérapeutique que de faire connaître aux médecins tout ce qui peut les aider à débarrasser leurs malades d'une affection aussi tenace que la constipation.

A la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, le podophyllum purge d'une manière très-sûre; il donne des garderobes très-abondantes, bilieuses, et n'agit que d'une manière très-modérée sur l'élément musculaire de l'intestin. Si on l'administre à la dose de 1gr,50 jusqu'à 3 grammes, il agit alors comme les drastiques, détermine des tranchées et provoque même souvent des vomissements.

Le podophyllum peut être considéré, si l'on en croit les médecins qui l'ont étudié, comme une véritable panacée. Selon Deschamps (d'Avallon), il jouirait de propriétés thérapeutiques merveilleuses: « Il est tonique et amer, dit-il, comme la rhubarbe et les berbéridées; eméto-cathartique comme les renonculacées; purgatif comme le jalap; altérant comme les mercuriaux; narcotique et vénéneux comme les papavéracées. Il peut remplacer le calomel; il est emménagogue et anthelminthique; il produit les réactions les plus heureuses pour l'expulsion des calculs biliaires; c'est dire qu'il est cholagogue. Il est fort utile dans les coliques hépatiques, l'ascite, l'anasarque, l'état adipeux du foie, l'ictère, les catarrhes chroniques, les affections glandulaires, la dysentérie, l'hypochondrie. »

Une énumération aussi brillante avait sans doute besoin d'un correctif; aussi M. Deschamps s'empresse-t-il de signaler les inconvénients que peut présenter le podophyllum. Lorsqu'on le prescrit longtemps à doses inférieures à celles qui déterminent une purgation, il produit un commencement de ptyalisme qui ne s'élève jamais à la stomatite ulcéreuse. Il provoque une éruption pustuleuse du nez et des paupières, et une éruption eczémateuse artificielle des doigts et des orteils.

D'après M. Constantin Paul, l'action de ce purgatif sur le tube intestinal se résume de la façon suivante: il est peu irritant pour la muqueuse et ne détermine même pas d'entérite, comme le jalap et l'huile de croton. Il n'amène de dysentérie pathogénétique qu'à haute dose, et cette dysentérie est passagère, comme l'ont montré les expériences de Bennett faites sur des chiens (J. Huguet Bennett, *British medic. Journal*, 8 mai, p. 418, 1869). Son action sur les glandes intestinales et hépatiques est très-accusée, puisque les garderobes sont abondamment pourvues de mucus et de bile.

Cette dernière assertion, formulée par le docteur Paul sur la foi de H. Bennett, a été en partie réfutée par des expériences ultérieures. Les membres de l'Association médicale d'Écosse, s'appuyant sur des recherches expérimentales entreprises sur des chiens avec le mercure, le taraxacum et le podophyllum, ont en effet dénié à ce dernier agent l'action cholagogue qui lui avait été attribuée par la plupart des auteurs. Leurs expériences tendent à démontrer que le podophyllum n'augmente pas la sécrétion biliaire, et qu'à la dose purgative les éléments solides et liquides de la bile diminuent (*Dublin Quarterly Journal of medic. sciences*, août et novembre 1869).

Ce court aperçu des travaux qui ont été publiés sur le podophyllum et sur ses dérivés (podophyllin, podophylline) montre assez combien les médecins qui étudient les premiers les agents thérapeutiques nouveaux enregistrent des faits douteux, et explique naturellement pourquoi leurs publications rencontrent tant d'incrédules.

Gardons-nous donc d'un enthousiasme irréfléchi autant que d'une indifférence coupable, et examinons la question sans parti pris comme sans faiblesse.

Et d'abord, qu'est-ce donc que la podophylle? C'est le nom officinal donné à la racine du *Podophyllum peltatum*, vulgairement appelé pomme de mai (*may-apple* ou *mandrake* par les Anglais et les Américains, *Fussblattwurz*, *Entenfusswurz* par les Allemands). Le podophyllum croît abondamment sur le bord des ruisseaux et dans les prairies de l'Amérique septentrionale. Sa racine ou rhizome rampe sous le sol et envoie par intervalle une tige qui se divise bientôt en deux pédicules supportant une large feuille profondément lobée (ποῦς, pied; φύλλον, feuille); au point de bifurcation de la tige est implanté un long pédoncule portant une belle fleur blanche que l'on voit éclore au printemps. Le fruit qui la remplace mûrit en automne et présente la forme et le volume d'un limon. Il est très-acide et sa saveur se rapproche de celle du citron, d'où le nom de *weld-lemon* que lui ont donné les Américains.

La racine de cette plante herbacée, telle qu'elle est conservée dans les pharmacies, est en petits fragments d'une couleur brune à l'extérieur et blanche à l'intérieur; son odeur douceâtre et vireuse rappelle celle de l'ipéca; elle a une saveur amère, légèrement âcre et nauséeuse. William Hogdson a le premier extrait de cette racine un principe amer qui ne possédait pas de propriétés purgatives. Celles-ci semblent résider exclusivement dans une matière résineuse que M. Jones R. Lewis (de Philadelphie) en a retirée dans la proportion de 3 à 4 pour 100.

Cette matière résineuse est composée de deux résines distinctes: l'une soluble dans l'éther et l'alcool, l'autre qui n'est soluble seulement que dans l'alcool. Toutes les deux sont douées de propriétés purgatives (Wood). Suivant le docteur Manlius Smith, on peut obtenir la résine pure et blanche, le *podophyllin* en précipitant la teinture avec l'eau, de la même façon que l'on prépare la résine de jalap pure (pharmacopée des États-Unis).

Voici le mode de préparation que conseille M. Deschamps (d'Avallon): « On soumet, dit-il, le rhizome de podophyllum pulvérisé à la lixiviation avec de l'alcool concentré; puis on fait évaporer la solution alcoolique, de façon à obtenir un extrait de consistance sirupeuse; on mélange cet extrait à trois fois son poids d'eau froide et on laisse déposer la matière résineuse. On lave de nouveau la résine après l'avoir filtrée et on la fait sécher. Le podophyllin ou la podophylline ainsi obtenue est beaucoup plus active que la poudre de podophyllum. Elle purge à la dose de 10 à 15 centigrammes; à la dose de 5 centigrammes, elle produit déjà trois ou quatre selles molles. Le docteur Bouchut conseille de la donner à dose plus faible encore, si l'on ne veut produire qu'une seule évacuation; 2 centigrammes associés à pareille quantité d'extrait de datura stramonium doivent suffire.

Trousseau avait coutume de l'associer à l'extrait de belladone, d'après la formule suivante exécutée par son élève M. Blondeau :

Podophylline	2	centigrammes.
Extrait de belladone	1	—
Racine de belladone	1	—

Pour 1 pilule, à prendre le soir en se couchant.

Van der Corput, qui a préconisé l'efficacité de la podophylline pour combattre la constipation saturnine, l'administrait de la façon suivante :

Première formule.

Podophylline	20	centigrammes.
Savon médicinal	1	gramme.
Essence de fenouil ou de cannelle.		Quelques gouttes.

Faites 10 pilules, 2 à 4 par jour.

Deuxième formule (Van der Corput).

Podophylline	30	centigrammes.
Extrait de noix vomique	50	—
Extrait de belladone	30	—

Pour 10 pilules, 2 ou 3 par jour.

Le même auteur a également employé la podophylline dans les cas de lithiase biliaire à la dose de 10 à 20 centigrammes associés à la teinture éthérée de belladone dans une potion, et il administrait le lendemain une dose assez forte d'huile de ricin.

Si l'efficacité de cet agent s'est montrée douteuse dans ce dernier cas, il n'en est pas de même de son action purgative.

Mais la propriété la plus importante qu'il possède est précisément celle que le docteur C. Paul a fait ressortir dans son intéressante communication : en premier lieu, de ne pas produire de constipation consécutive, et de pouvoir être employé pendant longtemps sans rien perdre de son action.

« Si, au lieu de prescrire la dose moyenne de 5 à 10 centigrammes, ajoute M. C. Paul, on descend à la dose de 2 à 5 centigrammes, on n'obtient plus de purgation; mais on provoque seulement l'expulsion des matières contenues dans le gros intestin; si bien qu'en prenant le soir en se couchant une pilule de podophyllin, on a dans la matinée une garderobe naturelle, et cela sans éprouver de colique. »

« C'est là, dit-il en terminant, la propriété la plus précieuse du podophyllin, et c'est sous ce rapport que je recommande cette préparation à mes confrères. C'est un médicament d'un usage journalier et dont j'ai obtenu les effets les plus satisfaisants. »

Quoiqu'il reste encore bien des problèmes à résoudre relativement à l'action physiologique, au mode d'administration ou de préparation de cet agent, nous croyons utile de consigner ces premiers résultats, et nous espérons que le contrôle de nouvelles recherches viendra bientôt les confirmer.

Dr Labadie-Lagrave.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'agoraphobie, par Benedickt.

Chez les Grecs du temps d'Aristophane, ce mot d'agoraphobie (ἀγορὰ, place publique) eût exprimé assez exactement la disposition d'esprit des politiques réactionnaires, dont c'est le propre d'avoir peur de la place publique. Ici il signifie une affection décrite spécialement par Westphal, mais bien connue de la plupart des praticiens, et qui consiste dans un sentiment de vertige, de terreur, qui s'empare du sujet au moment où il lui faut traverser une place ou une large rue.

Nous croyons, et nous en avons déjà fait la remarque dans ce journal, à la nécessité d'accorder au néologisme, en raison de la transformation que subit la science médicale, une part plus grande qu'autrefois. Mais on n'en finirait pas, ou l'on finirait par ne plus s'entendre du tout, si l'on baptisait ainsi chaque symptôme d'un mot grec ou latin. Et le mot ici est d'autant plus mal venu, qu'il s'applique à des phénomènes dont la production n'est pas liée exclusivement à la vue d'une place publique. Ce vertige est tout à fait semblable à celui qu'on éprouve en regardant du haut d'une tour élevée, en marchant sur le bord d'un précipice ou en suivant de l'œil le mouvement des flots, c'est-à-dire à ce qu'on pourrait appeler la *purgophobie*, la *crémnophobie* et la *potamophobie*. Nous recommandons ces trois mots aux nosologistes avancés.

Ce qu'on ne désigne pour le moment que sous le nom d'*agoraphobie* n'en est pas moins réel. Les malades, arrivés près d'un espace un peu large, quelquefois même d'une rue de largeur ordinaire qu'il s'agit de traverser, se sentent troublés. Le cœur bat; les jambes sont comme enchaînées. Nous avons connu un individu que ses occupations forçaient à traverser assez souvent la place Vendôme et qui, parvenu à l'entrée de cette place, se livrait à lui-même un long combat, pour revenir quelquefois sur ses pas ou prendre un véhicule. Le mouvement croisé des passants et des voitures, l'approche de la nuit, accroissent considérablement ce malaise, et il arrive à certains malades, une fois engagés sur la place, de perdre la tête et de se jeter contre les chevaux. Le moyen de recouvrer un peu la sécurité de ses mouvements et de se mieux diriger est de fixer un objet déterminé et d'aller droit à lui; de même qu'on fait cesser le vertige des hauteurs en regardant un objet rapproché; de même aussi que l'ataxique assure ses mouvements en regardant à ses pieds.

Cet état pathologique se produit dans la plupart des conditions susceptibles de débiliter le système nerveux. On a signalé spécialement l'onanisme. L'individu dont nous parlons plus haut se livrait à la pédérastie et était atteint d'anémie syphilitique. Chez une dame, le développement des accidents avait coïncidé avec la ménopause. Aucun des remèdes dont elle a usé, sauf la valériane, n'a paru les modifier, et la guérison

(encore n'est-elle pas complète) n'a été obtenue que par un séjour de deux hivers à Nice.

Quelle est la cause immédiate des phénomènes? C'est ce qui est encore incertain. Ce serait, pour Benedickt, une sensibilité anormale des parties latérales de la rétine. N'ayant pas son travail sous les yeux et n'en rendant compte que d'après une analyse, nous ne pouvons nous étendre sur sa théorie. L'auteur de l'analyse, le docteur C..., présume « une altération particulière de l'accommodation, qui ne fonctionnerait pas normalement pour les images plus faibles projetées sur les parties latérales de la rétine ». Ne pourrait-on penser aussi que le fait est en partie d'ordre moral? Ce qui y autoriserait peut-être, c'est qu'une forte distraction, l'entraînement de la conversation, par exemple, le supprime quelquefois, et le malade est tout étonné d'avoir traversé sans s'en apercevoir un espace qu'il avait appris à redouter.

Quoi qu'il en soit, et c'est ce qu'il y a de plus utile à noter, Benedickt a employé dans un cas le traitement galvanique, comme s'il avait eu affaire à une paralysie légère des muscles de l'œil, et la guérison a eu lieu. Après dix-huit mois il n'y avait pas eu de rechute (*Wiener med. Jahrb.*, 1870, et *Annales médico-psychologiques*, mars 1873.)

Action vomitive de l'émétine, par M. d'Ornellas.

M. Gubler a dit dans ses Commentaires thérapeutiques du Codex : « Je pense que l'*émétique* doit être éliminé par la muqueuse gastrique, et je trouverais plausible d'attribuer à l'action locale de l'agent éliminé les vomissements observés chez les animaux après l'injection de l'émétique dans le système veineux.

MM. Kleimann et Simonowitsch (*Arch. phys. de Pflüger*, 1872), ayant injecté du vin émétique dans les veines de chiens, ont constaté la présence de l'*antimoine* dans les premiers vomissements qui ont suivi l'injection. Ils en ont conclu que l'émétique provoque le vomissement en irritant les nerfs sensitifs de l'estomac et non en impressionnant un centre nerveux de vomissement. Ainsi se sont trouvées confirmées les présomptions de M. Gubler.

M. le docteur d'Ornellas, en expérimentant l'*émétine*, est arrivé aux mêmes résultats. Il conclut de ses expériences que l'émétine s'élimine par l'estomac, et que c'est très-certainement au moment même de son élimination que le vomissement se produit.

Voici quelques particularités intéressantes de ces expériences :

Le vomissement survient environ quarante minutes après l'injection sous-cutanée de l'émétine.

M. d'Ornellas tue des chiens en leur injectant de fortes doses de poison. Il fait un extrait alcoolique de l'estomac, de l'intestin, des matières que contiennent ces organes. L'extrait ainsi obtenu étant administré à des pigeons provoque le vomissement.

Quand on sectionne au cou les deux pneumogastriques, l'animal vomit. On laisse reposer l'animal ; les vomissements cessent. Alors, injectez l'émétine : tantôt le vomissement ne se produira pas, tantôt il se produira un vomissement tardif et peu abondant. Dans ce dernier fait, il faut admettre que l'impression a été transmise aux centres nerveux et aux nerfs moteurs par le grand sympathique, qui suppléerait ainsi le pneumogastrique dans un certain nombre de cas. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 mars 1873.)

Travaux à consulter.

Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique, par Tachard. — L'auteur a traité 34 malades par les injections de sublimé, c'est en moyenne 16 injections par malade. L'auteur a dû renoncer à l'emploi du sublimé seul, à cause des douleurs produites ; il l'associe à la morphine avec la formule suivante : bichlorure de mercure, 1 gramme ; chlorure ammonique, 1 gramme ; chlorhydrate de morphine, 50 centigrammes ; eau distillée, 100 grammes. Il injecte 20 divisions de la seringue de Pravaz, soit 5 milligrammes de sublimé. Il administre, suivant la forme des syphilides, de 5 milligrammes à 1 centigramme ; cette dernière dose dans les syphilides tardives. Il n'est survenu aucun accident, tel qu'abcès ou ulcérations. Les faits rapportés par M. Tachard sont très-favorables au procédé de médication. (*Revue médicale de Toulouse*, février 1873.)

Sur la ligature de l'artère iliaque suivie de succès dans le traitement d'un anévrysme inguinal, et sur la résection du genou, par Richard Butcher. — Le premier cas est une observation très-détaillée, dans lequel un anévrysme de la région inguinale présentant des dimensions considérables, a été traité et guéri par la ligature de l'artère iliaque. La seconde partie de ce travail comprend une observation de résection du genou suivie de succès. L'auteur cite et figure des exemples de réunion des os à la suite de résection, avec conservation de l'usage des membres. Ce travail sera nécessairement consulté pour l'histoire des résections du genou. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, novembre 1872.)

De l'ingestion des eaux marécageuses comme cause de la dysentérie et des fièvres intermittentes, par M. le professeur L. Colin (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1872, t. XXXVIII). — Démonstration magistrale des deux faits étiologiques suivants : 1° L'ingestion des eaux stagnantes marécageuses chargées de produits organiques en décomposition ne provoque pas l'infection palustre ; 2° ces eaux ne produisent aucun désordre, ou bien provoquent des vomissements, de la diarrhée, de la dyspepsie, des gastro-entérites, ou bien encore des coliques dysentériques.

BIBLIOGRAPHIE.

Des complications cardiaques du croup et de la diphthérite, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthéritique, par le docteur Labadie-Lagrave. — Chez Savy, 1873.

Si l'on n'admet plus aujourd'hui avec Bretonneau que l'angine diphthéritique n'est mortelle qu'en pénétrant dans les voies respiratoires, beaucoup de médecins pensent encore que la mort est due en pareil cas à une intoxication générale du sang, à une infection diphthéritique primitive ou secondaire, admettant ainsi une altération mal définie, virulente en quelque sorte, et échappant à l'analyse. Dans son travail, M. Labadie-Lagrave cherche à pénétrer plus avant dans les conditions étiologiques de la mort, à montrer la part qu'on doit attribuer aux lésions de l'endocarde, jusqu'ici à peine soupçonnées dans la diphthérite.

Ce travail est fondé sur l'analyse de 100 observations, dont 66 personnelles à l'auteur. On y démontre :

1° Qu'il existe dans la moitié des cas de diphthérite mortelle (22 fois sur 40) une endocardite végétante aiguë avec dépôts fibrineux, source de fréquentes embolies.

2° Que les poumons renferment des infarctus sanguins, probablement de nature embolique, et des thromboses veineuses.

3° Qu'on trouve également des thromboses dans la pie-mère, le cerveau, les sinus de la dure-mère et les différents organes.

4° Que dans les cas les plus graves (diphthérite maligne) on rencontre la myocardite, l'endartérite proliférante des petites artères, la néphrite parenchymateuse.

5° Que ces lésions s'accompagnent de leucocytose et d'albuminurie en rapport avec l'intensité de la maladie primitive.

Un chapitre des plus intéressants est consacré à l'étude de la thrombose cardiaque, que l'auteur rapporte, avec raison, à la lésion inflammatoire de l'endocarde, sans nier absolument le rôle qui revient à l'altération du sang lui-même. Il distingue avec soin les symptômes de cette dyspnée cardiaque de ceux qui traduisent la dyspnée laryngée. La thrombose sera lente

ou rapide, donnant lieu par cela même à des accidents plus ou moins aigus, à une terminaison plus ou moins prompte.

On voit facilement quel jour nouveau de pareils travaux jettent sur l'étude de la diphthérite. Ils ne sont d'ailleurs que l'application à un cas donné de ces procédés d'investigation en quelque sorte plus pénétrante, grâce auxquels se rétrécit chaque jour la part laissée aux explications purement hypothétiques, basées sur des altérations humorales mal déterminées.

Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë, par A. Laveran. — Chez Rozier, 1873.

La tuberculose aiguë est particulièrement fréquente dans les hôpitaux militaires : les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les jeunes soldats contribuent sans doute à ce genre de manifestation de la maladie tuberculeuse. M. le docteur Laveran en publie quinze observations intéressantes.

Nous remarquerons que ces observations peuvent se ranger en deux catégories. Les unes se rapportent à des cas dans lesquels on trouve à l'autopsie le poumon farci de granulations grises, demi-transparentes, présentant cet aspect granitique particulier si bien décrit dans la dernière publication de M. Pidoux. Dans les autres, les tubercules sont ramollis ou en voie de ramollissement. Il y a déjà des foyers caverneux, un pneumothorax, une pleurésie; quelquefois c'est une poussée tuberculeuse développée autour de lésions déjà anciennes. Dans le premier cas l'auscultation donnait peu de résultats; dans l'autre les signes stéthoscopiques sont manifestes.

Il y a donc là deux ordres de faits : les uns correspondant à ce qu'on appelle encore la phthisie aiguë ; les autres se rapporteraient à la phthisie à marche rapide ou galopante.

Ces faits sont rapprochés, dans la description de M. Laveran, sous le nom de *tuberculose aiguë*. Nous accepterions volontiers la dénomination de tuberculose, qui remplace avantageusement celle de phthisie; mais il nous semble qu'on doit encore séparer, au moins à titre de formes morbides, des faits différents au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Index bibliographique.

De l'emploi du bain tiède dans quelques maladies de poitrine et en particulier dans la phthisie pulmonaire, par le docteur Souplet. — Thèse de Paris, 1873.

L'emploi des bains tièdes dans les maladies de poitrine est généralement proscrit comme chose dangereuse et inutile. Cette proscription est-elle fondée? L'auteur de ce travail le conteste et établit par plusieurs observations prises dans le service de clinique de M. Lasègue les bons effets des bains chez les phthisiques. C'est en particulier un excellent moyen à opposer aux sueurs profuses qui les épuisent. Les bains diminuent la fréquence du pouls, abaissent la température, calment l'agitation, donnent du sommeil. Ce sont là des résultats encourageants et qui ne doivent pas être dédaignés dans une maladie où la thérapeutique est aussi désarmée. La température des bains doit être en moyenne de 3 degrés au-dessous de celle du malade. Il est évident que celui-ci doit être placé dans des conditions convenables, à l'abri de tout refroidissement. C'est une pratique à vulgariser. Les médecins d'enfants en ont tiré bon parti dans certaines pneumonies de forme ataxique. Les bains tièdes satisfont à beaucoup d'indications qui se présentent dans les maladies de poitrine, aiguës ou chroniques, et les craintes qu'ils inspirent sont certainement exagérées.

VARIÉTÉS.

Visite de M. le ministre de l'instruction publique à la Faculté de médecine.

Nous avons, à plusieurs reprises, entretenu les lecteurs de la Gazette des projets concernant l'agrandissement et la restauration des locaux de la Faculté. Cette question semble s'acheminer vers une solution prochaine. Le jeudi 2 mai, la Faculté a reçu la visite de M. le ministre de l'instruction publique accompagné du préfet de la Seine, de MM. Alphand, directeur général des travaux de la ville de Paris; Dumesnil, directeur de l'enseignement supérieur; Gréard, directeur de l'enseignement primaire. Sous la conduite de M. le doyen, cette commission a visité les bâtiments de la Faculté et ceux de l'École pratique. On a spécialement remarqué l'absence de salle de lecture dans la bibliothèque et l'insuffisance regrettable de son installation. Cette bibliothèque, riche de plus de 100 000 volumes, consiste, on le sait, dans une grande salle qui sert en même temps de salle de lecture, et deux chambres mal éclairées, dans l'une desquelles se tient le bibliothécaire, au milieu des catalogues qu'on vient à chaque instant consulter. Ces chambres sont encombrées de livres placés dans les plus mauvaises conditions. Une partie des livres, faute de place, est entassée dans des caisses, au grand préjudice de leur conservation et des besoins des lecteurs. Les salles d'examen manquent absolument. On affecte à cet usage le musée, le cabinet du doyen et plusieurs pièces prises sur son ancien appartement. Cet appartement lui-même a dû être abandonné en raison de sa disposition vicieuse, de son insuffisance, et, il faut bien le dire, d'une réelle insalubrité.

L'installation de l'École pratique n'est pas moins défectueuse. La visite était faite au moment du travail des élèves, et les visiteurs ont pu se rendre compte des inconvénients que présente l'encombrement des pavillons dont les salles sont transformées l'été en laboratoires de chimie, laboratoires dans lesquels manque tout ce qui constitue l'aménagement d'un laboratoire véritable. Que dire des locaux affectés à l'enseignement libre; de ces amphithéâtres obscurs, humides, mal disposés, véritables caves, presque dangereuses l'été, impossibles à chauffer pendant l'hiver ?

Les laboratoires récemment créés sont loin de satisfaire aux exigences des travaux; ils sont trop étroits, insuffisamment éclairés, et en tout cas leur nombre est trop limité. On sait combien le musée Dupuytren laisse à désirer. Une quantité énorme de pièces pathologiques encombrent les greniers, et beaucoup de ces pièces s'y altèrent d'une façon irréparable. Où trouver des locaux convenables pour les concours si longs, si pénibles de l'adjuvat et du prosectorat? Et que penser des cabinets des prosecteurs eux-mêmes, étroits, humides, mal aérés, absolument inhabitables, absolument impropres à l'enseignement anatomique?

Toutes ces misères, auxquelles nous avons presque fini par nous habituer, ont vivement frappé M. J. Simon; il a compris qu'il y avait là non-seulement une amélioration à tenter, mais une véritable réforme à instituer. Nous croyons savoir que M. le ministre s'en est expliqué dans ce sens devant l'assemblée de la Faculté, dans laquelle il s'est rendu immédiatement après cette visite. M. le préfet se serait même engagé à présenter une demande de crédit au conseil municipal dans la prochaine session. Nul doute que cette demande si motivée ne soit favorablement accueillie et qu'on n'y satisfasse dans la mesure permise par nos difficultés financières, avec lesquelles il faut bien savoir compter.

B.

Les hôpitaux de Dublin. — Les hôpitaux de Dublin reçoivent du gouvernement une subvention annuelle. Cette subvention n'est pas très-forte, mais, telle qu'elle est, on ne l'accorde qu'à la condition que les comptes de l'hôpital qui la reçoit seront soumis une fois par an à l'examen du parlement. La charge d'inspection de ces divers établissements n'est pas très-onéreuse, quoique le bureau de surintendance se compose de douze membres, dont lord Powerscourt est le président. Les principaux chefs du revenu total des neuf hôpitaux, pour l'année 1871-1872, sont les suivants :

La somme totale a été de 35 266 liv. st. en chiffres ronds. Près de la moitié de cette somme provient de sources gouvernementales, c'est-à-dire 15 723 liv. st.; et les contributions volontaires se sont élevées à 7869 liv. st., c'est-à-dire juste la moitié de la subvention de l'État. Ce chiffre de 7869 livres a été formé au moyen de 6474 souscriptions et donations, 965 livres provenant de legs et 410 livres provenant de sermons de

charité. Cinq d'entre ces hôpitaux reçoivent en tout 1570 liv. st. provenant d'une taxe sur la ville de Dublin; l'un d'eux en reçoit 600, que fournit le comté de Dublin. Quatre hôpitaux possèdent des propriétés foncières ou autres qui leur ont rapporté 3275 livres sterling.

Les deux cliniques d'accouchement ont reçu 209 liv. st. pour servir à l'éducation d'élèves sages-femmes pendant l'année. Dans trois ou quatre hôpitaux, on reçoit des malades payants. Ces hôpitaux ont tiré de cette source de revenus 1649 liv. st. Le total des dépenses a été de 33 286 liv. st. Moins de la moitié de cette somme, c'est-à-dire 14 790 liv. st., a été consacrée à l'entretien, le reste, 18 495 liv. st., a été dépensé pour les différentes charges de l'établissement. C'est ainsi que plus de 10 000 liv. st. ont été consacrées aux appointements, salaires et rations des fonctionnaires de tout ordre attachés à l'établissement, soit 4377 liv. st. pour les appointements, 3433 pour les salaires, et 2338 pour les rations.

Les autorités des hôpitaux ne semblent pas être ennemies des stimulants alcooliques, car les mémoires de l'année pour le vin, le whisky, l'eau-de-vie et la bière, ont atteint le chiffre de 1575 liv. st.; tandis que le mémoire d'épicerie n'atteint pas 850 livres.

Les hôpitaux de Dublin réunis possèdent 1306 lits.

— Par arrêté en date du 30 avril, M. le ministre de l'instruction publique a nommé le docteur Jaccoud délégué au Congrès médical international de Vienne (Autriche). — Organisateur et secrétaire-général du premier Congrès international réuni à Paris en 1867, membre correspondant de la Société I. et R. des médecins de Vienne, M. Jaccoud était naturellement désigné pour cette honorable mission.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Hélot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le semestre de la présente année classique, par M. Pennetier.

M. Blanche, professeur d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale.

M. Thierry, suppléant pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale à ladite École, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie.

NOMINATIONS. — Par décret du Président de la République en date du 8 mai 1873, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Astié (Jean-Augustin).

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Viry (Jean-Antoine); David de Lestrade (Léonard).

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Champenois (Victor-Achille); Kopf (Félix); Deschuttelaëre (Vinoc-Benoît-Joseph); Fossard (Pierre-Augustin-Edmond); Bal (Pierre-Prosper); Glatigny (Camille-Philibert); Bachon (Alexandre-Pierre-Paul).

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République en date du 9 mai 1873, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. Coffin, médecin à Paris; Lecoq (Edvir), médecin à Paris; Besnier (Jules-Pierre), médecin à Paris; Demous, médecin de l'hôpital de Bordeaux; Cambay, médecin à Paris; Grange, médecin à Paris; Fraignaud, médecin à Paris; Chéron, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, à Paris; Delsol, médecin à Bièvre (Seine-et-Oise); Liébaut, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Germain en Laye (Seine-et-Oise); Gautier, médecin aux Avenières (Isère); Devade, médecin à Gien (Loire); Touzé (Alphonse), médecin à Paris.

DRAME A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Dans le service de M. Pidoux, un Corse, étudiant en médecine, atteint d'érysipèle à la face, fut pris d'un accès de délire furieux dans lequel il se précipita sur les malades de la salle et en blessa plusieurs à coups de couteau. Le fou avait été désarmé par un courageux infirmier quand le directeur arriva sur les lieux, accompagné d'internes de service.

CHOLÉRA. — L'administration sanitaire, ayant reconnu l'existence du choléra à Widdin, a mis en quarantaine toutes les provenances du haut Danube.

FÉCONDITÉ D'UNE MULE. — Un cas de fécondité exceptionnelle vient de se produire à Orléansville, dans le département d'Alger : une mule a donné naissance à un jeune mulet parfaitement conformé. Les médecins de l'endroit ont constaté le fait qui est d'ailleurs commun, et dont M. Broca a rappelé de nombreux exemples. Ce qui intéresserait surtout, ce serait de savoir si le mulet dont il est question ici sera fécond.

NÉCROLOGIE. — Le *Journal de Besançon* annonce la mort de M. le docteur H. Buissard, président de l'Association. M. le docteur Armand Rey lui a dit, sur sa tombe, les derniers adieux.

— On lit dans l'*Écho de l'Indre*, que M. le docteur Vergne, étant allé visiter en famille une maison qu'il fait construire sur sa propriété de Lusignan, près de Saint-Denis de Jouhet, fut surpris par l'affaissement d'une voûte. Son état n'est pas sans inspirer quelques inquiétudes.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 3 au 9 mai 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 0. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 64. — Dysenterie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 19. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 250. — Affections chroniques, 372 (1). — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 22. — Total, 847.

Londres : Décès du 27 avril au 3 mai 1873, 1326. — Variole, 4; rougeole, 13; scarlatine, 7; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 5; bronchite, 191; pneumonie, 78; diarrhée, 13; dysenterie, 0; diphthérie, 2; croup, 11; coqueluche, 59.

Lille : Décès du 15 au 20 avril 1873, 222. — Scarlatine, 1; rougeole, 19; fièvre typhoïde, 3; érysipèle, 2; bronchite, 37; pneumonie, 16; diarrhée, entérite, 29; angine couenneuse, 1; croup, 2.

(1) Sur ce chiffre de 372 décès, 201 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — Paris. Académie des sciences : Structure du corps thyroïde : Boéchat. — Le laboratoire d'histologie du Collège de France. — Travaux originaux. Épidémiologie : De la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Revue clinique. Chirurgie pratique : Cancer du nez; rhinoplastie; guérison. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — Revue des journaux. De l'agoraphobie. — Action vomitive de l'émétine. — Travaux à consulter. — Bibliographie. Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthéritique. — Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë. — Index bibliographique. — Variétés. Visite de M. le ministre de l'instruction publique à la Faculté de médecine. — Feuilleton. General medical Council : la profession médicale en Angleterre.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du diabète sucré, de son traitement par l'eau minérale de Pougues (source Saint-Léger). De l'action thérapeutique du gaz acide carbonique fourni par cette source, par le docteur Logerais. Brochure in-8°. Paris, G. Masson. 1 fr.

Traitement des affections nerveuses par l'application de la ceinture galvano-magnétique, par C. Surville. In-8. A. Delahaye. 50 c.

Nouveau Traité des maladies de la bouche et chirurgie dentaire, comprenant l'hygiène et le traitement de toutes les affections buccales, par C. Surville. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

De l'unité de la phthisie, par le docteur Grancher. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Médecine magnétique et somnambulique; guérisons surprenantes obtenues à l'aide du magnétisme et de la médecine, par C. Surville. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, par le docteur L. Thaon. In-8 de 108 pages, avec 2 planches lithographiées. E. Duval. 3 fr. 50

Maladies des cheveux; moyens d'y remédier et d'en réparer la perte, par le docteur Félix Rochard. In-12. Paris, A. Delahaye. 50 c.

Étude sur la phthisie diabétique, par le docteur E. Bertail. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 22 mai 1873.

Société de biologie : MODE D'ACTION DES PURGATIFS SUR L'INTESTIN : M. VULPIAN.

Des hypothèses diverses ont été proposées pour expliquer le mode d'action des purgatifs, avant qu'on ait songé à instituer des expériences permettant d'étudier directement les phénomènes produits sur l'intestin par les purgatifs salins et par les drastiques. M. Moreau a accompli par ses expériences un progrès très-notable, dont les conclusions viennent d'être confirmées. On sait que M. Moreau avait trouvé le moyen d'isoler, dans une anse d'intestin, un purgatif; ainsi, tirant au dehors une anse intestinale, il la liait à ses deux extrémités après avoir injecté du sulfate de magnésie; l'intestin était rentré dans la cavité abdominale et examiné vingt-quatre heures plus tard: on y trouvait alors, après une injection de 4 grammes de sulfate de magnésie pour 20 grammes d'eau, une collection de liquide de 200 à 300 grammes. L'action directe du purgatif était démontrée : le sulfate de magnésie produisait une exosmose considérable ou une sorte d'hypersécrétion.

M. Vulpian a perfectionné le mode expérimental, ce qui lui a permis de suivre la marche des phénomènes, et il a présenté le résultat de ses recherches à la Société de biologie dans la séance du 17 mai. M. Vulpian opère chez des chiens curarisés; il injecte la substance purgative dans l'intestin grêle et, maintenant la vie par la respiration artificielle, il peut examiner l'intestin pendant plusieurs heures.

Un premier point important à constater est l'action du sulfate de magnésie sur les mouvements péristaltiques. Contrairement aux résultats signalés par Thiry, il n'y a pas excitation des mouvements péristaltiques; il semblerait même que ces mouvements sont plutôt affaiblis; mais cette diminution d'excitabilité pourrait être rapportée à l'action du curare ou peut-être à la gêne de la respiration. Au bout de peu de temps, l'intestin devient plus rouge, il a une forme cylindrique, et, au bout de deux heures et demie, on trouve que la muqueuse est vivement colorée en rouge et hypérémiée; à la surface de la muqueuse adhère un mucus opaque, et l'intestin renferme un liquide abondant qui a les caractères du liquide du catarrhe intestinal. On y trouve beaucoup de cellules épithéliales; un grand nombre de ces cellules présentent un noyau vésiculeux, des vacuoles; en outre, il existe dans le liquide des globules rouges du sang, des leucocytes et un nombre considérable de granulations et de vibrions.

En résumé, le sulfate de magnésie produit un catarrhe intestinal très-intense, sans exagération des mouvements péristaltiques; les phénomènes d'osmose sont profondément modifiés; les liquides affluent vers la muqueuse et la traversent. En meme temps, une certaine quantité de sulfate de magnésie est absorbée; car on retrouve dans les urines une proportion exagérée de sels de magnésie. Ce dernier phénomène a été constaté également chez un homme à qui l'on avait administré du sulfate de magnésie. Le lendemain de la purgation, on retrouva une proportion plus grande de sels de magnésie dans les urines.

Les purgatifs résineux agissent d'une manière analogue, mais plus énergiquement. Ainsi, 40 centigrammes de jalap dissous dans 25 grammes d'eau et 25 grammes d'alcool ont produit, surtout dans le gros intestin, un catarrhe des plus intenses; il y avait dans le gros intestin du chien en expérience de larges ecchymoses, de véritables hémorrhagies par rupture des capillaires; les mouvements péristaltiques, sans être exagérés, ont produit deux selles fétides et sanguinolentes. D'ailleurs, le liquide contenu dans l'intestin présentait des caractères analogues à ceux de l'expérience précédente.

La conclusion générale de ces expériences, qui ont été également pratiquées chez des chiens morphinisés, est que les

FEUILLETON.

Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.

(Mémoire lu à l'Académie des inscriptions et belles-lettres dans les séances des 25 avril et 16 mai 1873.)

Le sujet dont je vais avoir l'honneur d'entretenir l'Académie semble d'abord trop spécial et trop technique pour attirer son attention et se concilier son intérêt. Cependant, comme il s'agit, d'une part, de l'interprétation d'un texte grec; de l'autre, de faits historiques qui touchent par plusieurs points à l'histoire générale, j'ai pensé que la savante compagnie entendrait sans défaveur mon mémoire, et que la critique à laquelle j'ai le dessein de me livrer avait de quoi l'intéresser, ne fût-ce que comme observation de la marche de l'esprit humain dans les découvertes de la science et de l'art.

Au nombre des écrits qui portent le nom d'Hippocrate, il en est un dont l'authenticité est généralement reconnue, en tant du moins qu'il lui est contemporain ou même antérieur, et qu'il émane de la famille des Asclépiades; je veux parler du SERMENT, Ὅρκος, qui est en tout cas un monument médical antique de premier ordre, empreint de grandeur et même de sentiment religieux. Les préceptes qui y sont simplement et brièvement exprimés sont d'une inspiration tellement élevée qu'ils ont pu dans tous les temps être, à juste raison, considérés comme une sorte de code moral de la profession médicale.

Toutefois, parmi ces préceptes il en est un qui semble sortir du caractère général dominant dans ce texte vénérable; et, à cause de cela, il a toujours été considéré comme difficile à comprendre et à motiver. Je veux parler de celui où l'auteur fait jurer à ses élèves de ne point pratiquer l'opération de la pierre : Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτῃσιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. « Je ne taillerai point ceux qui souffrent

purgatifs agissent en produisant un catarrhe intestinal; que leur action est directe, modificatrice des phénomènes d'osmose; enfin qu'ils n'excitent pas les mouvements péristaltiques.

Ces données expérimentales n'expliquent sans doute pas complétement les phénomènes de la purgation; mais elles en font bien connaître le phénomène le plus important. Elles sont, dans les applications qu'on en peut faire immédiatement à la thérapeutique, en accord avec les données de la pratique. En effet, pour ne citer que quelques exemples qui nous apparaissent immédiatement, l'élimination de la magnésie par l'urine démontre la prudence de ce précepte admis dans la pratique, à savoir : que l'emploi des purgatifs magnésiens est dangereux chez les individus atteints de gravelle, ou chez lesquels on suppose l'existence de la pierre, la magnésie en excès dans l'urine pouvant alors contribuer à la formation ou à l'accroissement d'un calcul. Pareille observation s'applique au choix des eaux minérales. Enfin, l'action en quelque sorte élective du jalap sur le gros intestin, l'énergie des phénomènes produits, sont encore des données dont la pratique pourrait réclamer la priorité.

Les faits de M. Vulpian, en ce qui concerne les mouvements péristaltiques, confirment les expériences dont Mills, Legros et Onimus ont présenté les résultats à la Société de biologie il y a quatre ans. Le procédé d'observation de ces expérimentateurs était fort ingénieux; ils introduisaient par des fistules intestinales des sacs de baudruche remplis d'air dans l'intestin de chiens auxquels ils administraient divers purgatifs; l'ampoule de baudruche était mise en communication avec un myographe, permettant d'enregistrer les contractions intestinales; or, avec le sulfate de magnésie ou avec le sulfate de soude, les mouvements péristaltiques n'étaient pas exagérés. Au contraire, l'huile de croton produisait des mouvements énergiques. Ici encore l'expérimentation confirme en l'expliquant la puissance de ce dernier moyen de purgation, réservé aux constipations les plus opiniâtres ou aux rétentions de matières fécales. C'est ainsi que l'expérimentation fournit un appui à l'observation clinique, en lui offrant un moyen de contrôler les hypothèses, pour les confirmer ou les renverser.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique, par le docteur Noel Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Depuis mes premières recherches sur l'adénopathie bronchique, j'ai eu de bien nombreuses occasions d'en constater la fréquence et en même temps de vérifier l'exactitude des signes que que j'ai indiqués; beaucoup d'inégalités et d'anomalies respiratoires, auxquelles on donne souvent pour explication banale l'existence d'un léger degré d'emphysème, sont imputables à la tuméfaction des ganglions bronchiques. Dans un grand nombre d'affections chroniques et dans beaucoup de congestions aiguës des organes thoraciques, on constate des modifications du bruit respiratoire souvent limitées à un seul côté ou même à un seul lobe, sans lésion locale appréciable. Rien n'est plus commun dans la phymatose, dans la rougeole, dans la coqueluche. J'ai en ce moment même sous les yeux un malade affecté de fièvre typhoïde, chez lequel on constate de la matité dans les régions ganglionnaires du côté droit; de ce côté, le bruit respiratoire est presque nul et remplacé par des *sibilus* comme étouffés, tandis qu'à gauche le murmure vésiculaire se mêle aux rhonchus sibilants.

Dans la coqueluche, je suis porté à croire qu'il faut faire à l'adénopathie une part plus importante encore. Nous avons déjà signalé le caractère coqueluchoïde de la toux dans certaines formes d'adénopathie, caractère noté par tous les observateurs qui se sont occupés de cette question; l'inspiration sifflante qui précède la quinte de la coqueluche se retrouve souvent dans les degrés avancés de l'adénopathie, quelquefois même avec le vomissement terminal. Il est difficile de ne pas admettre qu'il y ait dans ce cas une incitation morbide du pneumogastrique, directe ou réflexe, imputable aux ganglions malades.

Je ne prétends pas que, dans la coqueluche, l'adénopathie soit l'intermédiaire nécessaire de cette incitation, mes observations ne sont pas assez nombreuses pour autoriser cette conclusion, mais je crois que, dans beaucoup de cas au moins, l'adénopathie ganglionnaire mêle son expression symptomatique à celle de la maladie dont elle est une complication. Je suis disposé à lui attribuer ces coqueluches chroniques qui peuvent durer deux ou trois ans avec le caractère distinctif de la toux. Elles ont été signalées par tous les auteurs qui ont décrit cette maladie; j'en ai vu moi-même quelques exemples.

Quelle anomalie singulière dans une maladie contagieuse au premier chef, qui a en quelque sorte les allures d'une fièvre éruptive, qui débute par une période prodromique catarrhale pendant laquelle la toux n'a rien de spécial, et accomplit ordinairement son évolution dans l'espace de quelques semaines!

---

de la pierre, je laisserai cette opération à ceux qui s'en occupent. » Ce texte est clair et précis; les manuscrits ne donnent point de variantes qui puissent en modifier la signification, et les plus savantes éditions d'Hippocrate sont unanimes pour reproduire la leçon que je viens de donner. La difficulté signalée par les commentateurs ou traducteurs n'est donc point dans le texte ni dans sa signification, elle existe tout entière dans le précepte lui-même et dans la pensée qui l'a dicté.

Dans le tome IV de sa très-docte édition des Œuvres d'Hippocrate, et dans l'argument dont il fait précéder le texte et la traduction du Serment, M. Littré a parfaitement résumé les discussions auxquelles a donné lieu le passage relatif à l'opération de la taille. Beaucoup d'auteurs ont voulu qu'il y eût là une faute de copiste et ont fait les plus grands efforts pour changer, suivant leurs vues particulières, le sens qu'ils ne voulaient pas accepter. Personnellement, je ne puis oublier avec quelle vivacité et quelle conviction le savant et regretté professeur Malgaigne rejetait la possibilité qu'un médecin tel qu'Hippocrate eût pu proférer « un blasphème médical » comme celui du texte adopté, et à quelles arguties il avait recours pour se démontrer à lui-même qu'un chirurgien digne de ce nom n'a jamais pu vouloir défendre à ses élèves de pratiquer la taille ou lithotomie. Il aurait voulu pouvoir se ranger à l'opinion de René Moreau, qui prétendait voir dans le précepte du Serment la défense de pratiquer la castration. M. Littré avait eu lui-même la pensée de substituer dans le texte la leçon *αἰτέοντας* à celle de *λιθιῶντας*, ce qui, en effet, aurait complétement changé le sens du précepte, lequel alors aurait été : « Je ne castrerai pas même ceux qui le demanderaient ». Mais le savant éditeur a reculé devant les indications dont il donne le détail. Et dans le fait cette opinion ne peut se soutenir que par une substitution de mots, injustifiable devant l'unanimité des manuscrits.

D'autres auteurs, et c'est le plus grand nombre, ont admis l'interprétation donnée par le texte, qu'effectivement le Serment défend aux médecins de pratiquer la lithotomie et veut qu'ils

Quelle anomalie dans la classe des maladies contagieuses que cette persistance pendant des mois et des années! Eh bien, je suis porté à croire que cette anomalie est plus apparente que réelle, et, dans les cas de cette espèce que j'ai observés, j'ai rencontré une tuméfaction des ganglions bronchiques, à laquelle j'ai cru pouvoir attribuer la persistance de la toux convulsive.

Sans affirmer que cette toux convulsive de la coqueluche qui semble accuser, comme nous l'avons dit, une incitation anomale du pneumogastrique, soit connexe à l'adénopathie, sans nier que cette névrose de la dixième paire ne puisse être une manifestation directe de la maladie, on peut cependant remarquer que le spasme laryngien ne survient que plusieurs jours ou même plusieurs semaines après le début de la coqueluche, après l'apparition de la congestion bronchique. Si l'on constatait qu'à cette époque se montrent les signes de l'adénopathie, la corrélation des deux phénomènes deviendrait infiniment probable.

Pour apprécier la part de l'engorgement ganglionnaire dans la coqueluche, il serait intéressant de déterminer dans quelles limites la coqueluche est contagieuse, si elle est seulement transmissible pendant les premières semaines de sa durée, ou si elle conserve cette propriété aussi longtemps que dure la toux caractéristique. Que de questions importantes sur les conditions, l'époque, la durée de la transmissibilité dans les maladies contagieuses restent encore irrésolues, pendant qu'on discute sur la spécificité et la nature intime de phénomènes inaccessibles à notre observation.

J'avais plusieurs fois constaté que les signes stéthoscopiques de l'adénopathie bronchique étaient variables, mobiles, qu'ils pouvaient paraître et disparaître d'un jour à l'autre; dans le cours d'un même examen, il m'a été donné dernièrement de déterminer les conditions de ce phénomène dont je n'avais pas trouvé une explication nette, je supposais bien que les ganglions subissaient quelques déplacements, mais comment le déplacement pouvait-il s'effectuer, quelle en était la cause?

Obs. — Une femme entre dans mon service, il y a quatre semaines, dans un état d'asphyxie imminente; la dyspnée était extrême: orthopnée, cornage, angoisse, voix rauque et étouffée, teinte violacée de la face, pouls fréquent et dépressible, tels étaient les symptômes qu'elle me présenta quand je la vis pour la première fois; je constatai un son mat sur les lames droites des quatre premières vertèbres dorsales, au niveau des articulations des deux premières côtes droites et dans la partie voisine du manubrium sternal. La respiration était aiguë, sifflante, inexpansive, à droite surtout; un souffle expirateur très-fort était perçu dans la fosse sus-épineuse droite, il avait son maximum dans le voisinage du rachis; à gauche on le retrouvait, mais affaibli et comme un retentissement de celui qu'on entendait à droite; derrière la partie supérieure droite du sternum, on trouvait une expiration soufflante.

Le laryngoscope nous fit constater une hypertrophie des cordes vocales supérieures qui étaient rouges et tuméfiées; elles formaient deux tumeurs convexes, presque contiguës, les cordes vocales inférieures, cachées par les supérieures, n'apparaissaient que comme deux lisérés filiformes à travers la fente étroite que les premières laissaient entre elles. M. le docteur Krishaber, qui a bien voulu nous aider de son expérience, entrevit la muqueuse de la trachée qui lui parut très-rouge et comme végétante.

De ces phénomènes, je crus pouvoir conclure que l'affection syphilitique du larynx était compliquée d'adénopathie bronchique, et qu'on devait imputer à cette complication le souffle observé au sommet droit et la différence du bruit respiratoire dans les deux côtés. Mon ami le docteur Cazalis, qui vit avec moi cette malade, me fit observer que ce souffle si intense avait un timbre très-doux, et cette circonstance lui paraissait venir à l'appui de l'opinion qui plaçait en dehors des tuyaux bronchiques plutôt que dans la cavité même de l'arbre aérien la lésion qui le produisait.

Je prescrivis à cette femme le traitement mixte ioduré hydrargyrique que j'emploie presque toujours contre les lésions viscérales de la syphilis tertiaire, mais comme cette femme m'affirmait qu'elle n'avait jamais pu supporter l'iodure de potassium, j'y substituai la teinture d'iode récemment préparée, à la dose de trois à quatre gouttes deux fois par jour, diluée dans un petit verre d'eau de riz.

En même temps, on lui fit des frictions sur le dos, les aisselles et les aines avec de l'onguent napolitain; sous l'influence de cette médication, la dyspnée diminua très-rapidement; au bout de trois ou quatre jours, la malade pouvait rester couchée sur le dos; l'angoisse et la suffocation avaient disparu; la respiration n'était plus accompagnée de ce sifflement qu'on entendait à distance; la voix était meilleure. Je pus remplacer la teinture d'iode par l'iodure de potassium, auquel je donnai pour passeport une petite quantité d'extrait thébaïque. Quelques jours après, les gencives, qui étaient déjà en très-mauvais état, accusaient l'action du mercure; je recommandai à la malade l'usage du collutoire, dont je fais habituellement usage dans les stomatites mercurielles:

♃ Décocté de pavot.........	200	grammes.
Sirop de ratanhia.........	20	—
Chlorate de potasse........	10	—

La stomatite persistant, je fis suspendre les frictions mercurielles et appliquer dans les rainures gingivo-buccales des mèches de charpie trempées dans le collutoire; ce moyen fut efficace, et, après sept ou huit jours d'interruption, je reprenais les frictions mercurielles à petites doses. Quinze jours en-

laissent cette opération aux spécialistes; mais alors les objections surgissent en foule. Les médecins hippocratiques, disent quelques-uns, pratiquaient toutes les opérations chirurgicales, et elles sont indiquées dans les livres de la collection; pourquoi donc cette exception si solennelle pour une seule d'entre elles? Bien plus, ajoutent quelques autres, et plus particulièrement M. Littré, il est parlé dans les livres d'Hippocrate du cathéter ou de la sonde comme d'un instrument ordinaire et d'usage commun, et du cathétérisme comme d'une opération journellement pratiquée dans diverses maladies de la vessie, et notamment pour constater si une pierre existe dans cet organe; comment donc pourrait-on concilier la défense du Serment avec cette pratique journalière du cathétérisme? « Ainsi, ajoute M. Littré, voilà des médecins hippocratiques qui sondent les malades pour reconnaître si la vessie renferme une pierre; c'est le préliminaire nécessaire de toute opération de la taille; et, soit qu'ils pratiquassent eux-mêmes cette opération, soit qu'ils la renvoyassent, comme le dit le Serment, à des lithotomistes de profession, ἐργάτῃσιν ἀνδράσι, il est impossible de ne pas conclure de l'emploi du cathétérisme pour diagnostiquer la présence de la pierre à la pratique de l'opération pour extraire cette pierre; surtout si l'on se rappelle que les anciens gardent un profond silence sur l'invention de la taille, la relèguent par cela même dans les temps pour lesquels ils n'avaient pas de documents. »

Avec M. Littré, et pour les raisons qu'il donne, jointes à plusieurs autres dont je parlerai plus loin, je regarde comme certain que l'opération de la taille était pratiquée dans des temps bien antérieurs à Hippocrate.

Enfin, d'autres ont prétendu qu'il fallait voir là une injonction au médecin de ne pas descendre à l'office de chirurgien, office indigne de lui, en un mot quelque chose de semblable à ce qui a longtemps existé dans la médecine du moyen âge, alors que les chirurgiens étaient classés parmi les barbiers. Mais, dit encore avec toute raison le savant éditeur de la collection hippocratique, il suffit d'énoncer cette opinion pour

viron après le début du traitement, le laryngoscope me faisait constater une amélioration considérable et en rapport avec les changements survenus dans l'état fonctionnel du larynx. La tuméfaction des cordes vocales avait considérablement diminué; la glotte avait repris à peu près ses dimensions normales; en auscultant la malade, je ne trouvai plus ce souffle expirateur que nous avions entendu si intense au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Je pensai qu'il avait disparu avec la plupart des symptômes observés à l'entrée de la malade; mais quel ne fut pas mon étonnement de le constater quelques semaines plus tard; et, pendant la durée de mon examen, il disparut de nouveau. En réfléchissant sur les conditions de ce phénomène, je trouvai que je pouvais faire cesser ce souffle à volonté en faisant fléchir le cou de la malade, tandis que, quand elle relevait sa tête en arrière, il reparaissait aussitôt.

Dans la première position, le rachis s'incurve en avant, augmente l'espace destiné à la trachée; celle-ci se raccourcit, devient mobile et tend à se rapprocher du sternum. Dans la seconde, les vertèbres cervicales forment un arc à convexité antérieure, sur lequel la trachée appliquée et tendue devient presque immobile. Ainsi, les rapports de la trachée avec le corps des vertèbres et avec les ganglions bronchiques, la tension, la mobilité et la longueur du tuyau trachéal, peuvent changer avec les positions du cou; il n'est donc pas étonnant que la compression des tubes aérifères et la conduction des bruits qui s'y produisent puissent varier avec ces positions. En ce moment, j'observe un malade chez lequel on constate un son obscur au niveau des premières lames vertébrales dorsales et de la lisière gauche du manubrium sternal. Dans la région sous-claviculaire et surtout dans les régions sus-épineuse et scapulo-rachidienne, on entend une sorte de bruit de frottement constitué par de gros craquements secs qui accompagnent l'inspiration et retentissent dans une grande partie du lobe supérieur du poumon gauche; au niveau de ce lobe, le murmure vésiculaire est faible, aigu, suivi d'expiration. Cette faiblesse et cette acuité augmentent, et surtout les craquements deviennent beaucoup plus forts quand la malade renverse la tête en arrière; quand elle est infléchie en avant, les phénomènes diminuent notablement.

Il m'a paru que, chez quelques sujets dont la poitrine était saine, le bruit respiratoire, ausculté dans la région scapulo-rachidienne, était plus aigu dans l'extension que dans la flexion de la tête.

J'ai observé, chez un autre malade qui présentait les symptômes les moins équivoques de l'adénopathie bronchique, un autre phénomène qui, s'il se montrait habituellement, ajouterait un nouveau signe à ceux que j'ai déjà signalés: la respiration était très-faible et très-aiguë dans tout le côté droit de la poitrine correspondant aux ganglions malades, sans aucun indice de pleurésie récente ou ancienne. La tonalité thoracique était un peu plus aiguë que de l'autre côté, circonstance qui m'a paru pouvoir se rattacher dans beaucoup de cas à la diminution de l'ampliation pulmonaire. En effet, cette ampliation était beaucoup moindre que celle du côté opposé.

J'ai fait faire, pour mesurer cette ampliation, un instrument dont le mécanisme a été imaginé par M. Mathieu; il l'a substitué à celui que je lui avais proposé et qui était d'un maniement beaucoup moins commode. C'est un ressort elliptique servant d'attache à deux bandes de cuir qui portent sur une de leurs faces des divisions métriques. On fixe celles-ci pendant l'expiration avec le pouce de chaque main au niveau de points choisis d'avance et marqués à l'aide d'un crayon sur la ligne médiane du sternum et sur la crête épineuse du rachis. Cela fait, on engage le malade à faire de grandes inspirations, la traction du ressort proportionnelle à l'amplitude de l'expansion thoracique fait mouvoir une aiguille qui suit les oscillations du ressort. Celle-ci chasse devant elle une autre aiguille indépendante qui marque sur un cadran le maximum d'ampliation. Cet instrument peut mesurer à la fois les dimensions de la périphérie du thorax et l'étendue de ses mouvements, je l'ai nommé *pnéomètre*; il ne donne pas, bien entendu, des mesures absolues, mais des relations qui me paraissent utiles à connaître.

La diminution de l'expansion du thorax produite par la compression des grosses bronches serait un fait analogue à celui qu'a signalé Dupuytren, du rétrécissement de la poitrine ou plutôt de son défaut d'évolution consécutif à l'hypertrophie des amygdales.

Un engorgement même médiocre des ganglions bronchiques, produisant des troubles respiratoires peu intenses, peut déterminer une compression des nerfs intra-thoraciques et en altérer les fonctions. Les observations suivantes nous montreront sous ce nouvel aspect l'adénopathie bronchique, en rendant accessible à nos regards la modification morbide des nerfs respirateurs. Elles seront une présomption en faveur de l'hypothèse que j'ai hasardée plus haut sur le rôle que peut jouer l'affection ganglionnaire dans le spasme de la coqueluche, et prouveront que dans ces degrés modérés de la maladie le nerf pneumogastrique peut subir une impression anomale.

Obs. — Dans les premiers jours du mois d'août 1872, une jeune dame se présenta à ma consultation avec une lettre du docteur Fournier, d'Angoulême, qui me donnait sur sa maladie les détails suivants:

Quelques années auparavant, cette dame avait eu une coqueluche intense; elle avait toussé pendant plus de deux mois. Depuis lors, la malade a souffert d'une oppression continuelle, et, en outre, elle est sujette à des accès de dyspnée violents et comme convulsifs. La voix, à cette époque, n'était pas modifiée. De temps en temps on entendait à l'un des sommets du râle sous-crépitant, comme si le poumon était le siége de poussées fluxionnaires; en même temps la malade accusait de la chaleur dans la poitrine et des douleurs vers l'épaule; pendant longtemps les vésicatoires

---

que chacun en voie l'absurdité. Tout dans les livres de l'école hippocratique montre que la médecine et la chirurgie étaient sur la même ligne, avaient la même dignité, étaient exercées par les mêmes hommes.

En définitive, tous ceux qui n'admettent pas le sens donné par le texte de tous les manuscrits sont réduits à faire des hypothèses invraisemblables, impossibles même, et en tous cas injustifiables; nous ne nous en occuperons pas dans la suite de cet écrit. Pour tous ceux, d'autre part, qui admettent le sens du précepte, tel que le donne le passage cité plus haut du Serment, ce précepte reste énigmatique, inexplicable, incompréhensible. La difficulté consiste donc à découvrir les motifs, le but et la portée de ce précepte. Le présent travail a pour objet, et aura j'espère pour résultat, d'éclairer ce problème et d'en donner la vraie solution. En effet, je me crois en mesure de faire voir comment Hippocrate est resté fidèle à lui-même en défendant à ses élèves de pratiquer l'opération de la lithotomie.

Pour bien juger cette difficulté et en trouver la solution, il faut d'abord se représenter la médecine hippocratique telle qu'elle existait réellement et telle qu'elle nous apparaît d'une manière évidente dans les divers et nombreux écrits que nous ont laissés ses maîtres; c'est-à-dire qu'elle était une science raisonnée, réfléchie, établie sur ses vraies bases, éclairée par l'observation et l'expérience; en même temps un art libéral, éminent par sa dignité, son élévation et sa noblesse; enfin une profession indépendante, exercée avec moralité, délicatesse et probité, absolument respectable. C'est ainsi que la médecine se révèle à nous dans les écrits de la collection hippocratique, et particulièrement dans le Serment, dont j'ai fait ressortir dans un autre ouvrage (1) la hauteur de vues et le sentiment profondément délicat.

De cette appréciation conforme en tous points à la vérité, découlera immédiatement la conséquence suivante: c'est que

(1) *L'assistance médicale chez les Romains*, ch. VII, p. 101.

ont eu sur ces congestions une action très-efficace, qui dans ces derniers temps s'est affaiblie.

Au milieu de ces troubles respiratoires, la nutrition s'était conservée intacte; le teint n'était pas altéré, rien ne pouvait faire supposer une lésion grave des poumons; néanmoins, comme un des frères de la malade était mort phthisique, le docteur Fournier conservait des préoccupations. Il envoya la malade aux Eaux-Bonnes et lui conseilla de passer l'hiver à Arcachon. A peu près vers cette époque, il y a quatre ans, la voix s'est éteinte sans présenter la raucité ni le timbre de la laryngite chronique; la malade parle à voix basse, et par intervalle surviennent des crises qui durent plusieurs jours, pendant lesquelles la malade est complétement aphone. La dyspnée a persisté avec les mêmes caractères; la malade ne peut marcher sans être extrêmement essoufflée; elle se plaint souvent de chaleur dans la poitrine et de douleurs thoraciques.

« Ces symptômes, ajoute notre confrère, me paraissent de toute évidence se rattacher à une affection du pneumogastrique, dans laquelle la coqueluche initiale a joué un rôle important. Mais quelle est cette affection? Deux éminents médecins de Paris, connus dans la science par leurs travaux sur les maladies du système nerveux, ont diagnostiqué une névrose du pneumogastrique! mais le mot névrose cache bien souvent une lacune de diagnostic; c'est dire : le pneumogastrique souffre. Mais comment souffre-t-il? Il serait trop long d'énumérer toutes les médications qui ont été mises en usage, bromure, belladone, etc., et qui sont restées inefficaces. »

J'examinai cette malade, et je constatai les signes qui caractérisent pour moi l'adénopathie bronchique, entre autres un son mat dans la partie supérieure gauche du sternum, au niveau du premier espace intercostal et des deux premières articulations sterno-costales, aussi bien qu'au niveau des lames gauches des premières vertèbres dorsales. Dans tout ce côté la respiration était plus faible et plus aiguë que du côté droit. La malade ne toussait pas. Quand elle avait fait un effort respiratoire pendant mon examen, la respiration devenait pendant quelques secondes très-courte et très anhélante.

Les anomalies de la sonorité et du bruit respiratoire, quoique légères, me parurent suffisantes pour caractériser un engorgement des ganglions bronchiques gauches, et cet engorgement me sembla établir une relation plausible entre la coqueluche, qui marquait le point initial de tous les accidents, et l'aphonie survenue depuis quatre ans. Je diagnostiquai une paralysie de la corde vocale gauche produite par une compression du nerf récurrent de ce côté, et, adressant cette malade à M. le docteur Krishaber, je lui remis une lettre où j'indiquai et motivai mon diagnostic, lettre qui ne devait être remise qu'après que mon savant confrère aurait pratiqué l'examen laryngoscopique et indiqué les résultats que cet examen lui fournissait. Mes prévisions furent complétement vérifiées : la corde vocale gauche était immobile, pendant que la droite avait conservé toute l'énergie de ses mouvements. Je prescrivis l'eau de la Bourboule alternant avec des préparations iodées.

Dans cette observation, nous voyons la coqueluche cause probable d'une adénopathie, qui a persisté sans doute sous l'influence d'une disposition constitutionnelle, qui a amené à la longue dans les fonctions et peut-être dans la structure d'un des nerfs laryngés une altération permanente. Il est bien à craindre qu'après une impression si prolongée de la cause morbide, le nerf lésé n'ait subi dans sa texture des désordres irréparables, alors même que l'affection ganglionnaire pourrait être modifiée; peut-être cependant la voix pourrait-elle revenir partiellement.. Nous verrons dans l'observation suivante une voix rauque, sourde, mais non éteinte, avec une immobilité complète d'une des cordes vocales. Cette aphonie absolue qui survenait par intervalles semblait indiquer que par moments la paralysie s'étendait au côté droit du larynx. L'essoufflement habituel, les accès de dyspnée, accusaient sans doute un trouble direct ou réflexe du pneumogastrique.

Ces poussées de congestion pulmonaire se montrant par intervalles se rencontrent parfois avec les tumeurs intra-thoraciques, imputables sans doute à la gêne circulatoire et au stimulus morbide qu'elles produisent dans la partie voisine du poumon; je les ai plusieurs fois observées dans des cas d'anévrysme de l'aorte; on entendait au niveau de la tumeur des râles sous-crépitants, limités, qui persistaient pendant un temps variable, puis disparaissaient pour reparaître de nouveau.

Notre malade ne toussait pas. Nous avons vu que l'adénopathie bronchique produit habituellement de la toux, souvent quinteuse, analogue à la toux de la coqueluche. Le rapport des ganglions malades avec le pneumogastrique, leur volume, la nature, le siége, la durée et le degré de l'action morbide qui a envahi le nerf font varier les troubles fonctionnels qui expriment cette action. Ne voit-on pas la compression des nerfs ganglionnaires dans l'anévrysme de l'aorte produire d'abord la dilatation de la pupille, puis son resserrement? Dans le premier cas, le nerf est stimulé, et la contraction des fibres iridiennes traduit cette stimulation; dans le second, la compression ou la désorganisation des tubes nerveux interrompent leurs fonctions conductrices, et les fibres dilatatrices sont paralysées. Il est possible d'ailleurs que la lésion des pneumogastriques abolisse l'action réflexe dont la toux est la conséquence, ou empêche les mouvements synergiques qui la produisent, comme elle empêche la phonation.

J'ai admis que chez notre malade une tumeur ganglionnaire était la cause des accidents, parce que je trouvais chez elle les signes qui en attestent ordinairement l'existence; on conçoit que d'autres tumeurs développées dans la partie supérieure du médiastin contiguës à la trachée et à l'origine des bronches, puisse produire des phénomènes semblables à ceux que nous avons attribués à l'adénopathie bronchique. En dehors des tumeurs malignes, qui tôt ou tard se dénoncent par des caractères spéciaux, je ne vois guère que les anévrysmes de l'aorte qui puissent imiter les symptômes de cette affection; mais dans l'immense majorité des cas les anévrysmes de cette région s'accusent par des battements et des signes stéthoscopiques distinctifs, à moins que leur cavité ne soit complétement oblitérée par des coagula sanguins.

L'origine de la maladie attribuée à la coqueluche par des médecins qui en ont suivi l'évolution me paraît une présomption en faveur de mon diagnostic.

---

toute pratique aveugle, aventureuse, purement empirique, en s'appuyant sur aucun principe ni sur aucune donnée scientifique, devait être bannie de l'enseignement, ainsi que de l'exercice professionnel, et interdite au médecin qui voulait demeurer honorable et jaloux de la considération publique comme de sa propre dignité.

Or, l'opération de la lithotomie telle qu'elle se pratiquait alors généralement possédait au plus haut degré ces caractères d'aventure, d'empirisme aveugle, de danger plus ou moins immédiat pour la vie et de hasardeux expédients. Ceux qui la pratiquaient n'avaient aucune connaissance précise des parties sur lesquelles ils portaient leur scalpel. Quand ils avaient la bonne fortune de ne léser ni la vessie ni aucun des organes importants qui l'avoisinent, leur opération pouvait être couronnée de succès; mais c'était un pur hasard ou du moins un résultat heureux, mais rare, d'une longue expérience; et dans aucun cas l'opérateur n'était certain d'avance d'avoir ce bonheur. Aucune règle fixe ne présidait au manuel opératoire, et c'est justement pour cela qu'on ne trouve point de description de la lithotomie dans les œuvres de l'école hippocratique. Il semble dès lors évident que c'est pour cette même raison que les médecins de cette école savante et réservée refusaient de faire une opération aussi livrée au hasard et aussi éloignée de toute donnée scientifique et raisonnée que l'était la lithotomie.

D'une autre part, cependant, la pierre dans la vessie est une maladie commune, fréquente, plus ou moins douloureuse, toujours très-incommode et tenant ses victimes, si l'on n'arrive pas à les en débarrasser, sous la menace incessante d'une catastrophe à peu près inévitable. De là la nécessité absolue de tâcher de la dissoudre ou de l'extraire d'une manière quelconque. Dès les temps les plus anciens, ainsi qu'on doit l'inférer de divers textes authentiques, les médecins étaient en possession d'instruments propres à la faire reconnaître d'une manière certaine, indépendamment même des signes plus ou moins positifs que pouvaient fournir les organes, tels,

J'ai conseillé l'eau de la Bourboule parce qu'elle est un des modificateurs les plus puissants que je connaisse dans les affections de ce genre. J'ai vu se résoudre sous son action des adénies multiples et des engorgements strumeux du cou qui avaient acquis un volume énorme. Les eaux sulfureuses avaient été employées sans succès ; c'est même après une cure d'Eaux-Bonnes que l'aphonie était survenue. J'ai cru utile de faire alterner l'eau de la Bourboule avec les préparations iodées, qui interviennent souvent si efficacement dans les maladies lymphatiques.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Démographie.

SITUATION DE LA POPULATION DE LA FRANCE (1). DÉNOMBREMENT DE 1872 (lu à l'Académie de médecine, le 25 mars 1873), par M. Gustave LAGNEAU.

En général, dans un pays, l'accroissement physiologique de la population, celui tenant, non à l'excédant de l'immigration sur l'émigration, mais à l'excédant des naissances sur les décès, peut être considéré comme l'expression de la prospérité anthropologique de ce pays, soit que cet accroissement résulte du grand nombre des naissances, soit qu'il résulte du petit nombre des décès.

Depuis longtemps, en France, principalement depuis les dénombrements de 1851 et de 1856, qui avaient révélé un accroissement annuel de population extrêmement minime, de 22, voire même de 20 sur 10 000 habitants (2), les statisticiens, les démographes, avaient été frappés des conditions d'infériorité dans lesquelles se trouvait notre population par rapport aux autres populations de l'Europe.

Les dénombrements plus récents de 1861 et 1866 paraissaient témoigner d'un accroissement un peu plus considérable. Toutefois, de 1861 à 1865, cet accroissement annuel de 38 sur 10 000 habitants, ne devant amener notre population à un nombre double que dans l'espace de 183 ans, restait encore de beaucoup inférieur à celui de la population de l'Autriche, la plus mal partagée après la nôtre sous ce rapport, et était trois fois et demie moindre que celui de la population de la Russie. En effet, en Autriche l'accroissement annuel était de 63 sur 10 000 habitants, et la période de doublement était de 110 ans, tandis qu'en Russie l'accroissement annuel était de 139 sur 10 000 habitants et la période de doublement de 50 ans seulement (1).

Il est juste d'ailleurs de remarquer que ce très-minime accroissement de la population française tenait moins à sa mortalité assez faible qu'à sa natalité extrêmement minime. En effet, si sur 10 000 habitants en France on ne comptait que 228 décès, nombre bien supérieur aux 184 décès comptés en Norwége, mais de beaucoup inférieur aux 368 décès comptés en Russie ; par contre, dans notre pays on n'observait que le nombre minimum de 266 naissances, moindre que celui de 317 observé en Norwége, et deux fois inférieur à celui de 507 observé en Russie.

En outre en 1866, ainsi que cela s'observe généralement, malgré la prédominance des naissances masculines sur les naissances féminines, plus que compensée par l'excédant des décès masculins sur les décès féminins, le nombre des personnes du sexe masculin était de peu inférieur à celui des personnes du sexe féminin. Pour 19 014 079 du sexe masculin, il y avait 19 052 985 du sexe féminin (2), soit sur 10 000 habitants 4995 du premier et 5005 du second ; le premier n'étant inférieur en nombre au second que de 38 906 individus, soit 10 sur 10 000.

Lors de la dernière période quinquennale de 1861-1865, la situation démographique de notre population s'exprimant pour 10 000 habitants par une natalité de 266, une mortalité de 228, un accroissement annuel de 38, une période de doublement de 183 années, était donc encore très-fâcheuse, mais semblait tendre à s'améliorer.

Depuis cette époque, par suite des cruelles épreuves supportées durant la dernière guerre, notre population a vu son accroissement minime être remplacé par une décroissance considérable. Du dénombrement de 1872 (3), opéré non plus, comme d'ordinaire, 5 années, mais bien 6 années après le précédent, indépendamment de la perte de 1 597 238 compatriotes arrachés à la France par la cession des territoires de l'Alsace-Lorraine, il résulte que notre population a diminué de 366 935 habitants durant cette période de six années. Conséquemment elle aurait présenté une diminution annuelle de 16 sur 10 000 habitants. Donc, entre le faible accroissement annuel de 38 sur 10 000 de la période de 1861 à 1865, et la diminution annuelle de 16 sur 10 000, la différence s'exprimerait par une décroissance annuelle considérable de 54 sur 10 000, ou seulement de 52 si l'on prend pour premier terme de comparaison l'accroissement annuel de 36 sur 10 000 résultant du dénombrement de 1866 (4).

Puisque, d'après le recensement de 1872, les 36 102 921 ha-

(1) Dans ce travail motivé par la lecture des documents statistiques fournis par le récent dénombrement de 1872, j'ai cru utile de rappeler et développer certaines considérations déjà brièvement mentionnées ailleurs, en particulier dans une note publiée dans la *Gazette hebdomadaire* du 12 juillet 1872, p. 449.
(2) *Statistique de France*, 2e série, t. XVII, p. XI.

(1) *Stat. de France*, 2e série, t. XVIII, p. CX.
(2) *Stat. de France*, 2e série, t. XVII, tabl. 1, p. 30 et suiv.
(3) *Journal officiel*, 5 janvier 1873.
(4) *Stat. de France*, 2e série, t. XVII, p. XI.

---

en particulier, que la nature des douleurs, leur siége et surtout les qualités physiques du liquide urinaire. Dans cette situation, et la mort étant presque certaine ou bien la vie insupportable si la pierre n'était pas enlevée, les calculeux demandaient avec instance à courir les chances de l'opération, et il se rencontrait des hommes hardis qui consentaient à faire ce qu'ils désiraient.

Sans aucun doute, ces hommes furent d'abord de ceux qui avaient quelques connaissances médicales générales, c'est-à-dire des médecins adonnés à l'observation et à l'exercice de l'art de guérir. Puis, enhardis par quelques succès et éclairés par l'expérience et une pratique plus ou moins longue, ou même encouragés par la faveur et la confiance publiques, ces hommes, ces médecins se firent, de l'opération de la taille, une spécialité, une occupation exclusive. Beaucoup d'entre eux devinrent *periodeutes* ou *circulatores*, c'est-à-dire qu'ils allaient de ville en ville, de pays en pays exercer leur art spécial. On peut le conjecturer avec d'autant plus de probabilité que les textes anciens signalent un grand nombre de *periodeutes*, surtout parmi les médecins spécialistes, et que d'ailleurs les choses ne se passaient pas autrement en Europe dans le moyen âge et même dans les temps modernes.

La nécessité de l'opération de la taille est telle que l'on serait en droit d'affirmer, même sans preuves directes, qu'elle a dû être pratiquée dès la plus haute antiquité. Mais cette affirmation est étayée de preuves suffisantes pour qu'il ne puisse rester aucun doute sur la réalité de sa pratique fréquente. M. Littré en donne une des meilleures en citant les passages des écrits hippocratiques où il est parlé du cathéter et du cathétérisme comme nous en parlerions nous-mêmes, c'est-à-dire comme de choses depuis longtemps vulgaires et d'usage très-ancien. Or, puisque l'un des principaux objets du cathétérisme était de reconnaître si une pierre existait dans la vessie, le savant éditeur de la collection hippocratique en conclut nécessairement, et avec toute raison, que l'opération de la taille était depuis longtemps pratiquée au temps d'Hippocrate, bien

bitants de notre territoire actuel correspondent aux 36 469 856 qui occupaient ce même territoire en 1866 (1), si notre population avait continué à s'accroître annuellement de 36 sur 10 000 comme en cette année 1866, elle s'élèverait actuellement à 37 257 604 habitants. Au lieu d'avoir diminué de 366 935 personnes depuis 1866, elle aurait augmenté de 787 738, nombres qui additionnés donnent 1 154 673 comme expression numérique de la restriction apportée au développement de notre population durant les six années de la période 1867-1872.

Sur les 366 936 personnes dont a diminué notre population depuis 1866, près des deux tiers, 235 830, appartiennent au sexe masculin, un peu plus d'un tiers seulement, 131 105, appartenant au sexe féminin. Cette diminution plus considérable du sexe masculin que du sexe féminin a pour résultat d'accroître davantage encore l'inégalité existant entre les deux sexes. Tandis que sur 10 000 habitants en 1866 on en comptait 4995 du sexe masculin pour 5005 du sexe féminin, actuellement pour 4981 du sexe masculin on en compte 5019 du sexe féminin, qui présente donc un excédant de 38 sur 10 000.

Si dans la comparaison des personnes des deux sexes en 1866 et 1872, ainsi que l'a très-justement indiqué M. Ély (2), on tient compte de l'excédant du sexe féminin sur le sexe masculin à cette première époque, et qu'on déduise cet excédant, soit 38 906 de 141 969 exprimant l'excédant du sexe féminin sur le sexe masculin en 1872, on est amené à attribuer à la guerre, qui tue moins par le fer et le feu que par la misère et les maladies qu'elle détermine, une diminution d'au moins 103 063 hommes. Quand on se rappelle que la guerre de Crimée, à laquelle la France envoya 309 268 hommes, coûta la vie à près d'un tiers d'entre eux, à 95 615 hommes d'après les belles recherches statistiques de M. Chenu (3), et lorsqu'on songe au nombre considérable de Français ayant pris part à notre dernière guerre, suivie pour beaucoup de nos infortunés soldats d'une longue et misérable captivité, loin d'être exagéré, ce nombre de 103 063 hommes semble être bien inférieur au nombre vraisemblable des soldats décédés, mais surtout doit être de beaucoup inférieur à celui des décédés des deux sexes victimes de la guerre. En effet, lorsqu'on tient compte que notre population présente actuellement 1 154 673 individus de moins qu'elle n'aurait dû en présenter si elle avait continué à s'accroître de 36 sur 10 000 habitants, comme en 1866; quand on remarque que cet énorme déficit de population ne dût pas se produire durant les années 1867, 1868, 1869, qui précédèrent cette guerre; lorsqu'on observe qu'en France, contrairement à ce qui eut lieu en Crimée, où des militaires seuls furent envoyés, nombre de femmes et d'enfants des deux sexes, durant notre dernière guerre, principalement dans les villes assiégées, succombèrent à la famine, au froid, aux épidémies; et quand on se rappelle qu'en particulier à Paris, à la fin du siége, au commencement de 1871, la mortalité hebdomadaire, aussi bien féminine que masculine, s'éleva jusqu'à 4671 décès du 28 janvier au 3 février, pour une population de 2 019 877 habitants, tandis qu'actuellement, en 1873, elle ne s'élève qu'à 822 décès du 25 au 31 janvier pour 1 851 792 habitants (1), c'est-à-dire fut environ cinq fois supérieure à la mortalité actuelle; quoique cette mortalité obsidionale, présentée seulement par les habitants de quelques villes, ne portât que sur une portion limitée de la population; on est grandement autorisé à penser que de nombreuses victimes des deux sexes devraient être ajoutées aux 103 063 déduites de la différence existant entre les diminutions présentées par les personnes de l'un et l'autre sexe de 1866 à 1872 (2).

Soit en déterminant la mort de nombreux habitants, soit en faisant momentanément obstacle aux mariages et par suite aux naissances légitimes, la guerre semble avoir été, en partie du moins, la cause, heureusement passagère et exceptionnelle, de cette diminution de population. Toutefois, cette diminution paraît être favorisée par la tendance que continuent à présenter les habitants des campagnes à se porter vers certaines grandes villes, vers les départements industriels. Depuis le dernier recensement, malgré la diminution considérable de la population générale, les populations partielles des départements de la Seine, du Nord, du Pas-de-Calais, de la Loire, des Bouches-du-Rhône, en général celles de la plupart des villes de plus de 30 000 âmes, en particulier celles des villes de Paris, de Roubaix, de Saint-Étienne, de Marseille, de Reims, se sont notablement accrues. Outre le département de Seine-et-Oise,

(1) *Journal officiel*, 5 janvier 1873.

(2) *Gazette hebdomadaire de médecine*, 10 janvier 1873, p. 19.

(3) Rapport au conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux français de Turquie, pendant la campagne d'Orient 1854-6. Paris, 1865, p. 519.

(1) Bulletin hebdomadaire des décès de la ville de Paris.

(2) Dans des *Aperçus anthropologiques sur le dénombrement de* 1872, publiés tout récemment dans la *Revue d'anthropologie*, t. II, p. 91-99, 1873, M. Bertillon croit devoir évaluer la restriction apportée à notre population de 1866 à 1872, non pas seulement à 1 145 073, mais approximativement à 1 400 000. Arrivant par déduction à constater « une perte totale de 317 000 hommes adultes de plus que celle accusée par les femmes, » ce statisticien démographe ne croit pas pouvoir l'attribuer entièrement à la guerre étrangère suivie de la guerre civile, guerres qui, selon les documents semi-officiels, auraient coûté à notre population 92 000 + 1700 = 109 000 hommes. Aussi est-il amené à regarder cet excédant de perte du sexe masculin comme partiellement attribuable à « l'émigration de mauvais citoyens fuyant la patrie malheureuse ». Quel qu'ait pu être le motif de cette émigration, M. Fuster (de Montpellier) la signalait, il y a quelques semaines, au Congrès scientifique de Pau (avril 1873), comme ayant pris des proportions considérables dans nos départements Pyrénéens. Ainsi que le faisait remarquer M. de Ranco, à une des dernières séances de la société d'anthropologie, cette émigration peut rendre compte, en effet, d'une notable diminution de population. Toutefois il est bon d'observer que les nations qui, comme l'Angleterre, présentent une émigration continuelle, offrent néanmoins, souvent aussi une augmentation considérable de population, la natalité s'accroissant alors proportionnellement au débouché fourni à cette population par l'émigration.

---

qu'elle ne soit décrite dans aucun ouvrage de cette époque et quoique le Serment défende de la faire.

Il nous reste, dans les auteurs anciens, trois descriptions plus ou moins détaillées de la lithotomie, en trois langues différentes, et ces descriptions nous donnent une connaissance tout à fait complète de la manière dont elle était exécutée à trois époques assez éloignées l'une de l'autre. L'une, en sanscrit, se trouve dans le livre de Suçruta; l'autre, en latin, est dans l'ouvrage de Celse; la troisième, en grec, nous a été laissée par Paul d'Égine. Ce dernier auteur florissait vers le milieu du VIIe siècle de l'ère chrétienne; Celse écrivait dans les commencements du Ier siècle, vers les temps de l'empereur Tibère; quant à Suçruta, nous ne savons rien de lui ni de l'époque où il vécut. Son traité de médecine a été publié en sanscrit à Calcutta en 1835, et M. Francis Hessler l'a traduit en latin.

Sans vouloir aucunement discuter ici la question de savoir vers quelles dates de l'histoire générale a pu être composé ou rédigé le livre de médecine de Suçruta, chose impossible à faire utilement dans l'état actuel de la science, je crois qu'il est difficile de nier que cet ouvrage contienne un grand nombre de passages empreints d'un caractère d'archaïsme et de pratiques religieuses, le plus souvent exprimés en Çlokas ou distiques, tandis que d'autres portent les marques d'une rédaction plus moderne. L'illustre indianiste et docteur en médecine Wilson regardait comme probable qu'à une époque reculée il existait une école de médecine célèbre à Benarès (1) et croyait que l'ouvrage de Charaka était le plus ancien livre de médecine connu. M. Thomas Wise, de son côté, a accumulé de nombreux arguments appuyés de textes anciens pour démontrer l'antiquité du traité médical de Suçruta (2).

Quoi qu'il en soit, il reste hors de doute, même par le témoignage des écrivains grecs, non-seulement que l'expédition

(1) *It seems probable that Kasi or Benarès was at an early period celebrated school of medicine...* (*Vishnu purana*, p. 407, n° 11. London, 1840.)

(2) *Comment. on the Hindu system of medicine.* London, 1860, in-8. — *Review of the history of medicine*, by Th. Wise. London, 1867. 2 vol. in-8.

dont la population s'est élevée de 46 459 habitants, vraisemblablement par suite de la présence du gouvernement à Versailles; les départements de la Seine, du Nord, du Pas-de-Calais, de la Loire et des Bouches-du-Rhône ont vu leur population s'accroître, durant les six dernières années, de 69 144, de 55 723, de 11 381, de 12 210, de 7008 habitants. La population des villes de plus de 30 000 âmes, de 4 791 232 habitants en 1866, s'est élevée à 4 927 728 en 1872, soit de 136 496 habitants. Les villes de Paris, Roubaix, Saint-Étienne, Marseille, Reims, comptent 26 518, 10 896, 14 194, 12 733, 11 260 habitants de plus qu'en 1866 (1).

Les recherches comparatives de Villermé, de Rickman, de M. Stark et de maints autres statisticiens (2) ont montré dans quelles conditions d'infériorité se trouvent les populations urbaines par rapport aux populations rurales au point de vue de la mortalité générale et de la mortalité infantile en particulier, et conséquemment ont permis de reconnaître approximativement quel énorme préjudice l'immigration des ruraux dans les grandes villes porte à l'accroissement de la population.

D'ailleurs, pour montrer combien cette immigration de plus en plus générale vers les grands centres manufacturiers est anomale, au point de vue démographique, il suffit de faire remarquer que, quoique dans la population générale le sexe féminin prédomine sur le sexe masculin, ces départements manufacturiers présentent une notable prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin. Dans le département du Nord, on compte 735 621 du sexe masculin pour 712 143 du sexe féminin. Dans celui des Bouches-du-Rhône 285 230 du sexe masculin pour 269 681 du sexe féminin (3). Cette prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin dans ces centres urbains peut en partie rendre compte du relâchement des mœurs, du développement de la prostitution, fort préjudiciable à l'accroissement de la population ; car, ainsi que l'ont reconnu Serres, Parent-Duchatelet et M. Jeannel (4), les femmes de mauvaises mœurs ont peu d'enfants. D'ailleurs, par suite de la triste situation sociale des enfants illégitimes, leur mortalité est bien plus considérable, quelquefois double de celle des enfants légitimes. De 1861 à 1865 inclusivement, durant la première année d'existence, la mortalité des premiers fut à celle des seconds comme 32,2 est à 16,8 (1). D'après les recherches de M. Chenu (2), sur 100 garçons nés légitimement, de 0 à 20 ans accomplis, on compte 38 décès; sur 100 garçons nés illégitimement on compte 74 décès, près du double.

Après avoir constaté dans quelle fâcheuse situation démographique se trouve notre population, il importe de faire remarquer tout d'abord qu'à la suite de la guerre de Crimée notre population présenta ainsi passagèrement une diminution, bientôt suivie d'un accroissement d'ailleurs bien faible; tandis qu'en 1853 notre population avait atteint 36 225 000, elle descendit en 1854 à 35 910 496 pour dépasser de nouveau le premier nombre en 1858, deux ans après la guerre, époque à laquelle elle s'éleva à 36 236 322 (3). Cette guerre victorieuse de Crimée fut loin, il est vrai, de porter à notre population une atteinte aussi profonde que la guerre désastreuse de 1870. Mais les immenses levées que du 24 juin 1791 au 15 novembre 1813 M. Germain Sarut (4) a calculés s'élever à 4 556 000 hommes en vingt-deux ans et demi, ont certes été très-préjudiciables à la prospérité anthropologique de notre nation, néanmoins depuis lors notre population s'est notablement accrue. Quoique entre les deux recensements successifs de 1806 et 1821 il y ait une période pacifique de six années, de 1815 à 1821, durant laquelle la population dut en partie récupérer son accroissement normal; pendant ces quinze années la population, de 29 107 425 s'éleva à 30 461 875 habitants, c'est-à-dire s'accrut de 1 354 450 individus, soit annuellement de 90 296 (5). Durant les quinze années suivantes, de 1821 à 1836, en l'absence de grandes guerres, sinon d'expéditions, la population s'éleva à 33 540 910 (6), c'est-à-dire s'accrut de 3 079 035 habitants, soit annuellement de 205 269, accroissement plus de deux fois supérieur à celui de la période précédente. Les vides laissés par la guerre dans une population tendent donc à se combler plus ou moins promptement durant la paix. Quelque funeste qu'ait été pour notre nation la guerre de 1870, quelque considérable qu'ait été la diminution de population attribuable à cette cause exceptionnelle, on est en droit d'espérer que dans un nombre d'années indéterminé, mais vraisemblablement peu considérable, notre pays aura sinon réparé ses pertes, au moins recouvré le nombre d'habitants qui en 1866 peuplaient notre territoire actuel.

(1) *Journal officiel*, 5 janvier 1873.

(2) Villermé, *Sur la population de la Grande-Bretagne*, considérée principalement et comparativement dans les districts agricoles, dans les districts manufacturiers et dans les grandes villes, d'après un ouvrage rédigé par Rickman : *Annales d'hygiène et de méd. légale*, t. XII, 1834. — James Stark, *De la mortalité des villes et des campagnes* (*British association*, Exeter, 2 août 1869). — *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* t. XXXIV, 1870, extr. par Fonssagrives. — Gustave Lagneau, *Étude de stat. anthrop. sur la population parisienne* (*Ann. d'hyg.* t. XXXI, 1868). — G. Lagneau, *De l'influence des professions sur l'accroissement de la population* (*Gaz. heb. de méd.*, 15 nov. 1872).

(3) *Bulletin des lois*, n° 114, p. 558 et 537, 31 décembre 1872.

(4) Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, t. I, p. 230, 1836. — Jeannel *De la prostitution publique*, p. 174, 2e édit., 1863.

(1) *Stat. de France*, t. XVIII, p. LXV.

(2) *Recrutement de l'armée et population de la France*, p. 56, 1867.

(3) *Stat. de France*, t. X, p. XI. (Ces nombres représentant la population en 1853, 1854 et 1858, sont loin d'avoir une valeur absolue, car ils sont calculés, mais non pas constatés par dénombrements).

(4) *Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, t. XVIII, p. 68, 1867.

(5) *Stat. de France*, t. III, p. 212.

(6) *Stat. de France*, t. XVIII, p. XI.

d'Alexandre le Grand n'a point introduit l'étude et la pratique de la médecine dans l'Inde, mais qu'au contraire cette contrée était déjà depuis longtemps en possession d'une science médicale dogmatisée et fondée sur l'observation et sur l'expérience lorsque les Grecs envahirent les Indes. C'est ce qui ressort avec toute évidence de plusieurs passages des fragments qui nous restent de l'historien Mégasthène et surtout des suivants: Εἰσὶ δὲ παρ' Ἰνδοῖς καὶ ἐπὶ τοὺς ξένους ἄρχοντες τεταγμένοι καὶ φροντίζοντες ὅπως μηδεὶς ξένος ἀδικῆται ; τοῖς δ'ἀῤῥωστοῦσι τῶν ξένων ἰατροὺς εἰσάγουσι καὶ τὴν ἄλλην ἐπιμέλειαν ποιοῦνται, καὶ τελευτήσαντας θάπτουσιν, ἔτι δὲ τὰ καταλειφθέντα χρήματα τοῖς προσήκουσιν ἀποδιδόασιν...... Περὶ μὲν οὖν τῆς Ἰνδικῆς καὶ τῶν κατ' αὐτὴν ἀρχαιολογουμένων ἀρκεσθησόμεθα τοῖς ῥηθεῖσι. (Mégasthène, *Frag. epit. Indic.*, 41 et 42, édit. F. Didot.)

« Il y a aussi chez les Indiens des magistrats préposés aux étrangers et s'étudiant à ce qu'aucun d'eux ne souffre une injustice. Si quelqu'un de ces derniers tombe malade, ces magistrats font venir des médecins et pourvoient à tous ses besoins. S'il vient à mourir, ils se chargent des funérailles et rendent à sa famille tous les biens qu'il laisse... Mais contentons-nous de ce qui vient d'être dit sur l'Inde et sur ses antiquités. » Il est clair, par ces dernières paroles, que Mégasthène parle de cette institution des médecins indiens comme d'une chose très-ancienne.

Dans un autre passage, le même historien affirme que, après les Gramanas (Σαρμάναι), ce sont les médecins qui sont le plus honorés : Μετὰ δὲ τοὺς Ὑλοβίους δευτερεύειν κατὰ τιμὴν τοὺς ἰατρικοὺς (1). Néarque dit que Alexandre avait près de lui les plus habiles des médecins indiens : καὶ ἐπὶ τῷδε Νέαρχος λέγει συλλελεγμένους ἀμφ' αὐτὸν εἶχεν Ἀλέξανδρος Ἰνδῶν ὅσοι ἰατρικὴν σοφώτατοι (2). Strabon affirme, d'après d'autres auteurs, que les anciens Indiens ne s'appliquaient à aucune autre science qu'à la médecine : μὴ ἀκριβοῦν δὲ τὰς ἐπιστήμας πλὴν ἰατρικῆς (3).

(1) *Ibid.*, l. III, 40.

(2) Arrien, *Indica*, c. XV.

(3) L. XV, c. I, 34.

Mais, en dehors de l'influence restrictive de la guerre sur la population, on a vu précédemment que depuis longtemps notre population se trouve dans des conditions démographiques très-inférieures à celles de la plupart des nations d'Europe, sa natalité et par suite son accroissement annuel étant extrêmement minimes.

Cette minime natalité, inférieure à celle de toutes les autres nations européennes, ne tient évidemment pas à une infécondité réelle propre aux peuples ayant concouru à la formation de notre nation, ni à une détérioration de notre population.

Trois principales races humaines ont concouru à l'ethnogénie de la population de la France, les Aquitains-Ligures, de race ibérienne, les Celtes, de race celtique, les Belges, Franks, Burgundes, Normands, de race germanique septentrionale. Or, les autres populations issues de ces trois races présentent toutes une natalité et un accroissement annuel plus considérables que la population de la France. Tandis que sur 10 000 habitants la France présente une natalité de 266 et un accroissement annuel de 38, avec une période de doublement de 183 années, l'Espagne, en grande partie peuplée par la race ibérienne, présente une natalité de 384, un accroissement annuel de 67, avec une période de doublement de 104 années; l'Écosse, en partie peuplée par la race celtique, présente une natalité de354, un accroissement annuel de 131, avec une période de doublement de 53 ans; enfin la Saxe, peuplée principalement par la race germanique septentrionale, présente une natalité de 401, un accroissement annuel de 105, avec une période de doublement de 66 années (1).

La faible natalité de la population française n'est donc nullement attribuable à notre ethnogénie, nullement propre aux races ayant anciennement pris part à la formation de notre nation. Elle n'est pas davantage imputable à la détérioration de notre population, car Boudin et M. Broca (2), se servant de documents statistiques relatifs au recrutement de l'armée, ont montré que la taille moyenne des jeunes gens augmentait; que la proportion des exemptés du service militaire pour défaut de taille diminuait; enfin, d'une manière plus générale, que la proportion des jeunes hommes inaptes au service devenait moins considérable et était de beaucoup inférieure à celle observée dans d'autres pays : sur 1000 jeunes hommes examinés la France en présentant 682 aptes au service, tandis que la Prusse n'en compterait que 283 (3).

(1) *Stat. de France*, t. XVIII, p. CX.

(2) Boudin, *De l'accroissement de la taille et des conditions d'aptitude militaire en France; Mém. de la Soc. d'anthrop.*, t. II, p. 221-259; et *Études ethnologiques sur la taille et le poids de l'homme*, extr. du *Recueil de mém. de méd. chirs et pharm. milit.*, 1863. — Broca, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXII, 26 mar. 1867.

(3) Boudin, *loc. cit.*, p. 258 (il faut toutefois remarquer que les proportions des jeunes gens aptes au service militaire ne sont pas toujours parfaitement comparables, les conditions d'aptitude différant selon les États, voire même suivant les exigences des circonstances).

Si donc notre population ne s'accroît pas autant que les autres populations européennes, au moins elle est loin de dégénérer, et l'on ne peut nullement attribuer à un affaiblissement, à une dégénérescence sa faible natalité.

Cette natalité restreinte, ne tenant ni aux conditions ethniques, ni aux conditions physiologiques de notre population, n'est pas davantage attribuable aux conditions du climat. Si, au nord, la Scandinavie, que Jornandès, au VIe siècle, désignait comme l'officine des peuples, la matrice des nations, « *Scanzia... quasi officina gentium aut certe velut vagina nationum* (*De Get.*, c. IV), présente encore actuellement pour la Suède une natalité de 330, un accroissement annuel de 133 sur 10 000 habitants, avec une période de doublement de 52 ans 1/2, et pour la Norvége une natalité de 317, un accroissement annuel de 132, avec une période de doublement de 53 ans, plus de trois fois plus rapide que celle de la France en 1866. Pareillement, dans des régions plus méridionales que notre pays, non-seulement l'Italie présente une natalité de 384, un accroissement annuel de 83 sur 10 000 habitants, avec une période de doublement de 84 années, plus de deux fois plus courte que celle de la France; mais, suivant MM. Ramon de la Sagra et Bertillon (1), Cuba présente une natalité de 410 sur 10 000 habitants (2).

La natalité minime de la France ne paraît pas tenir davantage à l'habitat, au séjour urbain se substituant de plus en plus à l'habitat rural. L'habitat dans les grandes villes d'Angleterre et d'Écosse n'empêche pas que la natalité générale ne soit beaucoup plus considérable dans ces deux pays que dans le nôtre. D'ailleurs, la concentration des populations rurales dans les villes, malheureusement pour la prospérité anthropologique de nos nations, est certes très-préjudiciable à l'accroissement physiologique de la population générale, mais elle restreint cet accroissement moins par une diminution de natalité que par une augmentation considérable de mortalité. Parfois même dans les villes la natalité paraît être plus grande que dans les campagnes; mais cela tient à la proportion généralement plus considérable des adultes en âge de procréer dans les villes que dans les campagnes. En comparant les naissances, non pas aux habitants de tous âges, mais seulement aux adultes en âge de procréer, on voit alors que les agglomérations urbaines, ainsi que je l'ai reconnu pour le département de la Seine (3) sont loin de présenter une natalité plus considérable que celle des campagnes; seulement, tandis

(1) Ramon de la Sagra, *Histoire physique et naturelle de l'île de Cuba*, t. I, p. 266, traduct. de Berthelot, 1842. — Bertillon, art. ACCLIMATEMENT, p. 288, in *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*

(2) Aussi, d'une manière générale, je ne puis partager l'opinion de M. le docteur S. Fleury qui admet que « la vertu prolifique de la race humaine dans les pays chauds ne suffit pas à la conservation de l'espèce ». *Gaz. des hôp.*, 1er avril 1871.

(3) G. Lagneau, *Étude de statistique anthropologique sur la population parisienne* (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, t. XXXI, 1868, p. 13 du tirage à part).

Voilà, ce me semble, des autorités irrécusables qui attestent l'antiquité de la médecine dans l'Inde, et je n'ai pas épuisé la liste de ces témoignages. Je me contente d'ajouter qu'il est fait assez souvent mention des médecins dans le recueil des lois de Manou, et qu'ils y sont désignés comme des hommes familiers et jouant dans la société brahmanique un rôle populaire et non sans importance (1).

René BRIAU.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Manava Dharma Sastra.* (Lois de Manou, traduites du sanscrit par A. Loiseleur Deslongchamps) : Lib. III, 152; *id.*, 180; lib. IV, 179; *id.*, 212; *id.*, 220; lib. IX, 284; *id.*, 293; lib. X, 47; *ib.*, 87.

EAUX MINÉRALES. — M. le docteur E. Caulet vient d'être nommé médecin inspecteur adjoint des Eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

NÉCROLOGIE. — Nous recevons la note suivante que nous nous empressons d'insérer :

« La famille de M. le docteur Louvet a l'honneur de faire part au Corps médical de la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. Auguste-Emmanuel Louvet, médecin adjoint à l'hôpital civil d'Alger, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'école de médecine de Paris, membre de la Société médicale d'Alger, décédé à Alger le 14 mai 1873, à l'âge de trente-quatre ans. »

Les obsèques ont eu lieu à Albert (Somme), aujourd'hui 23 mai.

HÔPITAUX DE PARIS. — M. Hardy, docteur en médecine, est nommé préparateur de chimie au laboratoire de l'Hôtel-Dieu (emploi nouveau).

EAUX DE VERSAILLES. — Dans le numéro du 16 mai, le JOURNAL OFFICIEL contient une réponse de M. Decaisne à la lettre du maire, M. Rameau, que nous avons annoncée dans notre dernier numéro.

CONCOURS. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hospices doit avoir lieu à Caen, le 14 juillet prochain.

que la natalité légitime y est moindre, la natalité illégitime, qu'on a vu précédemment être suivie d'une mortalité deux fois plus grande, y est beaucoup plus considérable. De 1853 à 1860, sur 1000 naissances, il y eut 266 naissances illégitimes dans le département de la Seine, tandis qu'il n'y en eut que 41 dans les campagnes (1), six fois moins.

Quoique la natalité générale dans les grandes villes diffère peu de celle des campagnes, par suite de la plus grande mortalité dans les premières que dans les secondes, l'accroissement physiologique de la population y est bien moins considérable. En effet, de 1861 à 1865, tandis que pour donner 100 naissances correspondant à 83 décès il fallait 3880 ruraux (2), présentant donc un accroissement annuel de plus de 16 individus, soit de 43 pour 10 000; pour 100 naissances correspondant à 92 décès il fallait 3570 urbains ne présentant qu'un accroissement annuel de plus de 7, soit de 20 pour 10 000, c'est-à-dire moindre de plus de moitié.

Pour combattre, pour ralentir autant que possible la concentration des ruraux vers les grandes villes, où les attirent une centralisation administrative considérable, des travaux et des dépenses exagérées ayant pour conséquence l'élévation des salaires, enfin des plaisirs nombreux et faciles, il importe de multiplier toutes les lois, toutes les mesures pouvant développer en province, dans les campagnes, la vie civique et intellectuelle, répartir plus également les impôts, subsides, dépenses, et généraliser l'instruction.

Le service militaire de longue durée, ainsi que MM. Léonce de Lavergne, Keller et maints autres économistes, statisticiens et médecins (3) ont cherché à le montrer, porte gravement atteinte à la natalité et à l'accroissement de la population. Il fait d'autant plus obstacle au mariage et par suite à la natalité légitime, qu'il éloigne pendant un plus grand nombre d'années les jeunes hommes de leurs foyers, où ils auraient pu se marier promptement. Il les soumet au casernement, dont les mauvaises conditions hygiéniques résultant de l'encombrement humain, presque inévitable, se manifestent par un accroissement de mortalité. Il les habitue au célibat, qui n'a que trop souvent pour conséquence la natalité illégitime, regrettable au double point de vue de la moralité féminine et de la mortalité infantile. Enfin, il les accoutume au séjour des grandes villes, où ils restent souvent au sortir du service, au lieu de retourner dans les campagnes, à leur grand préjudice, puisque la mortalité urbaine est beaucoup plus considérable que la mortalité rurale. Pour réduire au minimum l'influence restrictive du service militaire sur la natalité et sur l'accroissement de la population, il importerait que la durée du service obligatoire pour tous, dans des camps d'instruction, non dans des casernes urbaines, fût limitée au temps strictement nécessaire pour acquérir et entretenir l'instruction militaire, facilement et équitablement constatable par des inspections ou examens trimestriels, à la suite desquels les hommes reconnus militairement instruits seraient renvoyés dans leurs foyers avec pleine liberté de se marier.

Les lois qui en France président aux héritages ont souvent été regardées comme ayant indirectement une influence restrictive sur la natalité de la population. En Angleterre, et dans d'autres pays, dont l'accroissement de la population est considérable, le droit d'aînesse ou le droit du père de tester en faveur de tel ou tel de ses enfants au détriment des autres, en lui permettant de ne pas diviser la fortune, a paru rendre compte d'une natalité nombreuse; tandis que dans notre pays la natalité se trouverait enrayée par l'obligation de partager la fortune paternelle entre tous les enfants. L'étude comparative faite par M. A. Chevallier et par moi de la natalité et de la matrimonialité de la population de Paris, aux trois périodes de 1670 à 1675, de 1764 à 1775, de 1864 à 1869, distantes d'un siècle les unes des autres, en montrant que le rapport des naissances aux mariages est de $\frac{4927}{1000}$, ou de près de 5 à 1, vers la fin du XVIIe siècle, descend à $\frac{4046}{1000}$, ou de plus de 4 à 1, vers la fin du XVIIIe, et n'est plus actuellement que de $\frac{3102}{1000}$, ou de plus de 3 à 1 (1), permet de reconnaître que cette diminution progressive des naissances n'est guère attribuable au changement de la législation relative aux héritages. En effet, ce droit d'aînesse n'a été aboli que par les lois du 15 mars 1790 et du 8 avril 1791, et la comparaison des naissances aux deux périodes antérieures du XVIIe et du XVIIIe siècle, fait voir qu'avant l'abolition de ce droit ces naissances avaient déjà diminué de près d'un cinquième en un siècle, de même que depuis elles ont continué à diminuer.

Si actuellement l'obligation de partager la fortune entre les enfants restreint la natalité, non de toute la population, — car une grande partie vit au jour le jour du salaire quotidien, se préoccupant peu de l'avenir, — mais de la partie de la population, de plus en plus considérable, arrivée à avoir une fortune grande ou minime; anciennement le droit d'aînesse avait le grave inconvénient de favoriser le développement du célibat religieux, surtout monastique, considéré alors comme le partage de bien des cadets de famille, de bien des filles, qui auraient pu se marier si la fortune paternelle n'avait pas été réservée particulièrement pour l'aîné. Or, ce célibat religieux, à en juger par le nombre énorme de couvents, de congrégations, dut avoir jadis sur l'accroissement de la population un rôle restrictif bien plus considérable que de nos jours, où cependant on doit encore lui reconnaître une certaine importance puisqu'en 1861 la France comptait 43 557 prêtres catholiques, 17 776 religieux et 90 343 religieuses, soit 151 676 adultes voués au célibat (2), et que ce nombre de célibataires religieux peut être regardé comme amenant annuellement un déficit de 5417 naissances, lorsqu'on tient compte du rapport de 1 naissance pour 28 adultes, résultant du rapprochement des 949 962 naissances moyennes annuelles de 1853 à 1860 des 27 207 751 Français de plus de 15 ans en 1861 (3).

En France, l'usage de donner aux enfants, particulièrement aux filles, une dot, sorte d'avance d'hoirie, doit avoir sur la natalité une influence restrictive fort analogue à celle de l'usage de partager l'héritage, quoique la dot soit facultative, ne relève que de la coutume, non de la loi.

Les économistes, aussi bien que les zoologistes, s'accordent généralement à reconnaître qu'humains et animaux croissent et se multiplient proportionnellement aux subsistances dont ils disposent. Ce principe est généralement vrai; aussi les années d'abondance ont-elles souvent pour conséquence une natalité plus ou moins considérable. Toutefois, lorsqu'on voit la France, présentant une richesse agricole, commerciale et industrielle qui n'est surpassée que par celle de l'Angleterre, et qui lui permet de pourvoir largement à ses subsistances, offrir une natalité inférieure à celle de toutes les nations d'Europe, on est forcément obligé de chercher ailleurs que dans l'insuffisance des subsistances la cause de cette faible natalité.

« La population qui, selon M. Thiers, avance très-vite et très-considérablement chez les nations jeunes, croît beaucoup moins vite chez les nations arrivées à l'âge de la virilité, de maturité, chez les nations plus avancées en civilisation (4). » Toutefois il suffit de comparer avec la France, l'Angleterre, nation arrivée au même degré de maturité, de virilité et de civilisation, pour être convaincu que le grand développement de l'industrie et du commerce, et que l'avancement considérable de la civilisation ne suffisent pas pour expliquer cette faible natalité, et, par suite, notre faible accroissement de

(1) *Stat. de France*, 2e sér., t. XI, p. XXV.
(2) *Idem.*, 2e sér., t. XVIII, p. XL.
(3) De Lavergne et Keller, Assemblée nationale, séance du 10 juin 1872. — Gueneau de Mussy, *Considérations sur la médecine sociale*. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév. 1871. — Morache, *Gaz. heb. de méd.*, 19 avril 1867, etc., etc.

(1) J. B. A. Chevallier et G. Lagneau, *Remarques sur le mouvement de la population de Paris* (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1873).
(2) *Stat. de France*, 2e série, t. XIII, p. LXXV et CX.
(3) *Stat. de France*, 2e série, t. XI, p. XXIII, et t. XIII, p. LIV, et tabl. 16, p. 100 et suiv.
(4) Assemblée nationale, 10 juin 1872.

population. En effet, de ces deux nations, présentant la même mortalité de 228 décès sur 10 000 habitants, la France ne compte que 266 naissances, conséquemment ne s'accroît annuellement que de 38 habitants sur 10 000, et ne double sa population qu'en 183 ans; tandis que l'Angleterre compte 354 naissances, s'accroît annuellement de 126 habitants sur 10 000, et double sa population en 55 ans (1), accroissement trois fois plus rapide.

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Hygiène publique. — M. *Constantin* adresse la description d'un nouveau procédé de vernissage des poteries communes, considéré au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publique. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département de la Corse. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Le tableau des vaccinations qui ont été pratiquées dans le département de la Haute-Marne pendant l'année 1872. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note complémentaire de M. *Decaisne* relative au mémoire présenté dans la séance du 29 avril sur les eaux publiques de Versailles. — *b*. Une lettre de candidature de M. *Bucquoy* pour la section de pathologie médicale. — *c*. Une note de M. le docteur *Méhu* sur la préparation du coton iodé. — *d*. Une lettre de M. *Abeille* relative à un travail qu'il avait lu précédemment sur l'opération de l'empyème.

M. *Giraldès* dépose sur le bureau un volume de M. *Robert Adams* sur le rhumatisme goutteux.

M. *Woillez* présente une brochure de M. *Ch. Desmaze*, intitulée : Les aliénés ; étude sur la loi du 20 juin 1838 ; le projet Gambetta et le drame d'Evere.

M. *Verneuil* présente, de la part de M. le docteur *Magitot*, un mémoire sur les kystes de la mâchoire.

M. *Jules Lefort* offre en son nom à l'Académie son Traité de chimie hydrologique, comprenant des notions générales d'hydrologie et l'analyse chimique des eaux douces et des eaux minérales.

M. *Wurtz* dépose sur le bureau le Traité d'anatomie pathologique de M. *Ed. Rindfleisch*, traduit de l'allemand par M. le docteur *Frédéric Gross*.

M. *Pidoux* donne lecture d'un court rapport sur un nouveau mode d'administration des poudres médicamenteuses. Le procédé consiste à renfermer la substance dans une sorte de cachet formé de deux disques de pain azyme collés à la périphérie.

Discussion sur le typhus exanthématique. — Nos lecteurs se rappellent qu'il y a cinq ou six mois M. Chauffard fit à l'Académie une longue communication sur l'étiologie du typhus exanthématique.

M. *Briquet* prend aujourd'hui la parole. Il se propose surtout de démontrer l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, en se basant sur les symptômes, l'étiologie et l'anatomie pathologique.

Quels symptômes présentait le typhus de 1814? De la céphalalgie, des épistaxis, du coma, du délire, des phlegmons, de la diarrhée, des éruptions lenticulaires ou pétéchiales, etc.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, Louis en 1828, Gaultier de Claubry en 1835, ont démontré que dans ces deux affections les lésions siégeaient dans le tube intestinal et portaient spécialement sur les plaques de Peyer. L'épidémie de Crimée pendant la guerre d'Orient est venue confirmer ces données, et tous les médecins militaires ont été unanimes à reconnaître que le typhus et la fièvre typhoïde offraient les mêmes lésions.

Identité de symptômes et de lésions, par suite identité de nature, telle est la conclusion de la première partie du discours de M. Briquet, qui remet la suite de sa démonstration à la prochaine séance.

M. *Fauvel* rectifie les faits cités par M. Briquet, à propos de la guerre de Crimée. « Jamais, dit-il, les médecins militaires russes, anglais ou français, n'ont admis l'identité de ces deux maladies, et ils se fondaient, justement pour la nier, sur l'absence absolue et constante des lésions intestinales dans le typhus exanthématique. »

M. *Chauffard* s'associe aux paroles de M. Fauvel, et ajoute que pour établir l'identité des deux maladies, il ne faut pas considérer seulement les symptômes, mais la marche et l'évolution complète de ces maladies.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

MORT PAR LE CHLOROFORME. — DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

(Fin. — Voyez le numéro 20.)

M. *Trélat* est partisan de la méthode de de Graefe modifiée ; il ne pense pas que les opérations dans le genre de celle de de Graefe soient plus difficiles que l'opération de Daviel. Roux et M. Nélaton opéraient avec dextérité suivant la méthode de Daviel, cela est vrai ; mais on agit sur un œil libre de toute entrave, et la taille du lambeau a toujours paru très-difficile à M. Trélat. Au point de vue des difficultés opératoires, les plateaux de la balance sont égaux.

M. Trélat a fait 63 opérations de cataracte. Sur 8 opérés par la méthode de Daviel, 5 succès, 2 insuccès, 1 cas douteux (le malade n'a pas été suivi). Dans la méthode de Daviel, l'œil est menacé d'une évacuation totale pendant l'opération et de suppuration totale après ; mais quand elle réussit bien, les résultats sont incomparablement supérieurs à ceux des autres procédés. Depuis 1867, M. Trélat fait une opération qui se rapproche de celle de Graefe. Il fit d'abord une incision très-périphérique et eut pour résultat l'issue du corps vitré et des hémorrhagies dans la chambre antérieure ; puis il a corrigé l'incision, suivant la marche qui a guidé MM. Perrin, Panas, Duplay, etc.; l'incision fut rapprochée du centre de la cornée.

Mais quels caractères doit présenter l'incision de la cornée pour donner des résultats satisfaisants ? La meilleure incision pour la guérison de la plaie, c'est celle qui appartient à un grand cercle, n'importe où (Giraud-Teulon); c'est cette incision qui donnera les moindres chances de phlegmon de l'œil et d'ulcération des lèvres de la plaie cornéenne. L'incision de Daviel ne répond point à cela. Faire une incision médiane transversale, c'est très-audacieux ; un seul chirurgien a conseillé cette pratique, qu'il faut éviter à cause des traces de la cicatrice et des synéchies centrales. Divers auteurs cherchent la meilleure place près de la partie médiane : MM. Notta et Giraud-Teulon ; mais il y a bien plus de chances de synéchies que dans les procédés de de Graefe et de Daviel. Au point de vue des synéchies, il vaudrait mieux prendre l'incision de de Graefe ou celle de Daviel.

Quelle est l'incision qui rend plus facile la sortie du cristallin ! L'incision primitive de de Graefe était trop courte; on a cherché à agrandir l'incision, à l'allonger, en éloignant ses deux points extrêmes. Jusqu'où faut-il se rapprocher du centre de la cornée, en évitant autant que possible les synéchies et la cicatrice centrale ? Il faut se rapprocher le plus possible d'un grand cercle et le plus près possible du plan de l'iris. Faire la ponction et la contre-ponction de la sclérotique à 1 millimètre en dehors de la limite cornéenne, sur une ligne horizontale passant à 2 millimètres au-dessous du bord supérieur de la cornée; sortie de l'instrument au niveau du bord supérieur de la cornée. Cette incision donne satisfaction aux deux données.

Si l'on a fait choix de cette forme d'incision, faut-il continuer à faire l'iridectomie ? Oui; sans iridectomie, il n'y a que des opérations chanceuses, à moins de revenir au procédé de Daviel. M. Trélat n'est pas de l'avis de M. Giraud-Teulon, qui dit : « Si l'iris fait hernie, iridectomie; si non, non ; l'iridectomie doit être conservée pour tous les cas : c'est le véritable moyen de faire une kystotomie suffisante. Il est incontestable que l'iridectomie facilite la sortie du cristallin. Ainsi donc,

(1) *Stat. de France*, 2e série, t. XVIII, p. CX et CXV.

M. Trélat conseille la forme d'incision qu'il vient de décrire; l'iridectomie doit être conservée, et la kystotomie pratiquée largement. Si l'on veut abandonner les incisions sur le grand cercle, il n'y a qu'une chose à faire : revenir à l'opération de Daviel; car, dans cette dernière méthode, l'ouverture pupillaire est loin de l'incision, il n'y a pas de tendance à la hernie de l'iris; si on ne vide pas l'œil pendant l'opération et si la suppuration ne vient pas après, on obtiendra de magnifiques succès.

M. *Giraud-Teulon*. L'argumentation de M. Trélat a très-heureusement posé les limites entre lesquelles se trouve réellement circonscrit le débat, celles qui doivent comprendre la solution finale du problème :

« Trouver le lieu de l'incision qui réunira à la fois les conditions d'élection pour la coaptation cicatricielle immédiate ou par première intention (l'incision linéaire suivant le grand cercle méridien) et, d'autre part, la plus large porte de sortie pour la cataracte. » Tout est là, et tous les efforts auxquels nous assistons depuis dix ans s'agitent entre ces deux frontières de la question. M. Trélat croit rencontrer ces conditions parfaitement réunies au lieu où M. de Wecker place son incision, et qu'il vient de décrire et de dessiner sur le tableau :

« Ponction et *contre-ponction* de la sclérotique à *un* millimètre en dehors de la limite cornéenne, sur une ligne horizontale passant à *deux* millimètres au-dessous du bord supérieur de la cornée; *sortie* de l'instrument au niveau du bord supérieur de la cornée. »

C'est ici que M. Giraud-Teulon s'écarte de M. Trélat et de M. de Wecker; il considère pour son compte ce lieu de l'incision comme encore un peu désavantageux, sous le rapport de l'étendue de la porte de sortie. M. Trélat a paru admettre qu'en ce lieu l'ouverture offerte à l'issue de la cataracte était égale à celle que l'on rencontre avec une incision linéaire moins excentrique.

Si telle était sa manière de voir, elle serait erronée; sans doute la corde de l'incision, sa base comme étendue en ligne droite, est sensiblement peu différente de la position ci-dessus décrite à celle tracée, même dans le diamètre transversal, quoique pourtant évidemment supérieure en cette dernière situation; — mais ce qui diffère, c'est la longueur parcourue sur la cornée même: la hauteur de la voûte cornéale croît toujours depuis la périphérie jusqu'au centre de la surface de la cornée, où elle atteint son maximum. Aussi, en ce dernier point, pour une projection linéaire de peu supérieure en étendue, offre-t-elle une circonférence et par conséquent une surface de plaie notablement supérieure. Il y a donc, sans conteste, au point de vue de *l'étendue en surface* de la porte de sortie, avantage indiscutable et notable à se rapprocher le plus possible du diamètre transversal.

Mais cet avantage a une contre-partie, et c'est ici que M. Giraud-Teulon va s'expliquer sur un point qu'il a dû mal présenter dans son argumentation, puisque M. Trélat, qui a si parfaitement analysé tous les autres, l'a mal compris en ceci.

En descendant l'incision vers le centre, en s'éloignant de la périphérie, on perd *malheureusement* du côté de la facilité et même des possibilités de pratiquer l'iridectomie.

Ce n'est point, effectivement, pour éviter, comme y a été poussé M. Notta, ce temps de l'opération que M. Giraud-Teulon cherche à se rapprocher du centre de la cornée. Dans son sentiment, l'iridectomie serait plutôt *toujours* un bienfait qu'un inconvénient. Et ce qu'il trouve de regrettable dans le procédé qu'il défend ici provisoirement (et qu'il soit bien entendu comme étude, comme recherche, comme poursuite d'un desidératum), c'est que, dans la plupart des cas, on n'y peut point faire *l'iridectomie*.

M. Trélat reproche, avec raison, au procédé, que ce temps de l'opération y joue ainsi le rôle « d'*alea* », et il ne saurait admettre un plan opératoire avec cet aléa comme élément prévu. Cette proposition est absolument chirurgicale et magistrale; et cependant on peut, au point de vue pratique, la débattre.

Oui, avec lui M. Giraud-Teulon admet ici l'iridectomie comme un bienfait, et il est aux regrets quand il ne la peut faire; mais il ajoute que, ne la faisant point, et par force dans ce procédé, car l'aléa y est plutôt négative que positive, il convient cependant de s'assurer si les inconvénients de cette iridectomie absente compensent les avantages offerts par une porte de sortie maximum, tout étant égal d'ailleurs.

Jusqu'à aujourd'hui il n'est pas convaincu : tout au contraire. Dans toutes ses observations, il a eu à constater de ces inconvénients : presque toujours l'iris a été primitivement ou consécutivement, et plutôt consécutivement, plus ou moins attaché en haut à la plaie intérieure, par adhérence, tractus ou pincement. Ces sujets sont donc, théoriquement, exposés à ce que l'on connaît des suites possibles des synéchies marginales antérieures. Et c'est là évidemment un des mauvais aspects de cette méthode opératoire. Mais jusqu'ici aucun de ces effets consécutifs ne s'est montré. Chez tous la vision est aussi parfaite qu'avec les autres procédés; et l'un de ces cas a déjà un an de date. Il attend donc l'exemple de ces mauvaises suites théoriques (lesquelles d'ailleurs n'ont d'existence démontrée encore que dans les cas de maladie des tuniques oculaires, et non pas aussi irrésistiblement dans les traumatismes sans phlegmasie); il attend donc des exemples de ces mauvaises suites. Si leur nombre arrive à compenser les mauvais effets des sorties laborieuses, il sera le premier à abandonner un procédé sans raison d'être, puisqu'il ne serait pas un progrès. Mais si au contraire ce procédé, d'exécution si facile, fournit autant de vues utiles conservées que les autres, la facilité de son exécution, la tranquillité d'esprit qui suit son emploi, conduiront sans doute M. Giraud-Teulon à continuer à le défendre. Jusqu'à nouvelle démonstration, il se cramponne à la facilité de l'évolution expultrice, le grand désidératum, la coaptation étant déjà garantie.

Société de biologie.

SÉANCE DES 10 ET 17 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

ACTION VASO-MOTRICE DU NERF LINGUAL ET DU NERF HYPOGLOSSE. — ACTION RÉFLEXE DES EXCITATIONS CUTANÉES SUR LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE. — ACTION DES NERFS SUR LA PIGMENTATION CUTANÉE : VULPIAN. — DE LA THROMBOSE CACHECTIQUE DES NOUVEAU-NÉS : PARROT. — ACTION VASO-MOTRICE DU NERF SPLANCHNIQUE : VULPIAN. — HÉMORRHAGIE DANS LA PROTUBÉRANCE AVEC POLYURIE, ALBUMINURIE ET GLYCOSURIE : LIOUVILLE.

Les deux dernières séances sont riches en documents importants; nous les résumons en réservant parmi eux quelques-uns des plus remarquables dont il sera question ailleurs, tels que les faits exposés par M. Vulpian, sur l'action des purgatifs (voy. au premier Paris) et sur les expériences d'Eckhard.

M. *Vulpian*, complétant ses recherches sur les nerfs de la langue, a déterminé l'influence vaso-motrice des nerfs lingual et grand hypoglosse. Lorsqu'on coupe le lingual, on observe, du côté correspondant de la langue, l'hypérémie, la rougeur, la dilatation vasculaire; le sang des veines présente la coloration du sang artériel. Lorsqu'on coupe le nerf hypoglosse, on observe des phénomènes analogues. La section produit donc des phénomènes de même ordre : il n'en est pas de même de l'électrisation des nerfs lingual et hypoglosse. En effet, si l'hypoglosse et le lingual ont été tous deux coupés, l'électrisation du bout périphérique de l'hypoglosse amène la pâleur de la langue, la diminution de l'hypérémie, tandis que l'électrisation du bout périphérique du lingual ne diminue pas l'hypérémie; bien plus, la rougeur, la congestion vasculaire, semblent exagérées. Enfin, si l'on coupe l'hypoglosse seul, l'hypérémie se produit, mais cesse dès qu'on électrise le bout périphérique de ce nerf; tandis que pour le nerf lingual, non-seulement la section produit l'hypérémie, mais l'électrisation du bout périphérique de ce nerf l'exagère.

Ces faits, qui se reproduisent avec une constance remarquable, permettent une conclusion précise, à savoir que le nerf hypo-

glosse et le nerf lingual possèdent tous deux des fibres vaso-motrices constrictives et dilatatrices : dans l'hypoglosse les fibres vaso-constrictives sont prédominantes; dans le lingual, au contraire, les fibres vaso-dilatatrices l'emportent en puissance et probablement en nombre sur les fibres vaso-constrictives.

— M. *Vulpian* semble avoir pris la détermination de faire l'étude complète de tous les phénomènes qui touchent à la corde du tympan, aux nerfs de la langue, et même aux nerfs qui président à la sécrétion des glandes sous-maxillaires.

Dans le but de vérifier les expériences d'Owsjannikow et Tschiziew, d'après lesquelles l'excitation d'un nerf sensible quelconque de la surface cutanée accélère la sécrétion salivaire, M. Vulpian a répété la même expérience sur un chien dont la corde du tympan avait été coupée; dans ce cas, l'excitation des nerfs sensitifs cutanés amène un écoulement de quelques gouttes de salive épaisse par le canal de Wharton. Dans ce fait l'excitation sécrétoire semble ne pouvoir être rapportée qu'à une action du grand sympathique, de sorte que dans les expériences d'Owsjannikow et Tschiziew, il y a action réflexe à la fois sur la corde du tympan et sur les fibres sympatiques.

— M. *Vulpian*, dans une troisième communication, appelle l'attention sur des faits observés chez la grenouille, qui, probablement, ne resteront pas longtemps sans applications. Il s'agit de l'action du système nerveux sur la coloration de la peau des grenouilles, en d'autres termes, la section des nerfs d'un membre est suivie d'une coloration sombre de la peau, l'excitation du nerf coupé fait, au contraire, pâlir la pigmentation de la peau; il y a donc une action directe du système nerveux sur les cellules pigmentaires de la peau des grenouilles.

Il serait peut-être prématuré de généraliser les conclusions de ces observations; cependant nous citerons comme sujet de réflexions un fait analogue, et une hypothèse. Comme fait, nous rappellerons qu'en 1865 (*Académie des sciences*, 24 juillet 1865 et *Gaz. hebd.*, page 490, 1865), Wagner a constaté l'influence de l'électricité sur la coloration et la disposition des pigments de l'aile des papillons; comme hypothèse nous citerons cette conclusion d'un mémoire de M. Parrot sur la nature de certains cas de masque et de quelques autres colorations anomales de la peau (*Gaz. hebd.*, 1869, page 446), à savoir que des considérations purement cliniques démontrent le lien qui rattache à la grande classe des névroses certaines colorations anomales du tégument externe.

— M. *Parrot* présente deux observations qui, s'ajoutant à celles qu'il a antérieurement publiées, prouvent que la thrombose est fréquente chez le nouveau-né, qu'elle est consécutive à des troubles graves de la nutrition, et s'accompagne de phénomènes cachectiques. Elle s'observe principalement dans le cerveau, les reins, le poumon; elle est caractérisée à l'œil nu par le ramollissement putrilagineux, dans les cas de marche rapide ou de transformation granulo-graisseuse dans les parenchymes, lorsque l'évolution en est plus lente. Il ne s'agit pas, dans ces cas, de dégénérescences dues à l'altération des parois vasculaires, mais de troubles de la nutrition, conséquence de l'état cachectique.

— Des trois communications faites par M. Vulpian dans la séance du 17 mai, nous réservons les deux plus importantes. La dernière a rapport à l'action du nerf grand splanchnique sur les reins. M. Vulpian a suivi sur des chiens curarisés l'action vaso-motrice du nerf splanchnique : si l'on coupe ce nerf à 3 centimètres au-dessus de la capsule surrénale gauche, on observe avec une netteté remarquable la coloration carminée, la congestion et même l'augmentation de volume du rein. L'urine devient albumineuse, il y a polyurie, mais pas de desquamation épithéliale des tubuli, non plus qu'hématurie rénale. Si l'on excite par les courants induits le bout périphérique du splanchnique, on voit succéder à la congestion la pâleur du rein, cet organe paraît exsangue, il présente une couleur chamois, la veine diminue de calibre, la sécrétion urinaire cesse. Ces deux expériences présentent dans leurs résultats une constance et une netteté qui les rendent éminemment propres à des démonstrations faciles à répéter dans un cours. Des observations de M. Claude Bernard il résulte que les phénomènes observés dans la section des nerfs splanchniques et des nerfs accompagnant l'artère ou la veine rénale sont variables suivant le point où est pratiqué la section, cette observation, d'ailleurs, ne contredit nullement les faits exposés par M. Vulpian.

—M. *Liouville* présente une pièce très-remarquable, qui est un exemple du lien qui unit la physiologie à la clinique. Il s'agit d'un fait clinique : un homme est apporté à l'hôpital, présentant comme symptômes la respiration stertoreuse, l'anesthésie avec la résolution des membres, il balbutie et bientôt meurt dans le collapsus; à l'entrée, M. Liouville constate la réplétion de la vessie, il sonde, et recueille l'urine, l'examen chimique dénote 6,25 de sucre de glycose, et 5 d'albumine, pour 1000 parties. M. Liouville diagnostique une hémorrhagie siégeant au voisinage du quatrième ventricule, parce qu'il y a polyurie, albuminurie et glycosurie. L'autopsie confirme le diagnostic; en effet, dans la protubérance au-dessous du quatrième ventricule, au-dessus des barbes du calamus, c'est-à-dire dans la région qui, en physiologie, doit être piquée pour produire la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, en ce point existe un foyer hémorrhagique situé du côté droit. Cette pièce est un exemple aussi précis que l'expérience la mieux réussie. M. Claude Bernard fait ressortir l'importance de cette consécration clinique d'un fait expérimental qui depuis longtemps est resté célèbre.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur quelques lésions microscopiques produites chez un fœtus par le forceps, par le docteur Jacquet.

M. le docteur Jacquet décrit dans son travail les lésions constatées dans la moelle d'un fœtus à la suite d'une application de forceps qui dura vingt-cinq minutes avec une force de traction estimée à 45 kilogrammes. Ces lésions sont analogues sinon identiques avec celles qu'on a signalées dans les cas de traumatisme des centres nerveux; mais la constatation de ces désordres consécutifs à l'application du forceps constitue un fait nouveau, car on ne trouve, dans la thèse du docteur Hayem sur les hémorrhagies intra-rachidiennes, ni dans celle de Chantreuil sur les applications de l'histologie à l'obstétrique, aucun fait qui se rapporte à ce sujet. Les lésions microscopiques trouvées dans plusieurs organes du fœtus par M. le docteur Jacquet paraissent résulter de l'exagération de la tension sanguine produite par le forceps sur la tête.

Elles consistaient : 1° en de petits épanchements sanguins diffus, mais rares, que le microscope révélait dans l'épaisseur de la choroïde;

2° En taches sanguines nombreuses à la face interne de l'arachnoïde spinale;

3° En extravasations de volume variable, mais peu considérable dans l'épaisseur de la moelle elle-même. Sur des coupes pratiquées perpendiculairement à l'axe de cet organe, ces hémorrhagies présentaient une forme arrondie et un aspect tacheté. Ces hématomes microscopiques, que M. Jacquet désigne sous le nom de *pseudo-miliaires* à cause de leur ressemblance avec les véritables anévrysmes miliaires, occupaient presque exclusivement la substance blanche de la moelle et avaient pour siége de prédilection la fin de la région dorsale et le commencement de la région lombaire. D'après l'auteur, il faudrait voir dans ce dernier fait une conséquence de l'antagonisme qu'établit le liquide céphalo-rachidien entre la circulation cérébrale et la circulation spinale. La forme arrondie de ces hématomes serait peut-être due aussi à la présence des

gaînes lymphatiques qui entourent les capillaires volumineux de l'axe cérébro-spinal (*Lyon médical*, n° 9, 27 avril 1873, p. 576 et suiv.).

BIBLIOGRAPHIE.

Étude sur la maladie de foin (rhino-bronchite spasmodique, *Hay fever*, *Hay asthma*, etc.), par le docteur A. Herbert, ancien interne des hôpitaux de Paris; in-8°, 91 pages, 1872. — Chez Leclerc. Paris.

Étude sur le catarrhe spasmodique d'été (dit catarrhe de foin rhino-bronchite spasmodique; *Hay fever*, fièvre de foin), par le docteur Louis Villemsens; thèse de doctorat. — Paris, 1872.

Autumnal catarrh (*Hay fever*), par le docteur Morrill Wyman; in-8°, 173 pages. — Chez Hurd et Houghton. New-York.

L'histoire de la fièvre de foin, du catarrhe d'été, du *Hay asthma*, est toute moderne, et les premiers documents qui s'y rapportent remontent à peine au commencement de ce siècle. Décrite pour la première fois en 1819 par Bostock sous le nom de *catarrhe d'été*, cette maladie a surtout été étudiée par les médecins anglais, et c'est à ce titre que le docteur Herbert était plus que tout autre autorisé à en présenter la description. Il s'est acquitté de ce soin avec autant de bonheur que de talent, et nous devons lui savoir gré d'avoir aussi puissamment contribué à vulgariser et à répandre en France la connaissance d'une affection qui était regardée par la plupart de nos compatriotes comme une singularité pathologique. Hâtons-nous de dire cependant que les Anglais n'ont pas eu seuls le privilége d'écrire sur ce sujet, et que déjà, en 1837, le docteur Cazenave (de Bordeaux) publiait la première observation de catarrhe de foin. Plus de vingt ans après, les docteurs Lafargue, Fleury et Longueville rapportaient de nouveaux cas, et dans ce même journal notre rédacteur en chef a publié une intéressante étude sur le catarrhe d'été : « Il est, dit-il, dans l'intérêt de la clinique de découper dans les grandes formes nosologiques complexes des groupes de symptômes connexes formant des parties distinctes dans le tout morbide, ayant une étiologie, une caractéristique et une thérapeutique spéciales. » Il ajoute que, dans le catarrhe d'été, il y a deux éléments à considérer : l'élément catarrhal et l'élément spasmodique qui, par leur réunion, constituent la caractéristique de cette maladie.

Ce nous semble un acte de justice de rendre ici hommage à un auteur aussi distingué que modeste, qui a tracé dans son ouvrage un tableau succinct, mais fidèle de cette maladie. Nous voulons parler du docteur Théry (de Langon), qui rapporte deux faits curieux et trop peu connus de l'asthme causé par l'odeur des foins (obs. de Laennec (CXI) et de Ducamp (XV), *Traité de l'asthme*, 1859, p. 233 et *passim*).

L'étude de l'asthme de foin paraît avoir reçu, dans ces derniers temps, une impulsion nouvelle, grâce aux récents articles du professeur Sée et du docteur Parrot, insérés dans les nouveaux dictionnaires, et aux leçons cliniques de notre savant maître M. le docteur Gueneau de Mussy, auxquelles nous aurons bientôt l'occasion de revenir. Tout récemment enfin, deux thèses nouvelles, l'une soutenue à Paris par le docteur Villemsens, et l'autre à Montpellier par le docteur Bouffier, venaient de nouveau appeler l'attention sur cet important sujet.

D'autre part, en Amérique, le docteur Morrill Wyman publiait, il y a quelques mois à peine, un traité complet sur l'*Autumnal catarrh* et sur le *Hay fever*, dont nous rapprocherons bientôt les conclusions de celles du travail du docteur Herbert, que nous avons pour but d'analyser ici.

Dans un premier chapitre, l'auteur passe en revue les différentes hypothèses émises sur la nature de cette singulière affection des muqueuses oculaire et respiratoire, revenant périodiquement tous les ans chez les mêmes individus vers les mois de mai ou de juin et que la plupart des malades attribuent aux émanations plus ou moins odorantes qui s'exhalent des prairies, surtout à l'époque de la fenaison.

« Sans parler, dit-il, de ceux qui regardent cette maladie comme une variété d'asthme, il est des auteurs, au premier rang desquels nous citerons Phœbus, qui croient à une maladie spéciale ayant pour ainsi dire une existence indépendante, dans laquelle l'odeur et les émanations de certaines plantes ne jouent qu'un rôle secondaire. Ils placent cette maladie à côté des fièvres intermittentes. Elle n'en différerait, selon eux, que par la longueur même des intervalles entre les accès qui se reproduisent périodiquement chaque année.

Le docteur Phœbus l'a comparée au *Relapsing fever* des Anglais. Le docteur Dechambre a émis sur cette maladie une opinion qui se rapproche beaucoup de celle du docteur Herbert : « Nous penchons à croire, a-t-il dit, que sa cause productrice est uniquement de l'ordre météorologique, et que si elle se manifeste parfois plus vite ou plus fortement à la suite d'excursions dans les champs, ce n'est pas parce qu'on respire l'odeur des foins ou des blés, mais parce qu'on a subi plus directement l'influence occulte de l'atmosphère. »

La singulière théorie proposée par le docteur Ferber (de Hambourg) mérite à peine une simple mention. Il rapporte la maladie de foin à un trouble circulatoire des viscères abdominaux et en particulier de ceux du bassin qui, en réagissant sur le nerf vague, produirait par action réflexe une dilatation des vaisseaux, des autres parties du corps et principalement de la peau et des muqueuses de la face, des yeux et du nez.

Le docteur Perrie confond sous le nom de *Hay fever* la maladie de foin proprement dite, et le coup de soleil ou de chaleur (*Sun-Stroke*). Après avoir mentionné ces opinions diverses sans tenir peut-être assez compte de la plus importante en même temps que de la plus répandue, c'est-à-dire de celle qui considère l'affection comme une simple modalité de l'asthme nerveux, le docteur Herbert résume la sienne de la façon suivante : « Nous croyons, dit-il, que, dans tous les cas de maladie de foin, il existe deux facteurs nécessaires à sa production : 1° une prédisposition particulière des membranes muqueuses oculo-respiratoires à être irritées par tel ou tel agent; 2° la présence de ces différents agents. Quand ces deux facteurs se rencontrent, tous les symptômes que nous allons décrire éclatent. »

Quant au retour périodique de cette maladie vers le mois de mai ou de juin, il l'attribue à certaines influences physiques extérieures telles que l'état de la végétation, les particules odoriférantes ou le pollen flottant dans l'air, la radiation solaire, etc.

Il invoque en outre l'action puissante, mais mystérieuse, des idiosyncrasies, des prédispositions individuelles. Cette prédisposition, fait-il judicieusement observer, peut rester latente, inaperçue pendant toute la vie si elle n'est réveillée par sa cause excitante spéciale.

Les symptômes du catarrhe d'été sont ceux d'une irritation plus ou moins vive suivie d'une abondante sécrétion des muqueuses ; aux yeux : picotements, démangeaisons, sécheresse, puis larmoiement ; au nez : mêmes sensations suivies d'un coryza intense ; du côté des voies respiratoires, sensation de constriction avec dyspnée, sécheresse de la gorge, toux, crachats; plus tard survient une attaque convulsive qui ressemble beaucoup à l'accès d'asthme ordinaire, avec lequel plusieurs auteurs l'ont confondu.

Tous ceux qui ont observé le *Hay fever* ont remarqué que la fièvre, lorsqu'elle existe, est en rapport avec l'intensité des lésions locales; c'est un point important, comme l'a fait observer le docteur Bergeron (*Des caractères généraux des affections catarrhales aiguës*, thèse d'agrégation, 1872, p. 19) et par lequel le *catarrhus æstivus* s'éloigne du cadre des affections catarrhales aiguës ; mais il s'y rattache d'abord parce que la

fièvre, quand elle existe, est rémittente, et surtout parce qu'il reste aux malades une prédisposition à être fréquemment atteints d'autres formes de catarrhe.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description détaillée qu'il trace ; notons seulement, avec lui, que la maladie fait pour ainsi dire deux étapes. Elle n'envahit la poitrine qu'après avoir affecté la muqueuse conjonctivo-nasale; plus tard elle atteint la muqueuse bronchique et donne lieu à des accidents nouveaux et d'une intensité plus grande : en premier lieu l'accès de dyspnée revêtant un caractère paroxystique et convulsif qui le rapproche jusqu'à un certain point du véritable accès d'asthme.

Pour le docteur Herbert, cet accès n'est pas l'asthme véritable, et il se fonde sur les caractères distinctifs suivants :

La quantité et les caractères des crachats sont très-variables dans la maladie de foin; quelquefois en petite quantité et sans caractère bien déterminé, ils sont d'autres fois plus abondants et offrent des caractères plus tranchés. Quelle que soit son abondance, l'expectoration ne juge pas l'attaque comme elle le fait dans le véritable accès d'asthme. Le docteur Herbert repousse l'analogie que le docteur Parrot a voulu établir (art. Asthme, *Dict. encyclop. des sciences médicales*) entre les phénomènes de la première période (catarrhe oculo-nasal) et les prodromes de l'asthme. « Dans les maladies de foin, dit-il, il y a une progression ou plutôt une propagation des phénomènes congestifs et irritatifs des muqueuses, qui souvent mettent plusieurs années à s'accomplir. Rien de semblable dans l'asthme. Dans leur marche, ils diffèrent : l'asthme survient souvent subitement après des prodromes peu intenses et en général dans la nuit. La suffocation de la fièvre de foin, au contraire, va toujours en augmentant, et ce caractère progressif paraît propre à la maladie.

Enfin sa crise n'est pas si nettement tranchée que celle de l'asthme. La maladie de foin n'offre donc, en résumé, ni un début si subit, ni une fin aussi tranchée, ni un intervalle aussi marqué.

Mais il est des cas fort complexes qui n'ont pas échappé à la judicieuse observation de notre excellent collègue, et ce sont ces faits mêmes qui ont sans doute induit en erreur la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Il y a, en effet, un certain nombre d'individus qui sont tout à la fois asthmatiques et susceptibles d'être affectés par les émanations du foin ou d'autres substances semblables. Il y a, dans ce cas, mélange de maladie de foin et d'asthme ou, pour parler plus exactement, la dyspnée propre à la maladie de foin est remplacée par l'accès d'asthme.

« Il n'y a rien dans la coïncidence de ces deux affections, dit l'auteur, qui doive étonner. Nous avons déjà dit que nous croyons que la susceptibilité des muqueuses qui occasionne cette maladie est de source arthritique, et l'on ne saurait aujourd'hui mettre en doute la connexion intime qui existe entre la goutte et l'asthme d'un côté et l'arthritis de l'autre. Il n'y aurait donc là que deux manifestations d'une même diathèse. »

Nous sommes loin de vouloir réfuter cette ingénieuse interprétation que nous avons entendu développer éloquemment par M. le docteur Gueneau de Mussy dans ses leçons cliniques (*Gaz. hebdom.*, 1872 ; *Gaz. des hôp.*, 1868) : « Je crois, dit-il, que la rhino-bronchique spasmodique peut être considérée comme une manifestation de l'arthritisme; et alors même que, contrairement à mon opinion, la diathèse goutteuse n'en serait pas la condition pathogénique essentielle, il faudrait admettre l'élément goutteux comme caractérisant une variété qui comprendrait le plus grand nombre de cas. » Quelques faits observés par nous pendant notre séjour aux États-Unis au mois de juin 1870 militent en faveur de cette dernière opinion, que nous aurions désiré voir plus nettement posée par le docteur Herbert.

La pathogénie de cette singulière affection est entourée d'une certaine obscurité, et nous reprocherons à l'auteur de n'avoir pas assez insisté sur ce point difficile. Le docteur Willemsens a vainement essayé de l'éclaircir, mais on doit lui savoir gré d'avoir groupé méthodiquement les quatre opinions principales qui divisent actuellement les auteurs. Pour les uns, en effet, le catarrhe d'été est d'origine arthritique (N. Gueneau de Mussy), pour les autres il est de nature parasitaire (Helmholtz). Cette seconde théorie, généralement admise en Allemagne, repose sur une expérience faite par Helmholtz sur lui-même. Il a vu au microscope des vibrions dans sa sécrétion nasale et s'est guéri par des injections au sulfate de quinine ; d'où il a conclu que la maladie était occasionnée par des parasites contenus dans le pollen des plantes.

La maladie, d'après une troisième opinion, serait de nature catarrhale (G. Bergeron). Pour d'autres enfin, elle serait spasmodique, et l'élément nerveux jouerait ici le rôle capital. Le catarrhe d'été ne serait autre qu'une variété d'asthme (Parrot, Sée, etc.). M. Villemsens le considère comme une névrose d'origine nervo-motrice. Les troubles de l'innervation surviennent, selon lui, à la suite des influences incriminées et consistent en phénomènes congestifs et sécrétoires ayant leur siége dans la muqueuse naso-bronchique et occasionnant la dyspnée caractéristique. Le mécanisme est simple : sous l'influence des causes exposées précédemment, les extrémités nerveuses qui se distribuent dans la muqueuse des voies respiratoires sont impressionnées, excitées; cette excitation se transmet aux nerfs vagues, soit directement, soit indirectement; elle arrive aux centres nerveux qui la réfléchissent jusqu'à la muqueuse respiratoire, où elle produit les troubles que nous connaissons. Enfin certains accès pourraient être, d'après M. Villemsens, d'origine centrale, c'est-à-dire dus à une émotion morale quelconque.

Cette explication est ingénieuse, mais ne préjuge rien de la nature intime de la maladie. Elle éclaire cependant la pathogénie de certains phénomènes et nous a paru, à ce titre, mériter une mention.

En parcourant le travail de M. Villemsens, nous avons noté une erreur regrettable que nous ne pouvons passer sous silence. Les documents bibliographiques empruntés trop fidèlement à l'ouvrage de Phœbus (*Der typische Fruhsommer Katarrh*, Giessen, 1862, p. 3) ont conduit M. Villemsens à prendre le mot *Derselbe* (qui en allemand signifie *le même*) pour un nom d'auteur. Or, *Derselbe* et le *Pirée* ne sont pas des noms d'homme. Le *Derselbe* de M. Villemsens correspond cependant à deux auteurs illustres dont les travaux sont restés célèbres ; aussi nous semble-t-il indispensable de les présenter sous leur véritable nom : l'un n'est autre que Bostock (*Transact. of the med. and. chirurg. Society of London*, vol. XIV, p. 437-446, 1828), et l'autre est J. Ellioston (*London med. Gaz.*, vol. XII, p. 164-170, 1833). Mais laissons là cette petite querelle et passons à l'important travail du docteur Morrill Wyman sur l'Autumnal catarrh (*Hay fever*).

On confond, selon lui, sous ce nom deux maladies différentes : l'une, le *rose cold* ou *june cold* (fièvre des roses, fièvre de juin), commence d'habitude en été et persiste jusque dans les premières semaines de juillet; c'est le *Hay fever* des auteurs anglais. L'autre est l'*Autumnal catarrh* (catarrhe d'automne). C'est à cette dernière maladie, dont l'auteur est lui-même affecté, qu'il consacre tout spécialement son étude, en s'efforçant de montrer les différences qui la séparent de la fièvre de foin, du *Hay fever* proprement dit.

La première description qu'il en a tracée remonte à 1854.

Le nom de catarrhe d'automne qu'il applique à cette affection lui semble préférable à tout autre, parce qu'il correspond à celui de catarrhe d'été que Bostock a donné à la fièvre de foin. Or, cette dernière désignation lui semble d'autant plus impropre que la maladie ne se montre pas au temps de la fenaison et que ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'odeur du foin ou d'autres poussières provoque chez ces malades une impression désagréable.

Les premiers symptômes du catarrhe d'automne se présen-

tent tous les ans vers le 20 août, et dans quelques cas même régulièrement à la même heure. C'est d'abord une irritation du voile du palais et de la gorge, souvent accompagnée de fièvre. Après un jour ou deux, viennent les quintes d'éternuement, surtout le matin; plus tard un abondant flux nasal, du larmoiement, des sensations de picotement aux yeux, de la rougeur des paupières, une diminution manifeste de l'odorat et de la vue, quelquefois même de l'ouïe; un peu de dysphagie. Les lèvres sont sèches, fissurées et tuméfiées. Le cuir chevelu est le siége d'une éruption papuleuse qui provoque de vives démangeaisons. A la fin de la deuxième semaine se montre le catarrhe bonchique, les quintes de toux avec expectoration de mucus glaireux. A cette même époque surviennent quelquefois des accès d'asthme intenses, mais en général éphémères. Vers la fin de la troisième semaine, l'irritation pharyngo-nasale diminue ainsi que le larmoiement, mais la toux persiste et l'action du cœur est quelquefois troublée, comme le témoignent les intermittences du pouls. Enfin, tous les symptômes disparaissent et la santé se rétablit très-promptement.

Mais, à côté des phénomènes locaux que nous venons d'indiquer sommairement, il faut noter la lassitude, l'abattement, une dépression nerveuse empêchant tout travail, la perte complète du sommeil, une irritabilité souvent extrême et, dans les cas où la maladie est plus intense, la fièvre, une céphalalgie gravative et une photophobie obligeant le malade à garder la chambre ou le lit.

L'effet de ces attaques annuelles est de produire une bronchite chronique qui contribue à affaiblir le malade.

Comme on le voit, ces symptômes ne diffèrent de ceux du *Hay fever* que par l'époque de leur apparition et par leur persistance malgré le séjour des malades au bord de la mer.

Le docteur Wyman cherche à démontrer ensuite que cette maladie n'existe pas dans l'ancien continent et qu'elle est propre à l'Amérique septentrionale. Trois cartes annexées à cet ouvrage sont destinées à montrer sa distribution géographique. « C'est une maladie des climats tempérés, dit l'auteur; elle ne dépasse pas la région des grands lacs, ne pénètre jamais dans le Canada et n'envahit pas les États-Unis du Sud. Sa limite méridionale extrême va de Saint-Louis au Cap de Virginie. » Les détails qui précèdent ne nous permettant pas de suivre l'auteur dans la description qu'il trace de la maladie, nous nous bornerons à indiquer ici un point étiologique qui nous paraît digne d'intérêt. Le docteur Wyman fait jouer un grand rôle aux émanations odorantes de l'absinthe romaine (*Ambrosia artemisiæfolia*,—*Roman Wormswood*) dans la production de la maladie ou tout au moins de ses paroxysmes. Il rapporte, à cet égard, une expérience qui semble concluante.

Au chapitre du diagnostic, il insiste tout particulièrement sur les différences qui séparent le catarrhe d'automne du catarrhe d'été. Malgré ses efforts, nous ne sommes pas convaincus, et ces deux affections saisonnières présentent, selon nous, de trop nombreuses analogies pour qu'il n'y ait pas lieu de les rapprocher l'une de l'autre dans le cadre nosologique.

Quant au traitement du catarrhe d'automne, il se confond presque entièrement avec celui de la fièvre de foin. Les malades atteints du catarrhe d'automne sont en général plus soulagés par le séjour à la ville. L'auteur dit avoir retiré peu d'avantages des injections nasales de sulfate de quinine, tandis que l'usage interne de ce médicament lui a donné d'heureux effets. L'arsenic (solution de Fowler) lui a paru également très-utile. Il recommande enfin l'emploi des cigarettes de *datura stramonium* et, dans les cas plus intenses, les inhalations d'éther ou de chloroforme administrées avec précaution.

En résumé, la monographie du docteur Wyman constitue un très-bon livre destiné à remplacer avec avantage le traité du docteur Phœbus, qui est long et diffus. Il sera consulté avec fruit par tous ceux qui désirent approfondir cet intéressant sujet, couvert encore d'obscurité, malgré les derniers travaux que nous venons d'analyser.

Dr Labadie-Lagrave.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Pécholier, agrégé libre, est rappelé à l'activité, en remplacement de M. Lacassagne, démissionnaire.

Société médicale des hôpitaux de Paris. — Prix fondé en 1862 par M. Phillips sur la *curabilité* de la méningite tuberculeuse. — La Société médicale des hôpitaux a décidé, dans sa séance du 22 novembre 1872, que le dernier délai pour la remise des mémoires était fixé au 31 mars 1875. Ce prix sera de la valeur de douze cents francs.

École de médecine de Toulouse. — M. Caubet, docteur en médecine, est nommé chef de clinique interne et professeur suppléant pour les chaires de médecine.

École de médecine de Grenoble. — M. Allard, suppléant pour les chaires de clinique, est nommé professeur d'anatomie à ladite École, en remplacement de M. Calvet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

École de médecine de Rouen. — Sont nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, savoir : Professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. le docteur Thierry, en remplacement de M. Hélot père, décédé; professeur d'anatomie et de physiologie, M. Pennetier, suppléant à ladite École; M. Tinel, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite École, est chargé spécialement de l'enseignement de l'anatomie.

Prix. — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance, dans sa séance du 14 mai 1873, a décidé qu'elle ne décernerait pas le prix qu'elle destinait au meilleur travail sur l'*organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris.*

Cependant, elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 300 francs à M. le docteur Lafont, auteur du mémoire n° 1, portant pour épigraphe : *quod vidi, scripsi.*

Légion d'honneur. — M. le docteur Amédée Forget, membre de la Société de chirurgie de Paris, a été nommé chirurgien consultant des Maisons d'éducation de la Légion d'honneur; MM. Barth, Barthez, Bonnefont et H. Roger, ont été nommés médecins consultants.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 10 au 16 mai 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 6. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 63. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 15. — Autres affections aiguës, 233. — Affections chroniques, 350 (1). — Affections chirurgicales, 58. — Causes accidentelles, 18. — Total, 816.

(1) Sur ce chiffre de 350 décès, 103 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Sommaire. — **Paris.** Société de biologie : Mode d'action des purgatifs sur l'intestin : M. Vulpian. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique. — Démographie : Situation de la population de la France. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Notes sur quelques lésions produites chez un fœtus par le forceps. — **Bibliographie.** Étude sur la maladie de foin. — Étude sur le catarrhe spasmodique d'été. — Autumnal catarrh. — **Variétés.**

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 29 mai 1873.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE : — RÉORGANISATION, SITUATION ACTUELLE DE LA QUESTION. — *Société de biologie :* SUR L'ACTION MOTRICE ACQUISE PAR LE NERF LINGUAL APRÈS LA SECTION DE L'HYPOGLOSSE : M. VULPIAN.

Service de santé militaire.

Au lendemain de Sadowa, le gouvernement prussien, voulant donner une organisation rationnelle au service de santé de l'armée, confia cette étude à une commission composée de seize médecins dont douze appartenaient à l'armée comme médecins généraux du cadre d'activité ou comme consultants; les quatre autres représentaient les plus hautes illustrations de l'enseignement médical.

Le ministère de la guerre y figurait aussi dans la personne du docteur Grimm, médecin major général de l'armée, et par deux hauts employés, chefs de division. Après six semaines au plus de travaux, la commission fut entièrement unanime pour soumettre au gouvernement un projet dont une grande partie fut adoptée tout de suite; le reste vient d'être mis à exécution il y a quelques mois (*Gaz. hebd.*, 26 décembre 1872). L'ensemble de ce travail a donné naissance à l'organisation en vertu de laquelle le service de santé prussien a fonctionné pendant la guerre 1870-1871 avec la précision que l'on sait.

Après nos désastres, le gouvernement français, désireux d'améliorer le sort des blessés et malades militaires, éclairé sans doute par l'expérience, sollicité de tous côtés par l'opinion publique et par les travaux dont beaucoup étaient du reste antérieurs à la guerre, se décida à mettre aussi à l'étude la question du service de santé de son armée.

D'une part, la commission parlementaire chargée d'élaborer un projet de loi sur la réorganisation de l'armée confia ce soin à une sous-commission dont M. Bouisson fut nommé rapporteur; elle aboutit à produire un rapport rédigé par l'éminent doyen de la Faculté de Montpellier, rapport remarquable à tous les titres, mais dont nous ne pouvons parler, car il n'a pas encore été rendu public.

D'autre part, le ministre de la guerre nomma dans le même but une commission dans laquelle on introduisit, sans doute involontairement, tous les éléments nécessaires pour l'empêcher d'aboutir; elle se composait de : deux généraux, M. de Martimprey, président, et M. Blot; un colonel, M. Devèze, appartenant à l'arme du génie; quatre médecins, MM. les inspecteurs Laveran, Périer et Marit, M. le médecin principal Brault; trois intendants, MM. Uhrich, Blaisot et Gaffiot; un pharmacien, M. l'inspecteur Jeannel; et un comptable, M. Pierron.

Si nous nous permettons de venir aujourd'hui parler des travaux de cette commission, c'est que son rôle étant terminé, le public médical a paru surpris de n'en avoir vu sortir aucun projet; des bruits de toute nature s'étant répandus à ce sujet, il importe de rétablir les faits avec l'impartialité et le désir de propager la vérité dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a toujours fait profession.

De prime abord, on aurait pu croire que les officiers du commandement restant neutres et pour ainsi dire juges du camp, le débat se livrerait entre l'intendance d'une part et de l'autre l'élément scientifique représenté par les médecins et le pharmacien. La question était bien nette : « Dans un service éminemment scientifique comme celui du service de santé, la direction doit-elle appartenir à la science ou à l'administration ? » Jusqu'à présent, la seconde proposition avait été admise sans partage, sinon sans conteste. Le comptable appartenant à un corps qui, à tort ou à raison, se prétend victime de l'intendance, paraissait devoir se rallier aux médecins dont il n'avait rien à craindre et qui trouvaient que dans une nouvelle organisation le service administratif proprement dit doit recevoir une large part d'indépendance.

FEUILLETON.

Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.

(Suite. — Voyez le numéro 21.)

Si aux démonstrations directes qui précèdent on joint les considérations que j'ai présentées dans un autre ouvrage (1) sur la nécessité de la pratique médicale dans toute société jouissant d'un commencement de civilisation, on se convaincra facilement que la médecine a dû être exercée dans l'Inde à une très-haute antiquité, et que les livres de Charaka et de Suçruta, quelle que soit la date de leur rédaction définitive, n'ont fait que reproduire une grande partie des traditions, des enseignements depuis longtemps connus et mis en pratique, et fondés sur l'observation et sur l'expérience. En ce qui concerne l'opération de la pierre, elle est si impérieusement indispensable qu'elle a dû être une des plus anciennement hasardées. Or, voici la description de cette opération, extraite du livre de Suçruta, telle que nous la trouvons dans la traduction latine de M. Hessler. Elle porte bien les caractères de l'exactitude; il n'est pas inutile d'ailleurs de dire que M. Hessler est médecin.

« L'issue de l'opération, même faite par un médecin habile, est incertaine. Aussi doit-on la considérer comme la dernière ressource. Si on ne la fait pas, la mort est indubitable; si on la fait, le malade a chance de vivre C'est pourquoi, après avoir invoqué Isvara, le médecin probe doit opérer.

» Lorsque le malade a été oint, purgé des humeurs viciées; quand son corps est un peu amaigri, qu'on l'a frictionné et fait transpirer; après qu'il a mangé, qu'il a joui des bienfaits du sacrifice, des vœux et des bénédictions suivant les rites; qu'enfin il est muni de toutes les choses nécessaires, le médecin doit lui adresser d'abord des paroles de consolation.

(1) *L'Assistance médicale chez les Romains*, ch. 1er.

Les médecins arrivaient avec un fonds d'idées communes ; à peine différaient-ils sur quelques points de détail; aussi les premières séances leur furent-elles très-favorables, et tout semblait marcher au mieux lorsque la face des choses vint à changer du tout au tout.

Sans que rien ait pu le faire pressentir et alors que des votes très-importants étaient déjà acquis, plusieurs membres virent avec surprise un nouveau collègue se joindre à leurs travaux; M. le pharmacien principal Roucher, dont les opinions défavorables à l'émancipation étaient connues et venaient d'être publiées sous forme d'opuscule, fut nommé membre de la commission. L'entrée de M. Roucher à la commission déplaçait singulièrement les proportions; tandis que les médecins figurant aux cadres du corps de santé au nombre de 1147 étaient représentés par 4 de leurs chefs, les pharmaciens, au nombre de 159, avaient 2 représentants. La logique eût exigé, au contraire, 7 médecins pour 1 pharmacien.

Le comptable, les pharmaciens et les intendants formèrent alors un groupe de 6 voix toujours compacte; il suffisait qu'un seul des officiers du commandement penchât dans leur sens pour que la majorité fût constituée ; c'est ce qui est arrivé en effet.

A partir de ce jour, les discussions de la commission prirent, dit-on, un caractère tout différent de celui des premiers jours ; d'un certain côté on ne recula même pas devant des attaques dont la violence prouvait le peu de fondement. Le premier éclat intervint à propos de la question d'assimilation : obtenue à grand'peine en 1860, après des années de lutte où le regretté Michel Lévy plaida avec courage la cause de ses collègues, l'assimilation des médecins aux grades de la hiérarchie militaire était encore bien incomplète, plus théorique qu'effective, et néanmoins elle avait été accueillie avec joie par le service de santé tout entier, par les pharmaciens eux-mêmes, dont les fonctions un peu effacées se trouvaient singulièrement relevées aux yeux de l'armée. Tous les jours les médecins, que leurs fonctions appellent plus que les pharmaciens à vivre en contact avec l'armée, constataient les heureux résultats de la situation nouvelle, et nul n'aurait songé à demander le retour à l'ancien état de choses; malheureusement il gênait singulièrement l'intendance ; l'article 1er du décret du 18 juin 1860 disait bien que cette assimilation ne portait point atteinte aux conditions de fonctionnement du service de santé, réglées par le décret du 22 mars 1852, et l'on pouvait voir tous les jours des médecins principaux assimilés au grade de colonel, aussi distingués par leur savoir que par d'éminents services, être subordonnés à un sous-intendant assimilé au chef de bataillon ou même au capitaine; néanmoins la situation était tendue. La commission voulut la trancher, elle vota la suppression de l'assimilation.

Elle vota bien d'autres choses : l'indépendance des médecins dans certains points, celle des pharmaciens, celle des comptables, puis, pour faire fonctionner un service ainsi rendu impossible, elle en donna la direction au commandant militaire de la place ou, à son défaut, à un officier par lui désigné, sans spécification de grade. Ce n'était plus nécessaire.

Les choses ne pouvaient marcher dans cette voie sans que le manque de logique du système ne frappât ses auteurs eux-mêmes; aussi la commission dut-elle se dissoudre sans arriver à un résultat, reconnaissant *ipso facto* que tout était au mieux et que le règlement du 23 mars 1852 dont on a pu constater les heureux résultats en Crimée, en Italie et dans la dernière guerre, restait comme le type d'une bonne et rationnelle organisation.

Et maintenant, comment une commission composée d'hommes distingués, désireux, nous n'en doutons pas, de bien faire, en est-elle arrivée ainsi à se dissoudre sans résultat ? Les membres de l'intendance, dont nous ne nous lasserons jamais de proclamer la valeur individuelle, car c'est justice, pensent que la centralisation entre leurs mains de tous les services administratifs (dont la médecine fait partie *en France*) est indispensable à un bon fonctionnement. Nous croyons qu'ils se trompent et beaucoup d'officiers généraux sont de cet avis; néanmoins, c'est une opinion respectable, mais les pharmaciens et les comptables qui souffrent de cette sujétion, qui en voient tous les jours les inconvénients, comment ont-ils pu se décider? Peut-être ont-ils craint d'être en quelque manière subordonnés aux médecins, comme si cette situation n'était pas commandée par la logique; dépassant même le but, ils ont, dit-on, avancé « que le rôle du pharmacien n'était pas seulement de préparer les drogues et d'en tenir compte, mais bien d'exercer un *contrôle permanent* sur les médecins dont leur service les appelle à vérifier les prescriptions ». Mais alors ce n'est pas l'indépendance qu'il leur faut, c'est la direction générale du service, et, au nom de la logique, on doit les mettre seuls à la tête du corps de santé.

Voilà où l'on en arrive en quittant le terrain du bon sens

Ensuite il prescrit à un homme vigoureux et sans peur de s'asseoir sur un escabeau de la hauteur du genou. Il fait d'abord placer le malade sur les cuisses de celui-ci, puis le renverse sur le dos, les cuisses levées en l'air et couché dans les plis de ses vêtements; il lui attache ensemble en les rapprochant les bras et les genoux, soit avec un lien, soit à l'aide de ses vêtements de dessous. Le médecin alors doit frictionner le côté gauche de la région ombilicale convenablement ointe, la fouler avec le poing en descendant depuis l'ombilic vers le bas de l'abdomen, jusqu'à ce que le calcul soit tombé au fond. Ensuite, après avoir trempé dans l'huile les doigts indicateur et médian de la main gauche, dont les ongles ont été préalablement coupés, il les introduit dans l'anus en suivant la direction de la suture, et attire avec adresse et vigueur les parties situées entre l'anus et le pénis. Il atteint ainsi la vessie, qui doit être indolore, relâchée et point inégale ; il la presse vigoureusement d'en haut avec ses deux doigts, de telle sorte que la pierre vienne saillir à l'instar d'un nœud.

» Si, le calcul étant saisi, le malade tombe en défaillance et laisse pendre sa tête comme s'il était tué, et s'il devient semblable à un mort, que le médecin s'abstienne d'extraire le calcul; car, s'il le fait, le patient mourra nécessairement. Mais, en l'absence de ces symptômes, il doit entreprendre l'extraction de la pierre.

» Ayant donc soin de laisser la suture du côté gauche sur une étendue d'un grain d'orge, *hexasticon*, le médecin doit prendre un scalpel proportionné à la grosseur du calcul ; il peut aussi agir du côté droit si la commodité de l'opération l'exige; du moins quelques-uns le prétendent. Le médecin doit faire attention à ne diviser ni écraser la pierre; car s'il reste un fragment, si petit qu'il soit, il finit par grossir. C'est pourquoi l'opérateur doit saisir avec la pince le calcul tout entier. »

Telle est la description de Suçruta. Comprenant bien tous les dangers de cette opération aventureuse, l'auteur commence en déclarant qu'on ne doit la pratiquer qu'à la dernière extrémité, et il la termine en énumérant les principaux dan-

pour discuter sur celui des intérêts de corps et pour faire même intervenir les questions individuelles; il n'y a pas actuellement, dans le monde entier, une armée qui ait fait aux pharmaciens une part aussi belle que celle dont ils jouissent en France; en Angleterre, ils sont à peu près supprimés (*Gaz. hebd.* du 6 avril 1373), en Prusse ils sont rangés dans la catégorie des employés et soumis aux médecins (*Gaz. hebd.*, 26 décembre 1872), en Italie il en est de même (voy. dans ce numéro l'article *Variétés*); ils ont cru devoir réagir contre cette tendance et ils ont réussi: le projet de loi présenté par le gouvernement (*Journal officiel* du 19 mars 1873) modifie les cadres de la pharmacie militaire en portant de 10 à 20 le cadre des principaux, en sorte que la position et les conditions d'avancement y seront supérieures à ceux de tous les autres corps de l'armée et surtout à ceux des médecins.

Pour nous, que les intérêts de l'armée doivent toucher comme chaque Français vraiment digne de ce nom, c'est avec un profond regret que nous voyons ces choses. Au moment où toutes les armées européennes ont admis l'indépendance et la responsabilité du corps médical comme base du service sanitaire, on semble, en France, s'enfoncer plus avant dans les vieilles idées sans pouvoir secouer les préjugés, la routine et ces déplorables questions personnelles qui tuent un pays plus encore qu'une invasion. Si le pays dont tous les enfants serviront un jour et souffriront peut-être sur les champs de bataille par l'insuffisance des secours médicaux, si le pays et l'Assemblée trouvent cela juste, rien de mieux.

Tout n'est pas dit cependant, et c'est précisément de l'Assemblée que peut venir le progrès. La commission parlementaire vient de déposer un projet de réorganisation de l'armée ressemblant fort peu à celui du gouvernement. L'article 18 dit notamment « qu'un médecin en chef sera chargé, dans chaque corps d'armée, d'assurer le service médical ». C'est encore peu de choses, mais c'est la pierre angulaire sur laquelle on peut bâtir l'édifice; que l'Assemblée médite le rapport de M. Bouisson, elle sera éclairée.

Mais l'Assemblée ne peut que poser des bases; à qui le soin de la réglementation? On a mis en avant l'Académie de médecine; nulle réunion ne présente plus de garanties d'indépendance jointes à plus de lumières, cependant elle n'est pas absolument compétente lorsqu'il s'agira de faire fonctionner tous les rouages d'un grand service de guerre. L'idée a néanmoins du bon, et nous y adhérons partiellement en proposant de confier l'étude de la réorganisation du corps de santé à une commission mixte composée de : un président choisi parmi l'une de nos grandes illustrations scientifiques, trois membres de l'Académie, trois professeurs des facultés de médecine, quatre médecins militaires et deux officiers généraux ou supérieurs. L'Académie désignant le président et les six membres civils, l'élément militaire serait nommé par le gouvernement. Ainsi constituée, cette commission réunirait toutes les conditions désirables et trancherait enfin une question qui importe aux intérêts de la France, à cause de l'armée et disons-le, à leur dignité même.

La Rédaction.

Sur l'action motrice acquise par le nerf lingual de la section de l'hypoglosse.

Nous avons, dans un article du 17 janvier 1873 (page 34), signalé les curieuses expériences de M. Vulpian sur l'action motrice de la corde du tympan; on se rappellera que M. Vulpian était porté à conclure que l'action motrice acquise par le nerf lingual, lorsqu'on a sectionné le nerf hypoglosse, était sans doute due à l'action des fibres motrices provenant de la corde du tympan et accompagnant le nerf lingual. Aujourd'hui nous sommes obligé de revenir sur le sujet, parce qu'un physiologiste allemand, Eckhard (de Giessen), a récemment mis en doute l'expérience fondamentale que M. Vulpian vient de compléter. Comme, d'une part, il s'agit d'un fait qui, jusqu'à présent, semblait définitivement acquis à la physiologie; comme, d'autre part, il ne serait plus possible de rien comprendre à la physiologie des nerfs lingual et hypoglosse si l'on ne pouvait s'appuyer sur quelques expériences décisives servant de base solide, nous devons, en nous aidant des documents fournis par M. Vulpian à la séance du 17 mai de la Société de biologie, montrer de quel côté est la vérité.

Dans la séance du 25 mai 1863, MM. Vulpian et Philipeaux communiquaient à l'Académie des sciences une note sur *une modification physiologique qui se produit dans le nerf lingual par suite de l'abolition temporaire de la motricité du nerf hypoglosse du même côté*. En d'autres termes, ces expérimentateurs établissaient que, lorsqu'on a sectionné le nerf hypoglosse et qu'on a arraché le bout central de ce nerf moteur de la langue, le nerf lingual, qui est normalement le nerf sensitif de la langue, acquiert la propriété motrice qu'il n'avait point auparavant.

---

gers auxquels elle expose le malade et qu'il invite le médecin à éviter de son mieux. Ainsi il lui recommande de ne pas blesser les uretères, les canaux spermatiques, les organes de la génération, la suture, l'anus et l'abdomen; seulement il n'indique pas et ne pouvait pas indiquer les moyens propres à éviter ces accidents; et de fait, avec cette manière d'opérer et dans l'ignorance où l'on était de la structure des parties intéressées dans l'opération et de leurs rapports réciproques, il n'existait véritablement aucun moyen certain et efficace de les empêcher de se produire. Toutefois, il est facile de comprendre qu'un homme intelligent, observateur et prudent, pouvait, en se livrant à cette spécialité, y acquérir une très-grande expérience et une habitude qui lui donnaient plus de sûreté dans le manuel opératoire, ainsi qu'une dextérité propre à le guider à travers tous les dangers et à lui faire éviter plus souvent les accidents redoutables qu'il connaissait. Il arrivait ainsi, à force de tact et d'habileté, à rendre ses uccès plus nombreux; mais c'était toujours une qualité personnelle en dehors de la science, puisqu'elle ne pouvait ni être enseignée, ni être acquise par l'étude. C'est évidemment à cette sorte d'opérateurs extra-scientifiques que Hippocrate voulait qu'on s'adressât.

La description de Celse est beaucoup plus détaillée que celle de Suçruta, et par conséquent plus complète, car on doit remarquer que ce dernier auteur n'indique aucunement la manière d'inciser, pas plus que l'endroit où il faut porter le scalpel ni la profondeur à laquelle il doit atteindre. Il dit seulement que les manœuvres préliminaires doivent avoir pour but et pour résultat d'amener la pierre au fond, de manière à lui faire produire une saillie extérieurement, et sans aucun doute au périnée. Ce but une fois atteint, le médecin devait couper toutes les parties qui recouvraient le calcul en se servant de ce calcul même comme d'appui. Suçruta n'entre point dans tous ces détails pourtant essentiels, et les suppose probablement connus de ses lecteurs, et on les apprenait en voyant opérer. L'auteur du livre connu sous le nom de Suçruta était

Cette expérience a été répétée au moins de quarante à cinquante fois, et dans aucun de ces cas, lorsque la section de l'hypoglosse n'était pas trop ancienne, M. Vulpian n'a vu manquer ce phénomène. Toujours le nerf lingual du côté du nerf hypoglosse coupé avait acquis une *motricité expérimentale*, c'est-à-dire qu'en coupant ce nerf en travers et en excitant le bout périphérique par des agents mécaniques (pincement, froissement, piqûre), on provoquait des mouvements considérables dans la moitié correspondante de la langue, avec projection de l'organe en flexion très-prononcée.

Cette expérience a été faite devant une commission de l'Institut et répétée plusieurs fois dans des cours publics. M. Cyon l'a également répétée et a observé les mêmes phénomènes. C'est pour M. Vulpian un des résultats les plus nets de la physiologie expérimentale. La motricité du nerf lingual apparaît cinq à six jours après la section du nerf hypoglosse du côté correspondant et atteint son maximum probablement vingt à trente jours après cette section; et ce qui rend l'expérience plus décisive encore, c'est que l'on peut, chez le même animal, comparer le lingual du côté de l'opération au lingual du côté sain; or celui-ci n'a aucune action sur la langue, quel que soit l'excitant employé.

Cependant M. Eckhard met en doute ce fait physiologique, s'appuyant sur une dizaine d'expériences contradictoires. Or tout fait physiologique bien observé existe en réalité; ce n'est donc que dans l'interprétation et dans l'étude attentive des conditions de l'expérimentation qu'on doit rechercher les causes des différences dans la conclusion. M. Vulpian a lui-même montré la cause des résultats obtenus par M. Eckhard, en faisant observer que la plupart de ses expériences sont sans valeur comme arguments opposés au fait de la motricité acquise du lingual. En effet, la plupart des expériences ont été faites chez des chiens quatre mois après l'excision d'un tronçon de l'hypoglosse; or, on connaît assez bien la puissance de régénération des nerfs pour qu'on puisse objecter à M. Eckhard que, dans ces expériences, il y avait eu régénération du bout périphérique du nerf hypoglosse, et probablement même commencement de production d'un tissu nerveux de réunion entre les deux bouts séparés par l'excision. Dès 1863, MM. Vulpian et Philipeaux avaient observé qu'alors même que le nerf hypoglosse ayant été coupé, et la portion centrale arrachée, tirée hors du crâne par avulsion, la régénération partielle ou totale du nerf hypoglosse peut se faire en trois ou quatre semaines, et qu'alors le pincement du nerf hypoglosse, privé de sa portion centrale, peut produire des mouvements de la langue.

M. Vulpian est donc parfaitement en droit de conseiller à M. Eckhard de répéter ses expériences dans les conditions qui ont donné des résultats précis, les faits observés par M. Eckhard ont été produits, au contraire, dans des circonstances qui sont reconnues comme les plus défavorables à l'examen de la propriété motrice acquise du nerf lingual; elles ne sauraient donc infirmer les résultats obtenus par Vulpian, Philipeaux et Cyon.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique, par le docteur Noel Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

(Fin. — Voyez le numéro 21.)

Dans l'observation suivante, la disphonie jointe aux signes qui me paraissent indiquer l'existence d'une tumeur solide dans cette partie supérieure du médiastin, que j'appelle région ganglionnaire, me conduisit à diagnostiquer une compression du laryngé inférieur droit, et l'examen laryngoscopique nous fit constater une paralysie du tyro-aryténoïdien de ce côté; le tronc même du pneumogastrique, la chaîne du grand sympathique et le ganglion cervical inférieur subissaient également l'action morbide dont ils manifestaient l'impression par des troubles fonctionnels des organes qu'ils innervent.

Obs. III.—Rosalie A..., âgée de quarante-huit ans, à la suite d'une grippe qui dura plusieurs mois, a eu, vers l'âge de huit ans, des adénites sous-maxillaires suppurées qui ont laissé des cicatrices. Vers la même époque elle devint sujette à des palpitations, à des accès d'étouffements et à des hémoptysies qui se répétèrent fréquemment avant l'apparition du flux menstruel. Celui-ci ne se montra pour la première fois qu'à l'âge de vingt ans. Suivant la pratique qui régnait alors, elle fut soumise à des saignées répétées. On la phlébotomisa quinze ou vingt fois pendant ce laps de temps.

Avec la menstruation, ces accidents diminuèrent considérablement, mais sans disparaître; elle resta sujette aux palpitations et aux crachements de sang. L'écoulement menstruel était régulier, mais peu abondant, généralement précédé d'hémoptysie ou d'épistaxis; elle avait en outre de fréquentes migraines, et ses urines étaient souvent sédimenteuses. Il y a huit ans, elle fut affectée d'une pneumonie dont elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu. Après sa guérison, elle continua à éprouver les mêmes accidents périodiques jusqu'à il y a quinze mois; à cette époque ses règles cessèrent, et avec elles les palpitations et les hémoptysies qui les avaient accompagnées jusque-là. Il y a quatre mois, elle fut atteinte d'une affection cutanée, prurigineuse le matin seulement, principalement localisée sur la main droite, mais s'étendant à d'autres régions. A son

un médecin qui enseignait la science à des élèves déjà plus ou moins initiés.

Celse, au contraire, était un polygraphe qui n'avait jamais pratiqué la médecine et ne la connaissait que comme un amateur instruit. En cherchant à l'exposer aux hommes studieux comme lui, il ne devait négliger aucun détail; d'autant plus que, ainsi qu'il nous l'apprend, et malgré le précepte du serment hippocratique, la médecine scientifique, à la belle époque de l'école d'Alexandrie, s'était emparée de l'opération de la taille et avait essayé d'en rendre toutes les particularités essentielles un peu moins primitives et barbares. Elle avait fait des efforts pour la soumettre aux mêmes règles que les autres opérations; mais ces efforts furent vains et ne produisirent que des modifications de forme et sans importance, puisque nous constatons, par la description minutieuse de Celse, que le procédé opératoire est en définitive le même qu'auparavant, et qu'il n'est ni plus sûr, ni mieux entendu, ni moins exempt de péril, ni plus scientifique, en un mot, que celui des Indiens.

Au reste, Celse écrivait au siècle d'Auguste; par conséquent sa description est élégante et du plus beau style. Les diverses phases de l'opération y sont présentées savamment dans leur ordre et avec une méthode parfaite. Les conseils de prudence, de ménagements, de précautions de toutes sortes, y sont prodiguées dans un langage net, précis, clair et digne en tous points de la belle époque littéraire où vivait l'auteur. Mais en ce qui concerne l'opération elle-même, rien ne diffère au fond de la description sanscrite, pas même la réflexion triste de Suçruta, savoir, que cette opération est périlleuse et qu'il ne faut la faire que comme suprême ressource. La seule modification un peu intéressante rapportée par Celse est celle qui fut imaginée par un médecin alexandrin du nom d'Ammonius, non point dans le mode opératoire, mais dans un détail de l'extraction du calcul; elle consistait en ce que, si la pierre se trouvait trop grosse pour passer à travers l'ouverture faite par le scalpel de l'opérateur, il fallait la fendre en plusieurs morceaux et tirer l'un après l'autre chaque fragment.

entrée à l'Hôtel-Dieu, nous observâmes sur sa peau quelques groupes eczémateux qui en étaient les restes, nous dit-elle; deux mois après le début de cette dermatose, elle prit deux bains sulfureux qui la firent en grande partie disparaître; mais immédiatement après ces bains elle commença à éprouver des vertiges, il y a environ six semaines; ils ont persisté depuis cette époque et depuis quinze jours ils ont considérablement augmenté et ont été plusieurs fois accompagnés de vomissements. Elle est tombée une fois sans connaissance et est restée trois heures en cet état. Quand elle est revenue à elle, tout le côté gauche était engourdi; le lendemain ce phénomène avait disparu, mais le côté droit était engourdi à son tour et le siége de fourmillements. Depuis lors, bien que les mouvements puissent dans le lit s'accomplir d'une manière normale, elle ne peut se tenir debout; et lorsqu'elle essaye de le faire elle paraît avoir de la tendance à tomber du côté droit. Elle explique avec netteté que ce n'est pas l'affaiblissement de l'appareil locomoteur, mais le vertige qui provoque sa chute. Si on la soutient sous les bras, elle remue les jambes avec facilité, elle a conscience des mouvements; elle a la sensation du sol et peut marcher les yeux fermés. Bien que les vertiges soient continus, ils présentent une sorte d'alternance avec les douleurs, celles-ci diminuent quand les vertiges augmentent et *vice versa*.

Cette femme est sèche, maigre, son teint est un peu jaunâtre, ses pupilles sont contractées, la droite surtout. Par moment on observe un léger strabisme convergent de l'œil droit; sa vue est trouble, dit-elle.

Les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière régulière, l'appétit est normal, la soif n'est pas exagérée, quoique la bouche soit sèche; la déglutition des liquides est difficile. La malade est constipée.

La voix est sourde, rauque, éraillée; c'est depuis quinze jours, dit-elle, et surtout depuis quatre, qu'elle présente ce caractère. La malade ne tousse pas.

Ses artères sont dures, inégales, sinueuses, bosselées, moliniformes. Son pouls présente des intermittences assez éloignées; en auscultant le cœur, on constate un bruit de souffle à la pointe qui se propage vers la base en s'affaiblissant. Le volume du cœur n'est pas notablement augmenté.

Par la percussion, on trouve un son obscur dans les régions sus- et sous-claviculaires droites; ce son est encore obscur dans la partie interne du premier espace intercostal, ainsi que dans la moitié droite du manubrium sternal, surtout au niveau de l'articulation de la seconde côte, avec élévation de la tonalité et résistance au doigt. Ces anomalies de sonorité se retrouvent en arrière, moins accentuées, au niveau des lames droites des quatre premières vertèbres dorsales et dans la fosse sus-épineuse.

Dans tout le côté droit de la poitrine, la respiration est faible, plus rude, moins expansive qu'à gauche. Dans la fosse sus-épineuse, surtout près du rachis, on entend un souffle expirateur très-fort qu'on retrouve beaucoup plus faible dans la région correspondante du côté gauche; on l'entend encore, mais affaibli, en avant et à gauche au niveau de la partie supérieure du sternum, et dans le voisinage de cet os, dans les points qui présentent un son obscur sous la percussion; là aussi les bruits du cœur sont transmis plus nets et plus forts qu'ils ne le sont dans les points situés au-dessous. Dans toute la région sous-claviculaire on entend une expiration soufflante et de l'écho de la toux, parfois des craquements secs passagers.

En pratiquant la percussion, on éveille une vive sensibilité qui s'étend à la plus grande partie de la moitié gauche du thorax, plus accentuée en avant. Cette hyperesthésie existe plus développée encore dans la région cervicale, surtout au niveau du muscle sterno-mastoïdien et le long de son bord postérieur.

La malade accuse en outre des douleurs spontanées qui, partant de la région temporale droite, descendent jusqu'à la clavicule et parfois jusqu'à la région sous-mammaire.

Il y a un léger œdème de la paroi thoracique du même côté, le stéthoscope et le doigt y laissent une empreinte qu'on n'observe pas du côté gauche. En explorant la région sus-claviculaire de ce côté, on sent que l'artère sous-clavière est volumineuse, indurée; à sa partie interne on trouve un ganglion tuméfié; dans ce point plus que dans la région sous-claviculaire, on n'entend aucun bruit morbide qu'on puisse rapporter à une lésion vasculaire. Sur les côtés du cou, surtout à gauche, on rencontre des ganglions engorgés assez volumineux.

Cet ensemble symptomatique me fit diagnostiquer l'existence d'une tumeur, probablement ganglionnaire, comprimant le récurrent droit, le pneumogastrique, le grand sympathique et la veine sous-clavière; je rattachai à cette compression la disphonie survenue depuis quelques semaines. Je priai M. Krishaber, qui assistait à ma visite, de pratiquer l'examen laryngoscopique, qui montrerait si cette interprétation était fondée et si quelques troubles des mouvements de la glotte manifestaient une anomalie fonctionnelle du nerf laryngé inférieur. Cet examen confirma toutes mes prévisions : dans les actes vocaux, la lèvre gauche de la glotte accomplissait seule des mouvements, la droite restait immobile. L'étroitesse des pupilles, et surtout de la pupille droite, témoignait de la parésie des fibres dilatatrices de l'iris, qui sont innervées par des filets du sympathique. Si la myosis existait des deux côtés, à des degrés différents, il est vrai, les anastomoses des deux cordons ganglionnaires me paraissaient pouvoir expliquer cette synergie morbide. Les douleurs étendues de la tête à la base du thorax, les vertiges, les vomissements me semblaient pouvoir être imputables à la stimulation anomale du pneumogastrique, la gêne de la déglutition pourrait être rapportée à la même origine, une compression de la veine sous-clavière expliquait le léger degré d'œdème des parois thoraciques. La sensibilité exquise et douloureuse des téguments du cou et de la poitrine pouvait être un phénomène réflexe.

Ainsi l'analyse physiologique venait confirmer l'induction qu'on pouvait tirer des signes physiques pour faire admettre l'existence d'une tumeur située dans la partie supérieure du médiastin et comprimant les organes qui y sont contenus. La connexion de cette tumeur avec l'extrémité inférieure de la trachée et la grosse bronche droite expliquaient les modifications du bruit respiratoire, le souffle expirateur perçu en avant et en arrière; ses rapports avec l'aorte devaient favoriser la conduction des bruits de l'artère dans la partie de la région thoracique qui la recouvre.

Si l'existence de la tumeur paraissait à peu près certaine, sa nature pouvait sembler incertaine: le développement anomal de la sous-clavière, la myosis, symptôme assez commun des anévrysmes pouvaient faire penser qu'il s'agissait d'une tumeur de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique. Mais l'absence de tout phénomène stéthoscopique, de tout mouvement pulsatile de la paroi thoracique, l'existence antérieure d'affection ganglionnaire, la coïncidence d'un ganglion tuméfié au-dessus de la clavicule, ce souffle expirateur, si fréquent dans l'adénopathie, beaucoup plus fort en arrière, c'est-à-dire dans la région qui répond aux ganglions plutôt qu'aux tumeurs artérielles, me semblaient rendre très-probable qu'il s'agissait d'une adénopathie.

Mais, s'il existe un engorgement des ganglions bronchiques, sous quelle influence s'est-il développé? Il est quelquefois primitif, plus souvent il est symptomatique d'une lésion dans la région lymphatique

---

Il est bon de faire remarquer tout de suite que, pour diviser la pierre, Ammonius la saisissait avec un crochet et la fixait solidement pour qu'elle ne pût s'échapper sous le choc; puis il appuyait contre cette pierre le bout d'une tige de fer, et, en frappant avec un marteau sur l'autre bout de cette tige, il divisait ainsi le calcul. Ce qui rend ce détail intéressant, c'est que cette manœuvre est précisément celle de la lithotritie et qu'il n'y avait qu'un pas à faire pour arriver au broiement de la pierre dans la vessie, en y introduisant un instrument par le canal naturel et sans aucune incision. Nous verrons tout à l'heure que ce pas fut assez vite franchi.

La troisième description ancienne de la lithotomie est celle de Paul d'Égine, qui vivait vers le milieu du VII[e] siècle de notre ère, ainsi que je l'ai démontré dans l'édition que j'ai publiée du TRAITÉ DE CHIRURGIE de cet auteur (pages 21 et suiv.). Cette description est beaucoup moins littéraire et moins détaillée que celle de Celse; mais elle est plus nette, plus précise et, si l'on peut s'exprimer ainsi, plus chirurgicale que celle de Suçruta. Du reste, elle ne révèle aucun fait nouveau, sinon que l'auteur affirme en termes pittoresques que, aussitôt l'incision faite en se servant de la pierre comme point d'appui au scalpel, celle-ci s'élance quelquefois *gracieusement* et sans aucun retard au dehors : Χωρὶς ἀναβολῆς χαριέντως ὁ λίθος ἐκπηδᾷ. Ce détail, que la pierre elle-même poussée jusqu'à faire saillie au périnée sert de point d'appui au couteau du chirurgien, est un très-bon commentaire à la description de Suçruta et fait bien comprendre le motif des manœuvres qui précédaient l'incision.

Pour tout le reste, et à part les pratiques de religion, l'opération s'exécute, au temps de Paul d'Égine, exactement comme à l'époque de Suçruta; de sorte qu'aucun progrès réel et durable n'avait eu lieu depuis les temps les plus anciens jusqu'à l'entrée du moyen âge dans la manière de pratiquer l'extraction de la pierre par la lithotomie; et c'est là une chose curieuse et intéressante à considérer dans l'histoire de l'esprit humain. Voilà une opération nécessaire, disons mieux, indis-

dont les ganglions sont les aboutissants. Notre malade a eu antérieurement une adénite cervicale de nature scrofuleuse; les ganglions pulmonaires ont-ils subi la même action pathogénique, ou bien y a-t-il eu une évolution tuberculeuse qui serait demeurée stationnaire, mais qui aurait retenti sur le système lymphatique et qui, en même temps, aurait été l'épine incitatrice de ces congestions hémorrhagiques observées depuis l'enfance et semblant parfois une déviation de la congestion cataméniale? La matité de la région claviculaire, l'écho de la toux, l'obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, l'expiration bronchique perçue jusqu'à la partie externe de la fosse sus-épineuse et de la région sous-claviculaire, même en admettant que ce souffle eût son origine dans la région ganglionnaire, attestent une induration du sommet du poumon, et cette induration explique la conduction des sons produits à la racine des bronches.

Si telle est la connexion des phénomènes morbides, il faut admettre que dans ces derniers temps la tumeur ganglionnaire a subi un accroissement assez considérable pour produire des troubles fonctionnels qui ne s'étaient point manifestés jusque-là; rien de plus commun d'ailleurs que ces poussées fluxionnaires dans les adénites superficielles, et si l'engorgement ganglionnaire est beaucoup plus commun et plus rapide chez les jeunes sujets que chez les adultes, nous ne devons pas oublier que le docteur Liouville l'a assez souvent rencontré dans la vieillesse et en a fait l'objet d'un mémoire intéressant.

Si une incitation anormale des filets gastriques de la dixième paire est la cause probable du vertige stomacal, une cause fréquente de céphalalgie, à plus forte raison la compression du tronc nerveux lui-même pourra-t-elle provoquer ces phénomènes morbides; cependant je comprends qu'en présence de ce vertige opiniâtre et accompagné d'une céphalalgie constante qui rend la station impossible, on soit disposé à chercher dans l'encéphale le point de départ de troubles d'innervation aussi nombreux, aussi profonds et aussi persistants. Une lésion dans le voisinage du cervelet et de la protubérance rendrait-elle compte de ces manifestations complexes?

Mais une lésion qu'il faudrait supposer localisée dans les parties centrales, à cause de la multiplicité et de la dissémination des troubles fonctionnels, pourrait-elle produire la paralysie du laryngé inférieur sans gêne de la respiration, sans modification des mouvements du cœur; pourrait-elle empêcher la station et l'équilibration sans parésie, sans anesthésie des membres? Sans doute les actions morbides présentent des nuances si diverses qu'il est difficile de leur assigner des limites inflexibles; mais il faut considérer que l'hypothèse d'une affection encéphalique ne fait pas disparaître toutes les difficultés. D'autre part, il y a une tumeur dans le médiastin; les signes physiques l'attestent, la paralysie du récurrent n'est pas une conséquence rare de l'adénopathie, l'œdème de la paroi thoracique indique la compression d'un gros tronc veineux, et pour les troubles locomoteurs, quand on voit l'irritation de l'extrémité périphérique d'un nerf, la présence d'un corps étranger dans l'oreille amener la paralysie et l'atrophie d'un membre, il ne serait pas, à la rigueur, impossible que la compression du pneumogastrique et du sympathique puissent produire un vertige considérable avec trouble de l'équilibration.

Cependant, la présence d'une tumeur dans le médiastin n'exclut pas la possibilité d'une lésion encéphalique. Je pratiquai, avec l'aide de M. Galezowski, l'examen ophthalmoscopique, pour voir si quelque lésion du nerf optique ne viendrait pas nous faire présumer l'existence d'une tumeur intra-crânienne. La papille lui sembla un peu moins nette du côté droit, comme si un léger nuage en voilait les contours; mais cette nuance était si peu accusée que M. Galezowski seul put la constater et que ce savant ophthalmologiste déclara n'en pouvoir tirer aucune conclusion.

Quoi qu'il en fût et quel que fût le point de départ des troubles multiples observés chez cette malade, en admettant la probabilité d'une tumeur ganglionnaire, deux indications se présentaient: chercher à obtenir la résolution, sinon de la totalité d'un engorgement qui pouvait être très-ancien, du moins de cette fluxion récente qui paraissait avoir été la cause de la plupart des accidents; ensuite on devait tâcher de diminuer les souffrances vives que la malade éprouvait; je prescrivis deux fois par jour quatre gouttes de teinture d'iode délayée dans de l'eau de riz, et le soir une pilule composée de 15 centigrammes de masse de cynoglosse et de 5 centigrammes d'extrait de ciguë.

Au bout de quelques jours, les douleurs avaient considérablement diminué; je ne retrouvais plus cette sensibilité excessive de la région cervicale le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, ni dans la région antérieure du thorax. Huit jours après l'entrée de la malade, le ganglion situé en dedans de la sous-clavière avait en grande partie disparu et l'artère n'offrait ni cette saillie remarquable, ni cette apparence de volume très-exagéré que j'avais constatées le jour de mon premier examen; elle était dure, ample, mais il fallait déprimer les téguments pour la sentir affaissée; il était évident qu'elle avait été soulevée par une masse dure qui, en la rendant plus superficielle et peut-être en l'aplatissant, l'avait fait paraître plus volumineuse qu'elle n'était réellement.

Le 16 février, douze jours après l'admission à l'Hôtel-Dieu, les douleurs sont modérées, le vertige est très-prononcé et la malade répète qu'il a toujours augmenté quand les douleurs diminuaient. Le pouls, qui était assez fréquent, 76 à 80 les premiers jours, est tombé à 48 pulsations; la déglutition des liquides se fait actuellement sans aucune difficulté. Si j'avais eu de l'eau de la Bourboule à ma disposition, je l'eusse fait alterner avec les préparations iodées. Je fais cesser la teinture d'iode et la remplace par une potion renfermant un gramme d'iodure de potassium et un centigramme de deutochlorure de mercure; je supprimai la pilule calmante à cause de l'intensité des vertiges et de l'apaisement des douleurs.

En prescrivant cette médication, ordinairement opposée aux accidents tertiaires de la syphilis, je n'avais pas la pensée que les lésions qui existaient chez cette femme fussent de cette nature; mais dans l'ignorance où nous sommes le plus souvent sur la constitution intime de ces néoplasies, je leur opposais une médication qui, plus que toute autre, exerce une action résolutive ou destructive sur les produits organisés morbides d'une vitalité inférieure, et cette propriété se trouvant en rapport avec les conditions des produits syphilitiques, c'est dans ce sens et non dans un autre qu'il faut entendre l'action spécifique de ces agents qui peut s'étendre à d'autres produits organiques ayant le même degré de vitalité; il n'y a de spécifique que leur mode d'action physiologique qui modifie certaines actions morbides ou, en d'autres termes, certaines déviations fonctionnelles produites par des causes morbifiques.

En même temps, je fis appliquer deux petits cautères sur les côtés de la sixième vertèbre cervicale et je fis remplir avec une pommade iodurée la dépression sus-claviculaire. Le petit ganglion que nous avions constaté dans cette région et qui avait déjà très-notablement diminué finit par disparaître; bientôt la malade commença à marcher, quoique se plaignant toujours d'engourdissements, de fourmillements dans le côté droit et d'une légère tendance à tomber de ce côté.

---

pensable au salut d'un grand nombre d'hommes; et malgré l'intérêt immense qui existait à la fois pour les calculeux et pour ceux qui leur donnaient des soins à découvrir un moyen plus facile et moins chanceux de les guérir, malgré les efforts inouïs qui furent certainement tentés pour arriver à ce but, aucune amélioration tant soit peu notable n'eut lieu ni dans la théorie ni dans la pratique de l'opération. On la faisait encore au commencement du VIIe siècle comme au temps de Suçruta. Aucun progrès sérieux ne fut fait pendant des milliers d'années, où elle resta constamment sous le joug d'un empirisme dangereux et où elle était exécutée dans l'ignorance et dans l'aveuglement. Cet état de choses dura même encore pendant tout le moyen âge et jusqu'au commencement du XVIe siècle. Ce n'est, en effet, que vers l'an 1520 qu'un médecin de Crémone, Jean de Romani, eut l'idée d'introduire préalablement le cathéter dans la vessie, afin de s'en servir comme d'un guide pour conduire sûrement l'instrument tranchant dans cet organe. Cette idée très-simple réalisa un perfectionnement considérable dans le manuel opératoire, et suffit pour faire sortir définitivement la lithotomie de la voie empirique et barbare et pour lui ouvrir la voie scientifique et rationnelle.

Ainsi la moindre réflexion, le plus petit effort d'esprit fait dans une bonne et vraie direction, une application simple et facile d'un instrument qui était dans toutes les mains, et dont l'usage et le maniement étaient vulgaires et quotidiens parmi les chirurgiens, voilà ce qu'il fallait pour amener un immense progrès et sauver la vie d'un grand nombre de calculeux! Et pourtant ce progrès ne fut réalisé qu'après des milliers d'années d'étude et de pratique! Il n'y avait rien à inventer, puisque la sonde était connue et employée même pour reconnaître si une pierre existait dans la vessie; il suffisait d'assigner à cet instrument une destination nouvelle, un autre but à atteindre, et personne n'eut cette pensée, ou du moins personne ne l'appliqua.

On ne saurait trop s'étonner de ce singulier phénomène de

La voix avait repris un timbre presque normal, avec une nuance de faiblesse et d'enrouement ; cependant l'examen laryngoscopique nous fit constater que la corde vocale droite restait immobile. Le rétablissement de la fonction vocale dépendait peut-être de ce que cette corde avait retrouvé un degré de tension suffisant sans avoir reconquis toutes ses facultés locomotrices. Ce ne fut que quinze jours plus tard que nous la vîmes se mouvoir pendant la phonation.

La disparition des autres phénomènes morbides est lente mais progressive, et cette malade continue le traitement sous l'influence duquel elle est arrivée à cet heureux résultat.

Dans les observations précédentes, l'impression morbide produite sur les nerfs pneumogastriques par les tumeurs ganglionnaires s'est manifestée principalement sous des troubles de la respiration et de la voix. Nous avons vu assez souvent cependant les vomissements accompagner les quintes de toux. Dans le fait suivant, ces vomissements constituent le phénomène le plus saillant, le plus pénible; ils sont tellement répétés, qu'ils altèrent gravement la nutrition et semblent menacer la vie du malade. Cependant leur point de départ dans une incitation anomale du nerf de la dixième paire s'affirme par des étouffements qui se reproduisent encore, quoique très-affaiblis, longtemps après que les vomissements ont cessé.

Obs. — M. D..., âgé de quinze ans environ, après une croissance rapide, commença à éprouver, au mois de septembre 1869, des étouffements pendant les repas et surtout vers la fin des repas. A ces étouffements succédèrent des vomissements peu abondants d'abord, mais qui le devinrent de plus en plus. Au mois de février suivant, les accidents persistant, le jeune malade consulta un médecin éminent de Rouen qui, après l'avoir examiné, rapporta ces accidents aux troubles d'innervation produits par une croissance trop rapide; il conseilla des applications d'eau froide sur l'épigastre : ce moyen demeura sans succès, des épistaxis survinrent qui cessèrent sous l'influence des préparations ferrugineuses. Le malade fut soumis alors à l'usage d'une potion ainsi formulée :

Brucine.....	0,05	centigrammes.
Alcool......	4	grammes.
Eau......	120	grammes.

Il en prenait une cuillerée avant le premier repas. Pendant quelques jours, le malade allait beaucoup mieux, les étouffements avaient considérablement diminué, les vomissements étaient de plus en plus rares. Mais l'effet de cette médication fut tout passager ; les vomissements reparurent bientôt avec les étouffements ; ceux-ci duraient quelquefois trente et quarante minutes ; il râlait, pleurait, et la respiration était des plus angoisseuses ; il n'avalait les liquides qu'avec une extrême difficulté. Le malade fut alors soumis à un traitement hydrothérapique qui amena comme la brucine un soulagement momentané.

Au mois d'août, dit le malade, dans une note rédigée par lui dont j'ai extrait les détails précédents, les vomissements étaient plus fréquents que jamais, plutôt muqueux qu'alimentaires.

Au mois de septembre 1870 il se rendit à Brighton dont le climat lui fut très-favorable : pendant deux mois, les vomissements cessèrent, mais ils recommencèrent au mois de novembre. Alors, sous la direction d'un médecin anglais, il fut mis à l'usage exclusif du jus de viande qu'il prenait avec un chalumeau ; en même temps, il prit à l'intérieur des médicaments dont on lui cacha la composition et on lui fit des frictions sur le cou avec un liniment. Au bout de quelques jours de ce traitement, les vomissements, les étouffements, cessèrent encore, mais ils reparurent après le retour du malade en France au mois de février 1871.

Il prit de la valériane et du valérianate d'ammoniaque qui modérèrent les accidents sans les faire cesser complétement, il éprouvait toujours le besoin de cracher avec effort pendant les repas, et quelquefois vomissait ses aliments.

L'été arrivant, il se rendit aux bains de mer, et là comme à Brighton se crut encore une fois guéri ; mais de retour en ville les accidents reparurent et persistèrent en s'aggravant pendant tout l'hiver. Au mois de mai 1872, les vomissements étaient continuels, accompagnés d'étouffements, et ne permettaient que rarement à l'estomac de conserver des aliments substantiels comme la viande rouge, les potages gras, tandis que le lard, les biscuits de mer passaient souvent avec facilité.

Les forces du jeune malade avaient considérablement diminué, il ne pouvait supporter la marche, on lui appliqua sans succès des vésicatoires de chaque côté du cou, on s'assura par le cathétérisme que son œsophage n'était le siége d'aucun rétrécissement.

Les vomissements étaient si fréquents qu'ils se répétaient quatre ou cinq fois pendant le temps consacré à l'ingestion d'un potage dont il gardait à peine quelques cuillerées.

Il vint me consulter vers la fin de mai 1872, je constatai de la matité dans la région ganglionnaire gauche et je pensai que la compression du pneumogastrique par des ganglions bronchiques tuméfiés pouvait être la cause de ces vomissements.

L'incitation morbide du nerf avait pu être partiellement et passagèrement atténuée par certains médicaments ; l'air maritime et les bains chlorurés avaient pu diminuer le volume des ganglions, il est remarquable que l'hydrothérapie à l'eau douce n'ayant amené aucun résultat, deux fois, les bains de mer et l'habitation sur la côte aient produit des effets curatifs.

Partant de cette interprétation des phénomènes, j'instituai un traitement destiné à modérer la stimulation morbide dont le pneumogastrique était le siége, et en même temps à résoudre l'engorgement ganglionnaire.

Je le formulai ainsi :

1° Maintenir sur le creux épigastrique une emplâtre de thériaque et d'extrait de belladone.

2° Quatre fois par jour boire un demi-verre d'eau de la Bourboule coupée avec du lait.

3° Tous les jours appliquer de la teinture d'iode sur le sommet gauche de la poitrine, près de la ligne médiane.

Après quinze jours de ce traitement, les vomissements avaient presque complétement disparu. Comme je le lui avais conseillé, le jeune malade se rendit aux bains de mer et y passa deux mois, continuant les applications d'iode et l'eau de la Bourboule ; les vomissements disparurent complétement ; les étouffements devinrent de plus en plus rares et de moins en moins intenses.

Revenu à Rouen à l'ouverture de l'année scolaire, ce jeune homme put rentrer dans sa pension et reprendre ses études interrompues. Il continua jusqu'au mois de décembre les applications de teinture d'iode et l'eau de la Bourboule dont il réduisit la dose de moitié.

Depuis cette époque, il cessa tout traitement; mais il y a un mois,

---

l'esprit humain, de cette pauvreté apparente dans le domaine de la réflexion, lorsqu'on le voit dans d'autres circonstances si prompt à saisir la plus petite lueur de vérité pratique. Est-il permis de croire que l'on aura donné la véritable explication de ce fait, en disant que, d'une part, les hommes de l'art ne faisaient qu'à leur corps défendant une opération qui ne sauvait qu'un petit nombre de malades et ne satisfaisait point leur sentiment d'hommes de science, et que, d'autre part, on avait généralement la brillante mais vaine espérance de guérir la pierre sans aucune opération, ce qui détournait les esprits sérieux de toutes recherches ayant pour but l'amélioration et le progrès du procédé opératoire.

Ce dont on ne peut douter, c'est que des efforts extraordinaires, incessants et opiniâtres furent tentés dans le cours des siècles pour arriver à la guérison d'une maladie aussi grave et aussi commune que la pierre. Mais ces efforts ne portèrent point, à ce qu'il semble, sur les moyens de rendre l'opération plus sûre et moins dangereuse. En tous cas, il n'en reste point de traces, ce qui prouve bien que tout le monde la regardait comme une ressource ultime et ne laissant que peu d'espoir. Les médecins ne tentaient point de l'améliorer, parce qu'ils répugnaient à la pratiquer. Sans aucun doute, les tentatives multipliées auxquelles se livrèrent les expérimentateurs pendant de longs siècles tendirent à peu près toutes à découvrir des liquides propres à dissoudre les calculs dans les voies urinaires, soit qu'on les fît prendre en boisson aux malades, soit qu'on les leur injectât directement dans la vessie à l'aide d'instruments appropriés. Les anciens livres grecs de médecine et principalement ceux de la basse époque sont remplis de formules inventées dans ce but et présentées comme devant avoir ce résultat qu'elles n'atteignaient jamais; elles nous sont restées comme pour témoigner de la direction fausse que prenaient les esprits et de l'abondance stérile dont ils firent preuve dans la poursuite de ce mirage appelé la dissolution de la pierre dans la vessie. C'est ainsi que les recherches s'égaraient dans une voie erronée et inféconde. Elles s'y maintinrent

sentant revenir de temps en temps quelques légers étouffements, après avoir toussé et expectoré pendant huit jours, il recommença les applications de teinture d'iode, et, sous leur influence, la toux a à peu près disparu.

Quant aux étouffements qu'il ressent encore de temps en temps, ils sont insignifiants, et ils cessent rapidement quand le malade boit abondamment.

Les forces sont revenues, il prend autant d'exercice qu'il est possible, se livre à l'escrime et à l'équitation. Il a grandi, s'est développé et offre toutes les apparences d'une excellente santé : ne l'ayant vu qu'un moment, dans une maison étrangère, je n'ai pas pu l'ausculter et le percuter pour m'assurer si les organes respiratoires étaient complétement revenus à leurs conditions normales : la cessation des accidents doit le faire présumer; le malade a pris l'eau de la Bourboule pendant un temps beaucoup plus long que je ne le lui avais prescrit, et il s'en est bien trouvé.

Plusieurs anatomistes ont signalé la fréquence de l'adénopathie bronchique constatée après la mort, alors que pendant la vie elle avait passé inaperçue. Les signes que j'ai indiqués permettront souvent d'en reconnaître l'existence, et je prends dans mes notes quelques observations qui nous montrent cette affection sous ses formes les plus habituelles.

Obs. I. — Une dame vient me consulter toussant depuis six mois avec des quintes semblables à celles de la coqueluche, accompagnées de sifflements; elle dort mal et a un peu maigri. Je constate de la matité dans la région ganglionnaire droite en avant et en arrière, le murmure vésiculaire est plus faible et plus aigu dans tout le côté droit, sans que la percussion et l'auscultation permettent de constater une altération du parenchyme pulmonaire. Le pharynx est semé de granulations disséminées.

Je prescrivis l'eau de la Bourboule alternant avec les préparations iodées, et pour modérer de la toux, des pilules de cynoglosse et d'extrait de ciguë.

Obs. II. — Il y a un an, je fus consulté pour un enfant âgé d'environ dix ans, qui, depuis deux ans, avait des quintes de coqueluche rebelles à tout traitement. A part cette toux, sa santé était bonne, la nutrition s'accomplissait d'une manière régulière, sauf un peu d'anémie qui marquait d'une pâleur mate la région circumlabiale.

Sur les lames gauches des quatre premières vertèbres dorsales, et au niveau de la partie correspondante des régions sternale et sous-claviére, on percevait un son obscur et une diminution de l'élasticité; dans une grande partie du côté gauche, le bruit respiratoire était plus faible et plus aigu que du côté opposé.

Je ne doutai pas qu'il n'existât chez cet enfant une adénopathie bronchique consécutive à la coqueluche, et qui, en apparence, en continuait les symptômes. Je lui prescrivis, à cet enfant, des applications de teinture d'iode, et l'eau de la Bourboule alternant avec un sirop ioduré.

Obs. III. — Quelques jours après j'étais appelé en consultation auprès d'une jeune dame atteinte d'une hypertrophie cardiaque, avec insuffisance aortique; depuis huit à neuf mois elle toussait d'une toux fréquente, quinteuse, entrecoupée de sifflements inspirateurs, tout à fait semblables, disait-elle, à la toux de la coqueluche, quoique ni elle ni son entourage, ni le médecin qui la soignait eussent jamais songé à attribuer à cette toux l'étiquette de cette maladie; ce praticien distingué était porté par la persistance de la toux et par des signes stéthoscopiques sur lesquels nous reviendrons, à admettre une affection tuberculeuse. Cependant, le facies de la malade ne justifiait pas ces craintes; elle conservait de l'embonpoint; ses crachats étaient purement muqueux et transparents. Sa voix était un peu rude, et sa respiration accompagnée parfois dans l'inspiration d'un léger *susurrus*.

Par la percussion, on trouvait un son obscur au niveau des lames gauches des premières vertèbres dorsales, dans la partie correspondante de la région sternale et sous-claviculaire. En arrière, on entendait, contre le rachis, un souffle trachéal, fort, métallique; en avant, des deux côtés, un sibilus expirateur, rude, gros, retentissant, dans une partie de l'arbre bronchique; partout la respiration était rude, faible, sibilante, mais plus faible, plus rude, plus aiguë à gauche qu'à droite. J'ai conclu à l'existence d'une adénopathie bronchique, consécutive peut-être à une bronchite, peut-être à des lésions disséminées dans la trame des poumons; mais, dans tous les cas, dominant la scène morbide, donnant à la toux son caractère coqueluchoïde, produisant ce soufle trachéal, limité en arrière à la gouttière vertébrale, ce sifflement perçu en avant des deux côtés, et ces modifications du bruit respiratoire observées dans le poumon gauche.

Ces derniers faits, pris dans ma consultation, parmi des malades que je n'ai vus qu'une seule fois, ne paraîtront peut-être pas suffisamment démonstratifs à ceux qui n'ont pas étudié cette question; mais je rappellerai que dans des cas semblables, l'autopsie a plusieurs fois justifié mes prévisions et montré les tumeurs ganglionnaires dans les limites et avec le volume que je leur avais assignés pendant la vie. Je ferai remarquer, en outre, que la présence de ces tumeurs explique des modalités respiratoires et des phénomènes d'auscultation qu'on rencontre tous les jours et dont on n'a pas donné encore d'explication.

Tout incomplètes que sont ces observations, j'ai cru devoir les rapporter, parce qu'elles montrent la maladie sous différents aspects : dans le premier cas, elle se présente isolée, caractérisée par la forme de la toux et par les signes physiques; dans le deuxième, elle succède à la coqueluche qu'elle semble prolonger; dans la troisième, l'adénopathie mêle son expression symptomatique à celle d'une bronchite peut-être elle-même la conséquence de lésions plus profondes, encore inappréciables; mais elle s'en distingue par des caractères propres, par cette toux qui l'accompagne si souvent, par les signes plessimétriques d'une tumeur médiastine, par ce souffle superficiel borné à la gouttière vertébrale, par le sibilus généralisé et par conséquent trachéal qui accompagne chaque expiration, par la faiblesse relative et l'acuité du bruit respiratoire dans un côté de la poitrine; c'est à ce titre de complication que l'adénopathie se présente le plus souvent à l'observation, et cette observation nous la fait voir sous un de ses aspects les plus communs.

J'ai parlé plus haut de la diminution de l'ampliation thoracique, consécutive à la compression d'une des bronches mères par des ganglions tuméfiés. Je ne serais pas éloigné de penser

---

pendant des siècles avec une constance, un courage et une opiniâtreté dignes d'un meilleur sort et n'aboutirent en définitive à aucun résultat utile. On voulait à tout prix éviter l'opération de la taille, et l'on ne perdit jamais l'espoir d'atteindre ce but; et il est très-vrai qu'on en arriva bien près, si l'on ne l'atteignit pas complétement, mais non point à l'aide des dissolvants.

En effet, plusieurs siècles avant que l'idée lumineuse et féconde de Jean de Romani eût été mise en pratique, il était survenu un fait chirurgical des plus intéressants. Cette sonde, ce cathéter dont la science médicale était en possession depuis les temps les plus anciens et qui rendait tant de services, soit comme instrument d'investigations pour rechercher si la pierre existait dans la vessie, soit aussi comme moyen de vider cet organe ou d'y injecter des liquides, cet outil si simple dont on n'eut pas l'idée de se servir comme guide pour le couteau du chirurgien, on avait eu la pensée de l'utiliser pour servir de conducteur d'une tige de fer propre à broyer les pierres sans opération sanglante et sans incision aucune; en un mot le cathéter ou la sonde donnèrent l'idée de l'instrument lithotrypteur ou lithotriteur; et l'art de broyer les pierres et de réduire en poussière les calculs dans la vessie même sans aucune incision fut inventé. A quelle époque eut lieu la première tentative de broiement? C'est ce qu'il est impossible de déterminer avec précision. Mais ce qu'on peut affirmer avec certitude, c'est que la lithotritie était pratiquée au commencement du IXe siècle de notre ère.

René Briau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

que ce trouble fonctionnel longtemps prolongé put amener un rétrécissement de la cavité thoracique. Dernièrement, chez un malade qui avait au sommet du poumon droit une induration tuberculeuse et en même temps des signes d'adénopathie bronchique, j'ai observé une dépression de tout le côté correspondant, semblable à celle qui succède aux pleurésies. Cependant le malade affirmait n'en avoir jamais eu, ce qui n'est pas assurément un motif suffisant pour en rejeter la possibilité, le poumon paraissait sain dans les deux tiers inférieurs. Je me suis demandé si le rétrécissement de la bronche droite ne pouvait pas avoir une part dans cette dépression de la cage troracique du côté droit.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

VACCINATION. — M. *Moussu* adresse, pour le concours des prix de médecine et chirurgie (fondation Montyon), un mémoire sur l'inoculation et la transmission de l'érysipèle phlegmoneux par la vaccination ou la revaccination. (Renvoi à la commission.)

PHÉNOMÈNES VITAUX. — Un auteur, dont le nom est contenu dans un pli cacheté, adresse, pour le concours des prix Lacaze, deux mémoires relatifs, l'un aux centres d'action du système nerveux, l'autre aux forces universelles appliquées à la connaissance des phénomènes vitaux. (Renvoi à la commission.)

INFLUENCE QUE LES MODIFICATIONS DANS LA PRESSION BAROMÉTRIQUE EXERCENT SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE. 10e note de M. *P. Bert*. — Voici les résultats principaux des expériences :

On force un moineau à respirer dans un sac de caoutchouc contenant environ 50 litres d'air suroxygéné. La mort survient en quatre ou cinq heures, et l'on voit alors que l'air du sac contient de 35 à 45 pour 100 d'acide carbonique.

Les phénomènes présentés par l'animal sont les suivants : 1° Le sang artériel demeure très-riche en oxygène jusqu'à la mort; 2° le nombre des respirations diminue assez rapidement, sans que leur amplitude augmente en proportion ; 3° les pulsations tombent plus vite encore ; mais elles persistent pendant plusieurs minutes après que la respiration a cessé; 4° la température va en s'abaissant avec une rapidité extraordinaire; 5° au moment où le sang artériel contient environ 80 volumes d'acide carbonique, l'animal devient complétement insensible, sauf à l'œil, où la sensibilité ne disparaît que vers 100 volumes; 6° après la mort, les nerfs moteurs et les muscles conservent comme à l'ordinaire leurs propriétés; 7° les tissus sont chargés d'acide carbonique.

Les animaux qui périssent par suite du confinement dans l'air comprimé présentent les mêmes phénomènes. Chez eux aussi la respiration se ralentit notablement, le cœur continue à battre après la mort, la température s'abaisse prodigieusement, la mort survient sans aucune convulsion, après une longue période d'insensibilité, le sang demeure suffisamment riche en oxygène et se sature presque, ainsi que les tissus, d'acide carbonique.

Dans l'empoisonnement par l'acide carbonique, voici ce qu'on observe :

A. L'animal respirant en vase clos, dans des conditions où l'oxygène ne lui fera pas défaut, la tension croissante de l'acide carbonique dans l'air maintient une proportion croissante du même gaz dans le sang, de telle sorte que l'acide carbonique, produit dans la profondeur des tissus, reste de plus en plus dans ces tissus; l'organisme s'en sature presque. Il agit alors tout particulièrement sur les centres nerveux et amène la mort par cessation des mouvements respiratoires. B. Aucune agitation, aucun mouvement convulsif ne précède la mort. C. L'abaissement rapide de la température me paraît mériter une attention particulière. D. Le cœur, tout en ralentissant d'assez bonne heure ses battements, n'en demeure pas moins l'*ultimum moriens*. Cette persistance des battements du cœur, le maintien de la pression cardiaque à une valeur élevée, éloignant toute crainte de syncope, paraissent à l'auteur mériter d'appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi, comme anesthésique, de l'acide carbonique produit par la respiration de l'oxygène en vase clos. A un moment où il n'y a aucune espèce de danger pour la vie de l'animal, on peut écraser les doigts de celui-ci, lui tailler les membres sans obtenir signe de douleur ni mouvement réflexe.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées pendant l'année 1871 dans le département du Var et pendant l'année 1872 dans les départements du Jura et de la Savoie. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1870-1871 sur le territoire de Belfort ; pendant l'année 1872 dans les départements de la Seine-Inférieure et du Pas-de-Calais, ainsi que les rapports produits par les médecins de ce service pour les arrondissements d'Arras, Boulogne, Montreuil, Saint-Pol et Saint-Omer. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. *Pigeon* sur une nouvelle théorie du sommeil. — *b*. Une lettre de remercîments de M. *Ercolani* pour le titre de correspondant étranger qu'elle lui a accordé.

M. *Devilliers* présente, au nom de M. *Gallard*, un nouvel aspirateur destiné à abréger l'opération de la thoracocentèse.

M. *Richet* dépose sur le bureau un volume intitulé : ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE CLINIQUE, par M. *Guyon*.

M. *Roger* présente, au nom de M. *Bonafond*, un ouvrage ayant pour titre : TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE ET DES ORGANES DE L'AUDITION.

M. *Larrey* offre en hommage à l'Académie : 1° Un travail de M. le docteur *Marvaud* sur les casernes et les camps permanents. 2° Une brochure de M. le docteur *Bedoin* sur les balles explosibles.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'un extrait du testament de M. le docteur Herpin, qui lègue à l'Académie une somme destinée à fonder un prix quadriennal sur *la meilleure méthode de traitement abortif* d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit à sa période d'incubation.

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE. — M. *Colin* lit ensuite un travail sur la transmission de la tuberculose d'un animal à un autre par les voies digestives.

La chair d'un animal phthisique peut-elle développer des tubercules chez un autre animal? Telle était la question à résoudre. Question fort importante, comme on le voit, au point de vue de l'alimentation et de l'hygiène publiques.

M. Colin a répété des expériences qu'il avait déjà faites en 1866. Il fait manger à des animaux de la matière tuberculeuse ou des organes infiltrés d'éléments tuberculeux. Ses expériences, faites sur des animaux de toute grandeur (taureaux, béliers, chiens, porcs, lapins, cobayes, rats, pigeons, etc.), ont toujours été négatives, et jamais il n'a trouvé la moindre lésion, la moindre trace de tubercule dans les viscères.

M. Colin en conclut que l'ingestion de la chair d'animaux morts de phthisie ne peut pas rendre phthisique.

M. *Bouley* pose quelques réserves au nom de M. Chauveau, qui est arrivé à des conclusions diamétralement opposées.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — M. *Briquet* continue et termine aujourd'hui ses réflexions sur l'étiologie du typhus exanthématique.

Après une rectification relative aux opinions de M. Cazalas sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, M. Briquet étudie les conditions qui ont amené et favorisé chez nos soldats le développement du typhus en 1814 et en 1870. La différence des conditions hygiéniques expliquent parfaitement les différences qu'ont présentées la maladie à ces deux époques.

Le typhus est-il une maladie importée? M. Briquet ne teaux; on fera bien de prendre les petits couteaux à lame étroite.

l'admet pas. Le typhus, l'histoire est là pour le démontrer, est une conséquence inévitable de la guerre; typhus et guerre sont deux fléaux qui se tiennent et vont rarement l'un sans l'autre.

Quant à l'influence des races, elle n'est nullement démontrée.

M. *Fauvel* prend ensuite la parole. Après avoir écarté la question soulevée par M. Briquet sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, question jugée aujourd'hui, dit-il, et sur laquelle il n'y a plus à revenir, M. Fauvel se propose d'examiner à son tour les idées et les théories de M. Chauffard, et de voir si elles sont d'accord avec les faits qu'il a pu observer dans les trois grandes épidémies dont il a été témoin.

L'orateur n'a pu lire aujourd'hui qu'une partie de son travail et nous renvoyons pour les détails nos lecteurs au BULLETIN DE L'ACADÉMIE, où ils trouveront les remarquables pages que M. Fauvel a écrites sur le typhus d'Orient.

Il résulte de cette première lecture que dans la guerre de Crimée le typhus n'a pas paru brusquement, inopinément, comme une maladie importée, mais qu'il s'est développé lentement, graduellement et d'une façon insidieuse; que son apparition a été précédée, favorisée par des maladies antérieures (gangrènes, diarrhée, dysentérie, scorbut, etc., etc.), par les mauvaises conditions hygiéniques, une alimentation insuffisante, l'encombrement, l'entassement, etc., en un mot par toutes les causes admises jusqu'à ce jour pour l'étiologie du typhus. M. Fauvel en donne encore une preuve par la marche que suivit le fléau dans les deux armées française et anglaise, qui pourtant vivaient côte à côte; chez les Anglais, d'abord fort éprouvés, les cas de mort altèrent en diminuant à mesure que les conditions hygiéniques s'amélioraient, tandis que le typhus prit des proportions redoutables dans notre armée, où la routine administrative laissait nos soldats dans des conditions hygiéniques déplorables.

M. Fauvel conclut qu'on doit s'en tenir pour l'étiologie du typhus aux causes banales généralement reconnues. Elles suffisent parfaitement pour expliquer l'origine et les progrès de cette maladie; il n'est nullement nécessaire d'invoquer l'idée de race ou d'importation.

Quant au siége de Paris, les faits rapportés par M. Chauffard à l'appui de sa théorie sont insuffisants. Les états typhiques se multipliaient, les maladies prenaient une gravité toute particulière, et il était grand temps que le siége se terminât, car le typhus allait venir.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

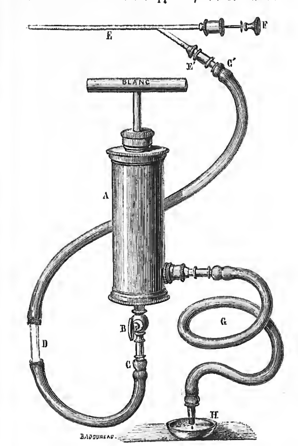
NOUVEL APPAREIL ASPIRATEUR POUR THORACOCENTÈSE. — PROCÉDÉ NOUVEAU POUR LE DOSAGE DE L'URÉE : URÉOMÈTRE ET BAROSCOPE A GAZ. — UN CAS DE CYANOSE DES EXTRÉMITÉS. — ACCIDENT CAUSÉ PAR LES PASTILLES DE KERMÈS.

M. *Gallard* montre un instrument aspirateur construit sur ses indications par M. Blanc. Cet instrument, d'un emploi facile et d'un prix relativement peu élevé, est destiné à la thoracocentèse et généralement à toutes les ponctions où l'aspiration peut être employée. Il se compose d'une pompe aspirante et foulante A, réunie par un tube de caoutchouc D, à un trocart spécial E; un autre tube de caoutchouc G conduit le liquide aspiré, du corps de pompe dans un récipient quelconque H. On comprend trop facilement le jeu de l'appareil pour que nous insistions.

Le trocart est construit de telle sorte qu'il ne puisse s'introduire une seule bulle d'air pendant l'opération, bien qu'on ait retiré la pointe de l'instrument d'une certaine longueur.

On peut encore avec cet appareil faire des injections : il suffit, pour cela, de déplacer les tubes de caoutchouc pour les mettre en rapport avec le jeu de soupape qui répond à la nouvelle direction du courant liquide.

M. Gallard a eu plusieurs fois l'occasion de faire l'opération de la thoracocentèse avec cet appareil, et il se loue beaucoup



de la simplicité de la manœuvre et de la rapidité de l'écoulement.

— M. *G. Esbach* présente à la Société un appareil simplifié pour le dosage de l'urée.

La réaction chimique utilisée est basée sur la décomposition de l'urée par l'hypobromite de soude. L'acide carbonique est absorbé par la soude, et l'azote est mis en liberté. On dose ce dernier gaz et l'on obtient la quantité correspondante d'urée. Quand l'urine est albumineuse, il faut au préalable précipiter l'albumine et filtrer le liquide.

L'uréomètre est un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités, long de 38 centimètres et gradué en dixièmes de centimètres cubes. A la cent quarantième division, le trait est prolongé pour servir de repère. La capacité totale du tube est de 28 centimètres cubes.

Pour procéder à l'analyse, on verse 6 centimètres cubes de la solution bromée (eau filtrée 130 centimètres cubes, lessive de soude 50 centimètres cubes, brome 2 centimètres cubes) dans le tube, puis on ajoute de l'eau pure jusqu'à la cent quarantième division. On verse ensuite 1 centimètre cube d'urine, puis on agite fortement le tube après l'avoir fermé exactement avec le pouce. Cela fait, on plonge le tube dans une cuve à eau : le niveau s'abaisse dans le tube en raison de l'azote produit. On incline alors le tube dans la cuve de manière à faire coïncider le niveau dans le tube et dans la cuve. Enfin on lit la division à laquelle correspond le niveau du liquide. La différence du niveau du liquide dans le tube avant l'opération et après représente la quantité d'azote fournie par l'urée. En se reportant à une table de réduction qui tient compte des conditions de la température et de la pression barométrique, on

a exactement le chiffre d'urée correspondant contenu dans 1 centimètre cube. Le calcul fournit la quantité totale de l'urée des urines de vingt-quatre heures.

Ce procédé d'analyse ainsi simplifié est suffisamment exact et répond à tous les besoins de la clinique. Il est vrai que la réaction par l'hypobromite fournit une petite quantité d'azote provenant de la créatine et de l'acide urique (5,4 pour 100 environ), mais ce que l'on cherche à établir par les analyses d'urée, c'est la perte de l'organisme en matériaux azotés : peu importe dès lors d'où provient l'azote.

M. Esbach présente aussi un petit instrument qu'il appelle baroscope à gaz et qui donne en chiffres barométriques la mesure de la tension d'un gaz enfermé dans un vase clos. Cet instrument tient lieu de baromètre et de thermomètre à air. Il est utilisé dans la construction de la table de réduction pour le dosage de l'urée.

Tout cet outillage, uréomètre, flacon à hypobromite, pipettes, verre, cuve à eau, etc., est enfermé dans une boîte portative.

— M. *Vidal* présente une malade qui offre un exemple de cyanose des extrémités, sans lésions cardiaques ou pulmonaires. Cette cyanose s'est produite au mois de janvier à la suite d'une émotion vive. Il a employé jusqu'ici inutilement la valériane et l'arsenic.

— M. *Blachez* communique un petit fait de pratique intéressant. Il avait prescrit à un de ses clients, atteint de bronchite, l'usage des pastilles de kermès. Or, un matin, le malade se plaignit de souffrir de la langue, et M. Blachez vit sur la face supérieure de cet organe une assez longue ulcération, sur laquelle on voyait les papilles à nu, dépourvues de leur gaîne épithéliale. Les bords de l'ulcération étaient garnis de franges formées par les gaînes épithéliales des papilles voisines non altérées.

Le malade rapportait cette ulcération aux pastilles de kermès; il s'était la veille endormi avec une pastille dans la bouche; en s'éveillant, il avait craché des lambeaux d'épithélium et la pastille incomplétement fondue.

M. Blachez chercha la cause de cet accident. Les pastilles étaient bien faites. La salive du malade n'était pas acide, elle était neutre. Il y avait lieu de se demander si le kermès, oxysulfure d'antimoine, ne peut pas, dans certaines conditions, donner naissance à de l'émétique. M. Wurtz ne croit pas qu'il puisse y avoir une transformation de ce genre.

Le kermès n'est pas un escharotique, et cependant M. Blachez, ayant placé une pastille de kermès sur le dos d'une grenouille, a vu, au bout de quelques minutes, la peau se gonfler et sécréter une assez grande quantité de liquide.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est intéressant à signaler.

M. *Bernutz* dit que le kermès contient souvent du tartre stibié en certaines proportions. Il croit que c'est à la présence de ce sel qu'est due la lésion signalée par M. Blachez.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

M. *Paulet* fait un rapport sur un travail adressé à la Société de chirurgie par M. Després (de Saint-Quentin). Il s'agit d'un mode particulier d'opérer la cataracte. Aujourd'hui, suivant l'auteur, on met complétement de côté la méthode de l'abaissement. M. Després attribue tous les insuccès qui suivent l'abaissement à ce que le cristallin reste corps étranger après l'opération, et à la déchirure de la zonule de Zinn pendant l'opération. M. Després commence par extraire le cristallin de sa capsule, pour ne pas tirailler la zonule de Zinn, puis il récline le cristallin. Lorsque cette lentille est dans l'humeur aqueuse, elle est absorbée et n'agit plus comme corps étranger. Trois fois le cristallin fut laissé derrière le champ pupillaire, et au bout de trois mois il s'était résorbé. C'est une véritable discision dans laquelle le cristallin est complétement isolé de sa capsule; on le laisse dans l'humeur aqueuse, au lieu de le conduire dans l'humeur vitrée.

M. *Giraud-Teulon* demande l'âge des malades qui ont eu leur cristallin résorbé par l'humeur aqueuse.

M. *Paulet*. Cinquante-cinq ans, soixante-cinq ans et soixante-quatre ans.

M. *Giraud-Teulon* dit que cette pratique est absolument contraire à tout ce que l'on connaît. Le procédé de M. Després est formidablement dangereux chez les malades âgés.

— M. *Dolbeau* revendique en faveur des chirurgiens des hôpitaux le droit et le devoir d'opérer la cataracte. Ce ne sont pas des doigts habiles, mais des médecins opérateurs qu'il faut pour juger l'opération de la cataracte. Sauf pour les cas exceptionnels, l'extraction seule doit être mise en cause; cela est accepté par tout le monde. L'extraction demande une grande habileté; presque tout dépend de la main qui opère. Il faut s'incliner devant les opérateurs qui sont dextres, soit naturellement, soit après une nombreuse pratique.

Pour comparer le procédé de Daviel aux autres procédés d'extraction linéaire, M. Dolbeau n'aura pas recours à la statistique. La statistique permet de juger la mortalité dans les grandes opérations, mais elle ne pourrait décider entre les divers procédés d'extraction. Il n'y a pas une cataracte qui ressemble à une autre cataracte. L'opération de Daviel donne des résultats supérieurs à l'extraction linéaire, quel que soit le procédé employé; en supposant l'opération bien faite dans les deux méthodes et aucun accident ne survenant, le résultat obtenu avec l'opération de Daviel est incomparablement supérieur.

Il y a des accidents imprévus qui se rencontrent dans tous les procédés, dans la méthode linéaire comme dans la méthode de Daviel. Dans ces dernières années, on a tout fait pour compliquer l'opération de la cataracte. M. Dolbeau a été surpris de voir abandonner la méthode de Daviel pour prendre l'opération de de Graefe; il faut bien réfléchir avant de faire un tel choix. Il est convaincu que la méthode allemande ne vaut pas l'autre, car elle est plus difficile et expose à plus d'accidents. Au lieu de chercher une large porte de sortie, on fait une petite incision; autrefois quand une goutte de sang tombait dans la chambre antérieure, c'était une maladresse; aujourd'hui on coupe le canal de Schlemm. Le cristallin sortait seul; maintenant il faut des curettes et des tracteurs. M. Dolbeau espère qu'on reviendra bientôt à la kératotomie supérieure avec un lambeau moyen et sans iridectomie.

M. Dolbeau repousse l'iridectomie. Quand la porte est assez grande, on peut extraire le cristallin sans contondre l'iris; c'est une mutilation inutile qui n'empêche pas toujours l'iritis et la suppuration du globe oculaire. L'opération de de Graefe met à l'abri des sinistres chirurgicaux immédiats; on ne vide pas l'œil, mais les résultats incomplets sont très-communs, et souvent on voit, malgré l'iridectomie, des fausses membranes obturer la pupille.

Faut-il endormir les malades? Dans l'opération de Daviel cela n'est pas nécessaire; c'est une pratique mauvaise qui ne peut être justifiée que par les manœuvres difficiles et complexes de l'extraction linéaire. Quand on est appelé en province, on ne peut pas emmener cinq à six aides pour faire l'opération de de Graefe; il sera toujours facile de faire seul l'opération de Daviel.

Autrefois les chirurgiens développaient trop de dextérité, opérant avec la main gauche ou la main droite et le malade étant assis. On avait tort. Il vaut mieux fixer l'œil solidement et opérer le malade couché. On employait d'énormes cou-

On a tant perfectionné la mécanique opératoire qu'on a oublié l'influence de la santé générale, des milieux, des saisons. Tonnelé opérait au printemps et à l'automne. Il commençait par opérer six ou huit malades et voyait s'ils guérissaient avant d'opérer les autres. En juin 1872, M. Dolbeau opéra un œil, à l'hôpital Beaujon, par la méthode de de Graefe; le même jour, en ville, il opéra deux yeux sur une femme par la méthode de Daviel, et un autre œil chez un homme, avec iridectomie, à cause d'une synéchie. Tout alla bien chez ces opérés jusqu'au cinquième jour; alors tous furent pris d'iritis, qui amena chez tous la fonte purulente du globe. A cette époque il y eut des pluies torrentielles pendant plusieurs semaines, et une grande clinique de la ville dut fermer ses portes, parce que tous les yeux opérés fondaient.

En résumé, M. Dolbeau conseille de réserver l'extraction linéaire pour les cas exceptionnels, et de garder la méthode de Daviel pour la généralité des cas. Enfin, l'iridectomie doit être considérée comme une ressource opératoire.

M. *Panas*. Que reproche-t-on à l'ancienne opération de Daviel, et pourquoi a-t-on cherché à la remplacer par d'autres? 1° elle expose trop souvent à la perte de l'œil par suppuration phlegmoneuse totale; 2° elle nécessite un séjour au lit et des soins consécutifs trop prolongés. Pour éviter la suppuration, on a cherché la réunion immédiate du lambeau, en donnant à la plaie la forme d'une simple fente ou d'un lambeau très-peu élevé. Mais on vit bientôt que la linéarité de la plaie ne suffisait pas et qu'il fallait donner à celle-ci une étendue suffisante pour permettre la sortie facile du cristallin. C'est à de Graefe que revient l'honneur d'avoir agrandi la porte de sortie en ajoutant à l'incision cornéenne 3 millimètres de section sur la sclérotique. En restant à peu près dans le plan d'un grand cercle, on avait ainsi la coaptation exacte des lèvres et l'issue facile de la lentille. Aujourd'hui on rend l'incision de de Graefe moins périphérique, mais il n'est pas juste de dire, avec M. Perrin, qu'il ne reste plus rien du procédé de de Graefe.

L'iridectomie offre-t-elle des inconvénients? Extrêmement peu ou pas du tout. On peut éviter l'épanchement de sang dans la chambre antérieure, et les imperfections optiques ne peuvent entrer en ligne de compte. Grâce à l'iridectomie, on évite le resserrement persistant de la pupille après l'écoulement de l'humeur aqueuse; l'extraction des débris de la lentille ou de la capsule est plus complète; enfin les cataractes molles, congénitales ou traumatiques, celles compliquées d'adhérences, peuvent être opérées en une séance, tandis qu'autrefois il fallait se contenter de la discision répétée en plusieurs séances. L'iridectomie met le plus souvent à l'abri des synéchies antérieures et des irido-cyclites consécutives.

Selon M. Panas, si l'incision par trop périphérique de de Graefe est un obstacle à la sortie facile du cristallin, celle linéaire et plus ou moins centrale n'en est pas un moindre. La vraie position à choisir lui paraît être celle donnée à l'ancienne kératotomie à lambeau, correspondant ou à peu près à la circonférence même du cristallin. La moindre pression exercée sur l'œil en bas suffit alors pour porter la circonférence du cristallin en haut, dans le canal de la plaie, pendant que la pression intra-oculaire en arrière et la résistance de la cornée en avant maintiennent celui-ci dans le plan vertical, passant par la plaie faite à la cornée et par l'équateur cristallinien. Que l'incision soit pratiquée en arrière de ce plan, qui est celui du cristallin, après l'écoulement de l'humeur aqueuse, comme dans le procédé intra-scléral de de Graefe, ou qu'elle soit faite en avant et vers le centre de la cornée, comme le veulent MM. Giraud-Teulon, Perrin, Notta, etc., c'est se créer des difficultés et des dangers par suite de la forte bascule que le cristallin devra exécuter sur son axe transversal.

SÉANCE DU 14 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

DE LA PONCTION ASPIRATRICE DANS LES ÉPANCHEMENTS DU GENOU. — EXSTROPHIE COMPLÈTE DE LA VESSIE. — PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. *Després*, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Cruveilhier et Després, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. Dieulafoy : de la ponction aspiratrice dans les épanchements du genou. Le mémoire de M. Dieulafoy renferme l'observation de vingt-deux malades chez lesquels on a fait soixante-cinq fois la ponction de l'articulation du genou, sans accidents; comme l'auteur ne parle que des épanchements séreux, séro-sanguinolents et purulents, le fait rapporté par M. Dubreuil ne peut être invoqué, puisqu'il s'agissait là d'un épanchement de sang compliquant une fracture de rotule ; M. Dieulafoy ne fait pas la ponction dans des cas semblables.

Si l'on considère la durée du traitement, on voit que la nouvelle méthode, le plus souvent, ne guérit pas plus vite que le traitement classique; dans quelques observations, cependant, la rapidité de la guérison est remarquable.

Les quantités de liquide obtenues par l'aspiration sont en moyenne : 60 grammes dans les hydarthroses traumatiques, 70 grammes dans les hydarthroses rhumatismales, 40 grammes dans les épanchements purulents.

Chez plusieurs malades, on a observé la reproduction de l'épanchement, et la ponction a été faite deux, trois et quatre fois.

Il résulte du rapport très-bien fait de M. Després que, dans les hydarthroses traumatiques, l'ancienne méthode donne des résultats aussi bons que la méthode aspiratrice.

Dans les hydarthroses rhumatismales, la ponction aspiratrice n'est d'aucune utilité.

Dans les arthrites blennorrhagiques, les vésicatoires seront employés de préférence.

Dans les hydarthroses chroniques, qui résistent au traitement classique, la ponction aspiratrice sera employée utilement. Quant aux épanchements sanguins articulaires, il serait dangereux de les ponctionner.

M. *Blot* admet les conclusions de M. Després ; on ne peut pas accepter la ponction des articulations pour des épanchements de 60, 70 et même 120 grammes de liquide. Ponctionner une jointure quand on peut guérir par d'autres moyens, cela n'est pas admissible, car la ponction d'une articulation peut être suivie d'accidents terribles.

M. *Dubreuil* communique un cas de mort à la suite d'une ponction aspiratrice dans une hydarthrose chronique; le fait appartient à un médecin qui désire garder l'anonyme.

M. *Verneuil* vient combattre un argument invoqué par M. Dieulafoy en faveur de la ponction aspiratrice dans l'hydarthrose aiguë ; cette ponction supprimerait instantanément les douleurs parfois si violentes qui accompagnent cette maladie. Un des internes de M. Verneuil fit ainsi la ponction d'un genou; deux heures après, le malade ne souffrait plus, mais le soir les douleurs revinrent aussi intenses qu'avant l'opération. M. Verneuil immobilisa la jointure; la douleur disparut pour ne plus revenir; l'immobilisation du membre suffit donc dans ces cas.

MM. Demarquay, Dolbeau, Panas, Marjolin, Duplay, Sée, Dubreuil, s'associent aux conclusions de M. Després.

— M. *Pénard* (de Rochefort) lit une observation d'exstrophie complète de la vessie chez une petite fille.

— M. *Cazin* (de Boulogne) lit une observation de varice artérielle de l'artère temporale ; à la suite d'un coup de bâton sur la région pariétale gauche, la branche antérieure de la temporale commença à devenir variqueuse. L'enfant a déjà été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 12 mars par M. Panas. Opération le 27 mars. M. Cazin a fait trois ligatures

et a posé six aiguilles de Simpson; en tout, neuf points de constriction. On ne fit pas d'injection de perchlorure de fer, car le sang se coagula spontanément. Le malade est aujourd'hui guéri.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 MAI 1873.—PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

EXPÉRIENCES SUR LA TRIMÉTHYLAMINE : M. LABORDE. — PARALYSIE SPINALE GÉNÉRALE AIGUE : MM. LÉPINE ET CORNIL. — SIGNES DIAGNOSTIQUES DU DÉLIRE ALCOOLIQUE FÉBRILE : M. MAGNAN.

M. *Laborde* communique les résultats de plusieurs expériences sur l'action de la propylamine des officines, c'est-à-dire de la triméthylamine. Pour cette fois, il s'est principalement occupé de l'action de la propylamine sur le cœur. Ses recherches ont porté sur des cobayes, des grenouilles et des chiens; chez ceux-ci, il a fait des injections dans l'estomac et des injections dans les veines. Les conclusions de ces expériences sont que la triméthylamine n'est pas un poison cardiaque; cette substance ne produit pas de ralentissement du cœur chez le cobaye et le chien, elle agit comme excitant du système nerveux, détermine à hautes doses des contractions musculaires, l'exagération des mouvements réflexes; localement, elle est très-irritante, en injection sous-cutanée elle produit des phénomènes d'irritation intense.

M. Laboulbène observe à ce propos que la composition variable du produit désigné sous le nom de *propylamine*, est un obstacle sérieux pour les expériences physiologiques ou cliniques, et qu'on emploie de préférence le chlorhydrate de propylamine; quant à présent, il n'en a pas observé des faits notables au point de vue clinique, l'expérimentation continue dans les hôpitaux.

Suivant M. Lionville, un des effets les plus précis de la propylamine est son action diurétique. M. Laboulbène a également observé ce phénomène.

M. Carville désire qu'on étudie comparativement les phénomènes produits par la propylamine et ceux que l'ammoniaque et les sels ammoniacaux peuvent présenter; alors on pourra apprécier à sa juste valeur l'action de la propylamine.

— M. *Lépine* rapporte l'observation d'un malade qui a présenté cliniquement les symptômes de la paralysie spinale générale aiguë: l'autopsie faite avec le plus grand soin a montré qu'il y avait dans toute l'étendue de la moelle une infiltration de corps granuleux ressemblant à des leucocytes, et en même temps des corps granuleux qui présentaient par leur volume, par leur nucléole brillant, le caractère de cellules nerveuses dégénérées. L'examen histologique a été fait par M. Cornil, cette observation très-complète comptera parmi les plus importantes sur ce sujet.

— M. *Magnan* fait sur l'alcoolisme aigu une communication qui présente un grand intérêt au point de vue clinique, il s'agit des signes qui permettent de diagnostiquer la forme grave de la forme bénigne du delirium tremens fébrile, c'est-à-dire les accidents mortels des accidents quelquefois passagers de l'alcoolisme aigu.

Le symptôme le plus important est la marche de la température; dans les cas graves, elle est ascendante, elle s'élève de 38 à 39 degrés dès le premier jour, et monte jusqu'à 40, 41, 42 degrés, et même dans un cas elle a atteint 43 degrés au moment de l'agonie; au contraire, dans les cas se terminant par la guérison, la marche de la température présente, dès les quatre ou cinq premiers jours, des oscillations qui annonce une défervescence assez prompte; lorsque pendant deux ou trois jours la température oscille autour de 38 degrés, le cas est simple, la guérison peut être annoncée.

Un second signe peut être déduit de l'examen approfondi du tremblement; en effet, en dehors du tremblement bien connu, on observe dans les cas graves un trouble de la motilité plus accentué: il s'agit de frémissements, de trémulations musculaires que la pression des muscles détermine; ces frémissements ou contractions musculaires existent dans les muscles percutés ou fortement pressés; dans les superficiels comme dans les profonds, il offre ce caractère remarquable qu'on peut le produire même pendant le sommeil des malades.

Le troisième signe, moins important, est constitué par la faiblesse et une paralysie qui arrive jusqu'à la paraplégie des membres inférieurs. La marche de la température permettant la précision du diagnostic est un fait dont la découverte appartient complétement à M. Magnan; elle permet de différencier le delirium tremens alcoolique dû à des excès alcooliques et suivant immédiatement ceux-ci, du delirim tremens des blessés et des malades chez lesquels la température présente une marche qui est immédiatement liée aux complications, le traumatisme, la pneumonie, l'érysipèle, et suit le cycle ordinaire de ces affections. Dans le delirium tremens fébrile idiopathique ou mieux alcoolique, la marche de la température est particulière; elle est peut-être en rapport avec les altérations dont le plus haut degré s'observe dans les cas graves sous forme d'hypérémie de la substance grise de l'axe cérébro-spinal à laquelle s'ajoutent des hémorrhagies miliaires.

Ainsi le délire, le tremblement, l'agitation, l'apparence de chaleur à la peau, d'accélération du pouls, sont des phénomènes difficiles à interpréter dans le delirium tremens fébrile; au contraire, l'étude de la température, celle des contractions fibrillaires des muscles permettent une précision remarquable dans le diagnostic et surtout dans le pronostic. C'est à la suite de nombreuses observations que M. Magnan est arrivé à découvrir et à établir l'importance de ces symptômes.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi des suppositoires de gélatine dans l'accumulation des matières fécales dans le rectum ou coprostase, par le docteur Nagel.

La constipation opiniâtre produit, dans certains cas, l'accumulation à l'intérieur du rectum ou de l'S iliaque de matières extrêmement dures, de scybales, qui sont un accident ordinairement difficile à traiter et pouvant obliger le médecin à l'emploi fort désagréable de la curette anale; l'emploi des lavements multipliés, des purgatifs les plus énergiques, est accompagné souvent de douleurs très-vives et quelquefois n'amène qu'une évacuation incomplète. M. Nagel affirme avoir trouvé un mode de traitement très-simple, et, dans tous les cas, si inoffensif, qu'on peut l'essayer sans crainte. Il s'agit de suppositoires de gélatine, dont ce médecin a observé d'excellents effets dans les cas où des matières dures sont accumulées dans le rectum ou l'S iliaque, et qu'il désigne sous l'expression très-significative de coprostasis ou mieux, en grec francisé, coprostase.

Les suppositoires sont faits avec de la gélatine brune; on les laisse tremper douze heures dans l'eau, et lorsqu'ils sont ramollis et gonflés, on les introduit dans le rectum. En soumettant les malades à un régime convenable, on obtient une évacuation de matières pultacées dans le cours des vingt-quatre heures. L'auteur attribue le mode d'action du suppositoire de gélatine à des propriétés hygrométriques. Cette explication semble rationnelle, mais il faudrait peut-être tenir compte également de l'action du suppositoire sur la muqueuse rectale et sur la sécrétion du suc intestinal. (*Allgemeine Wiener Mediz. Zeit.*, 1er avril 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures.

Les variétés d'origine et de siége des fistules à l'anus ou près de l'anus sont nombreuses, et il y a avantage au point de vue des indications thérapeutiques à définir certaines espèces. C'est ce que vient de faire M. Pozzi, dans une monographie des fistules pelvi-rectales supérieures. Celles-ci sont des fistules à l'anus très-profondes, généralement borgnes externes dont le trajet, passant en dehors de toutes les parois intestinales dans le tissu cellulaire pelvi-rectal, aboutit à une dilatation supérieure, au-dessus du releveur de l'anus. Ainsi ces fistules se développent, non dans les fosses ischio-rectales, mais dans le tissu cellulaire qui existe entre le releveur de l'anus et le péritoine, elles ont un trajet de 11 centimètres en moyenne, la cloison qui sépare le rectum du trajet fistuleux est épaisse dans toute sa hauteur. C'est, en résumé, un abcès qui se forme au-dessus du releveur de l'anus, le pus retenu par ce muscle s'accumule, forme une sorte de cavité ou d'ampoule, et à la longue se fraye un passage étroit à travers les fibres musculaires, le long du rectum. On voit qu'il y a là une marche très-différente de celles des fistules à l'anus, et même des fistules à l'anus à orifice interne placé très-haut. Les caractères diagnostiques sont précisément l'absence d'écoulement du pus par le rectum, la sensation que le toucher rectal donne de l'épaisseur du trajet, celle-ci permettant à peine au doigt de sentir le stylet introduit dans le trajet à une hauteur toujours considérable. La pression du doigt permet de faciliter l'écoulement du pus qui se fait en abondance lors de la compression de l'ampoule supérieure, signe très-caractéristique.

L'étiologie de ces fistules n'est pas établie encore avec une grande précision, l'auteur admet une rectite, une phlébite d'hémorrhoïdes internes, une inflammation de la prostate se propogeant au tissu cellulaire pelvi-rectal supérieur, une inflammation à marche chronique. M. Pozzi rapproche de ce groupe les fistules pelvi-rectales supérieures dues à une altération osseuse, c'est-à-dire formées par un abcès ossifluent. Nous ne savons si les observations de ce genre sont nombreuses, (M. Pozzi en cite deux, l'une de Sabattier, l'autre de M. Duplay), pour qu'on ait pu séparer ces deux groupes; mais, dans tous les cas, nous regrettons que M. Pozzi n'ait pas nettement séparé les fistules pelvi-rectales, dont il donne des exemples, des abcès ossifluents, parce que, si la marche et la disposition semblent analogues, le traitement est bien différent; il y a avantage, du moment où l'on établit des espèces, à n'admettre comme telles que des lésions bien semblables dans tous leurs caractères. D'ailleurs M. Pozzi s'occupe à peu près exclusivement des fistules pelvi-rectales idiopathiques, c'est-à-dire sans altérations osseuses.

Au point de vue historique, les fistules pelvi-rectales ont été longtemps confondues avec les fistules à orifice supérieur très-élevé, contre lesquelles on proposait généralement l'abstention d'une opération qui pouvait léser le péritoine. Gerdy a découvert le moyen thérapeutique, c'est-à-dire la méthode du pincement consistant à sectionner le trajet et le rectum à l'aide d'un entérotome. Gerdy, il est vrai, n'a pas défini ni distingué les fistules pelvi-rectales, mais il a le mérite d'avoir établi le moyen de traiter les fistules avec décollement remontant très-haut. Gerdy employait l'entérotome de Dupuytren, et il procédait par des applications successives. M. Pozzi remarque que Gerdy ne connaissant pas l'ampoule ni l'anatomie pathologique des fistules pelvi-rectales, n'a pas inventé, spécialement pour ces fistules, l'usage de l'entérotome. Cela est parfaitement vrai, car ce n'est qu'en 1861 que des descriptions précises ont été données de ces fistules.

En effet, M. Trélat, en 1861, publia le résultat d'une opération faite par lui et Nélaton, sur une fistule anale avec décollement du rectum de 9 centimètres, l'entérotome fut appliqué au décollement, à deux reprises, et il y eut guérison. La même année, octobre 1861, M. Verneuil publia un cas de fistule pelvi-rectale supérieure opérée par l'écrasement linéaire, il y eut phlegmon diffus et mort; il ne manque à la description de M. Verneuil que la dénomination de fistule pelvi-rectale, ce qui n'en diminue pas l'importance. Enfin, M. Richet, en novembre 1861, communique à la Société de chirurgie une observation d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur avec fistule ano-périnéale et décollement profond : l'entérotome de Dupuytren fut appliqué, le malade guérit. Dès lors M. Richet a pratiqué un assez grand nombre de ces opérations; il a modifié la forme de l'entérotome. Ajoutons que sur cinq opérations faites par M. Richet au moyen de l'entérotome, toutes ont été suivies de guérison. Le fait de M. Trélat s'y ajoute; au contraire, dans un cas, M. Verneuil a échoué avec l'écrasement, et dans un autre cas M. Tillaux n'a pas obtenu de résultat bien notable par la galvanocaustique; il semble donc que l'incision par l'entérotome tel que l'a modifié M. Richet, est le meilleur procédé de traitement. M. Pozzi, en réunissant tous ces matériaux, en exposant avec précision la marche, l'anatomie pathologique et les divers détails de l'opération, a fait un travail fort intéressant et qui, certainement, sera très-apprécié par les chirurgiens.

A. H.

VARIÉTÉS.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Empire allemand. — Personnel médical de l'armée prussienne pendant la guerre 1870-71. — Récent Ukact sur le service de santé.

Le Deutsche militairaerztliche Zeitschrift du mois d'avril 1873 fournit un tableau synoptique indiquant le nombre des médecins de tous grades ayant pris part à la mobilisation de l'armée prussienne en 1870-71, y compris les contingents de Mekleubourg, Oldenbourg et Brunswick; les troupes bavaroises, wurtembergeoises, saxonnes, badoises et hessoises n'y figurent pas.

Le personnel ne montait pas à moins de 3679 médecins militaires, se décomposant en : 4 médecins généraux d'armée, 36 médecins généraux, 32 médecins divisionnaires, 13 directeurs du lazareth, 152 médecins en chef d'établissements sanitaires mobiles, 215 médecins en chef de corps de troupes, 804 médecins-majors (*Stabaerzte*), 2180 médecins assistants (*Assistenaerzte*), 19 chirurgiens consultants, 72 médecins traitants d'hôpitaux temporaires, 152 médecins assistants d'hôpitaux temporaires.

Sur ces 3679 médecins militaires, 1156 ont été fournis par les cadres de l'armée active, 1363 par ceux du *Beurlaubtenstand* (landwehr et réserve); 241 provenaient d'anciens médecins du cadre de l'armée active ou de praticiens ayant déjà satisfait au service militaire et requis pour la durée de la guerre, 842 étudiants en médecine ou élèves du service de santé ont marché comme liés au service par la classe à laquelle ils appartenaient, et 77 médecins étrangers ont accepté des fonctions dans l'armée prussienne, 20 avec la position de médecins traitants, 57 avec celle d'assistants.

Ces 3679 médecins de tous grades ne comprennent absolument que le personnel ressortissant directement au ministère de la guerre et subordonnés au médecin-major général de l'armée. Les nombreuses ressources du personnel de l'assistance volontaire n'y entrent pas en ligne de compte.

Le personnel non médical employé dans les lazareths de campagne, de guerre, de garnison et de réserve se composait de : 1367 agents administratifs, 577 pharmaciens, 5286 *Lazarethgehulfen* (infirmiers de visite), 10 576 infirmiers du service ordinaire, 13 017 brancardiers ou militaires du train des ambulances, 30 couteliers, 170 garçons de pharmacie, 143 cuisiniers.

Organisation du 6 février 1873. — Le Verordnungsblatt du 23 avril 1873 contient un nouveau décret de l'empereur d'Allemagne sur l'organisation du service de santé militaire de l'empire.

Toutes les anciennes dispositions restent en vigueur, mais il est créé un nouvel emploi dans le cadre, celui des *médecins divisionnaires*, constituant une autorité intermédiaire entre les médecins de corps d'armée et les médecins de régiment. Pour le moment, ce nouvel emploi sera attribué au plus ancien des médecins de la division, mais l'ordonnance annonce une prochaine augmentation du cadre des *Oberstabsaerzte* (principaux) et des médecins généraux.

Jusqu'à présent les étudiants en médecine étaient admis comme volontaires d'un an médecins; dorénavant, sur leur année de service ils devront passer six mois dans le rang. Ils pourront toujours bénéficier du sursis qui leur est accordé jusqu'à vingt-trois ans pour achèvement d'études et auront alors à choisir ou de faire un an dans le rang, ou six mois dans le rang et six mois comme volontaires médecins.

De même les écoles du service de santé militaire enverront tous leurs élèves pendant le semestre d'été de la première année faire six mois de service dans un régiment de la garde pour y recevoir l'instruction militaire.

Ces dispositions ont pour but de militariser aussi complétement que possible tous les candidats au grade d'officier; nul ne pourra y être admis sans avoir servi six mois au moins dans le rang (*mit der Waffe*) comme simple soldat et avoir prouvé par sa conduite, son application au service militaire, son caractère et son esprit qu'il est digne d'entrer dans cette aristocratie de l'intelligence et du patriotisme qui constitue, disons-le avec justice, le corps des officiers de l'armée allemande.

Royaume d'Italie.

La nouvelle loi sur l'organisation de l'armée, votée par le parlement italien, comprend un paragraphe relatif au service sanitaire de l'armée. En voici la transcription littérale.

« Art. 33. — Le corps sanitaire se compose : *a*, des officiers médecins; *b*, des compagnies de santé.

» Art. 34. — Le comité de santé militaire est le corps consultatif du ministre de la guerre pour les questions qui concernent le service sanitaire de l'armée. Il n'exerce pas de commandement direct, mais il doit, de son initiative privée, étudier toutes les questions qui peuvent faire progresser le service de santé militaire et appeler sur elles l'attention du ministre. Il se compose de : 1 président (le major-général médecin), 4 colonels médecins, 1 chimiste pharmacien, 1 secrétariat.

» Art. 35. — Les officiers médecins sont chargés du service sanitaire de l'armée, soit auprès des corps auxquels ils sont attachés, soit dans les hôpitaux militaires ou les ambulances *dont ils ont le commandement*.

» Art. 36. — Les compagnies de santé sont instituées pour pourvoir au service des hôpitaux militaires et des ambulances militaires en campagne.

» Leur nombre est égal à celui des directions des hôpitaux militaires de division.

» Leur force numérique en temps de paix est proportionnelle aux exigences du service des hôpitaux militaires de chaque division.

» Elles sont commandées par des officiers attachés aux hôpitaux ou ambulances auxquelles elles appartiennent, sous l'autorité de l'officier médecin directeur de ces hôpitaux ou ambulances. »

La situation et la hiérarchie des médecins militaires sont fixés par l'article 4 de la loi, établissant la progression des grades de l'armée italienne, il est dit expressément : « les officiers du corps de santé militaire ont le grade effectif, ils ont les droits et les obligations des autres officiers de l'armée, ils en portent les marques distinctives; cependant ils suivent dans leur spécialité une carrière distincte et ils ne peuvent jamais, quel que soit leur grade, remplacer les officiers des autres corps ou armes qui viendraient à manquer. »

La hiérarchie du corps de santé est donc la suivante :

a, Officiers généraux : major-général-médecin; *b*, officiers supérieurs : colonel-médecin, lieutenant-colonel-médecin, major-médecin; *c*, officiers subalternes : capitaine-médecin, lieutenant-médecin, sous-lieutenant-médecin.

Les pharmaciens militaires n'ont pas le grade effectif ni la position d'officiers, ils font partie des personnels divers destinés aux services accessoires désignés par l'article 41 et comprenant la justice militaire, les géographes, les secrétaires sédentaires, les calculateurs d'artillerie, etc.

COMMISSION ADMINISTRATIVE DES HOSPICES, HÔPITAUX ET BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Nous avons en temps et lieu signalé l'insuccès des efforts tentés à plusieurs reprises, par quelques membres de l'Assemblée nationale, pour faire entrer l'élément médical dans la commission administrative des établissements d'assistance publique. Un insuccès du même genre vient encore de signaler la troisième et dernière délibération sur le projet de loi (séance du 21 mai). Une disposition additionnelle à l'article 11, proposée par MM. Testelin, Le Royer, Ducarre et Mangini, était ainsi conçue : « A chaque administration hospitalière, il sera attaché un comité médical composé de médecins et chirurgiens de l'hôpital ou des hôpitaux dépendant de la même administration. Ce comité proposera toutes les mesures qu'il jugera utiles, et donnera son avis sur toutes les questions d'hygiène et de médecine. » Cette disposition, déclarée *inutile* par le rapporteur, n'a pas même été discutée.

Voici les principales dispositions du projet, dont l'ensemble a été définitivement adopté :

Art. 1er. — Les commissions administratives des hospices et hôpitaux et celles des bureaux de bienfaisance sont composées de cinq membres renouvelables, du maire et du plus ancien curé de la commune.

Dans les communes où siégent un conseil presbytéral ou un consistoire israélite, ces communes comprennent en outre un délégué de chacun de ces conseils.

Toutefois, dans les communes où il existe, soit pour les protestants, soit pour les israélites, des hospices ou hôpitaux spéciaux ayant une administration séparée, le conseil presbytéral ou le consistoire n'ont à désigner aucun délégué pour faire partie de la commission administrative des autres établissements hospitaliers.

Art. 2. — Le nombre des membres des commissions administratives peut, en raison de l'importance des établissements et des circonstances locales, être augmenté par un décret spécial rendu sur l'avis du Conseil d'État.

Art. 3. — ...... Les fonctions de membres des commissions sont gratuites.

Art. 4. — Les membres des commissions administratives sont nommés pour cinq ans. Chaque année la commission se renouvelle par cinquième.....

Art. 5. — Les commissions pourront être dissoutes et leurs membres révoqués par le ministre de l'intérieur.

En cas de dissolution ou de révocation, la commission sera remplacée ou complétée dans le délai d'un mois.

Les membres révoqués ne pourront être présentés dans l'année qui suivra leur révocation.

En cas de renouvellement total ou de création nouvelle, la commission sera nommée par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet. Le renouvellement par cinquième de cette commission sera déterminé par le sort à la première séance d'installation.

Art. 7. — Les commissions administratives des hospices et hôpitaux pourront, de concert avec les bureaux de bienfaisance, assister à domicile les malades indigents.

A cet effet, elles sont autorisées, par extension de la faculté ouverte par l'article 17 de la loi du 7 août 1851, à disposer des revenus hospitaliers jusqu'à concurrence du quart, pour les affecter au traitement des malades à domicile et à l'allocation de secours annuels en faveur des vieillards ou infirmes placés dans leurs familles.

La portion des revenus ainsi employés pourra être portée au tiers avec l'assentiment du conseil général.

Art. 8. — Il n'est point dérogé par la présente loi aux ordonnances, décrets et autres actes du pouvoir exécutif, en vertu desquels certains hospices et bureaux de bienfaisance sont organisés d'une manière spéciale.

Art. 9. — Le décret du 18 janvier 1871, relatif à l'organisation de l'assistance publique à Marseille, est rapporté.

Art. 10. — Les décrets des 23 mars et 17 juin 1852 sur les commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance sont abrogés.

Art. 11. — Les décrets des 29 septembre 1870 et 18 février 1871, relatifs à l'administration de l'assistance publique à Paris, sont rapportés.

Cette administration sera provisoirement régie par les prescriptions de la loi du 10 janvier 1849 et du décret réglementaire du 24 août suivant, rendu en exécution de cette loi.

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE ET DES NOURRISSONS.

Le JOURNAL OFFICIEL du 24 mai contient la proposition de loi présentée sur ce sujet à l'Assemblée nationale par le docteur Th. Roussel, ainsi que l'exposé des motifs. Cet exposé est en grande partie le résumé des discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine de 1866 à 1870, et contient aussi un historique très-intéressant de la question. Quant aux dispositions du projet de loi et du projet de règlement qui remplissent près de cinq colonnes du JOURNAL OFFICIEL, nous nous bornerons à relever celles qui paraissent fondamentales.

PROJET DE LOI.

ART. 1er. — Toute personne qui, moyennant salaire, reçoit chez elle un nourrisson ou un enfant en sevrage, est tenue d'en faire la déclaration dans le délai de trois jours au maire de la commune où elle réside, sous les peines portées à l'article 346 du Code pénal.

ART. 2.—Cette déclaration est inscrite sur un registre spécial, coté et paraphé par le juge de paix. Elle contient la date du jour où elle est

reçue, le sexe, les nom, prénoms et âge de l'enfant ; les noms, profession et domicile des parents, s'ils sont connus, et, dans tous les cas, ceux de la personne par qui l'enfant a été remis ; les nom, domicile et profession de la personne chez qui il est déposé et qui fait la déclaration.

Cette déclaration est signée par le maire et par le déclarant, ou contient la mention que ce dernier ne sait ou ne peut signer.

Si la nourrice va habiter une autre commune, elle est tenue de renouveler sa déclaration devant le maire de cette commune.

ART. 3. — En cas de départ ou de décès de l'enfant, la personne qui l'a reçu chez elle est tenue de faire, dans le délai, et sous les pénalités prescrites par l'article premier, une nouvelle déclaration.

Cette déclaration mentionne la date du décès ou celle du départ, et, dans le dernier cas, les noms, domicile et profession de la personne à qui l'enfant a été remis.

ART. 4. — Le registre prescrit par l'art. 2 est arrêté par le maire au 31 décembre de chaque année.

Dans les trois premiers mois de l'année suivante, il est vérifié par le juge de paix, qui adresse un rapport au procureur impérial sur les résultats de cette vérification dans toutes les communes du canton. L'absence ou la tenue irrégulière du registre peut être punie conformément à l'art. 50 du Code Napoléon.

ART. 5. — Lorsque dans les cas prévus par les règlements, le maire délivre un certificat à une femme qui veut se procurer un nourrisson, il est tenu d'y insérer, en toutes lettres, la date de la naissance et les prénoms du dernier enfant de cette femme. Ces énonciations doivent en outre être déclarées conformes aux registres de l'état civil.

Toute contravention aux prescriptions du présent article peut être punie conformément à l'art. 50 du Code Napoléon. Toute déclaration reconnue fausse entraîne l'application des peines portées par le paragraphe 1er de l'art. 155 du Code pénal.

ART. 6. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des nourrices et des enfants, sans en avoir obtenu l'autorisation du préfet de police dans le département de la Seine, et du préfet dans les autres départements.

ART. 7. — Dans chacun des cantons où l'utilité d'établir une inspection du service des nourrices aura été reconnue par le ministre de l'intérieur, un ou plusieurs médecins seront chargés, sous son autorité, de cette inspection. La rémunération de ces médecins sera à la charge de l'État.

ART. 8.—Sont soumis à la surveillance de l'inspection et tenus de recevoir les inspecteurs munis de leur commission : *a*, toute personne qui a chez elle, dans les conditions déterminées par l'art. 1er, un ou plusieurs enfants en nourrice ou en sevrage ; *b*, les bureaux de nourrices et tous les intermédiaires de profession désignés dans l'art. 6.

ART. 9. — Il sera formé, dans les communes et dans les cantons où l'utilité en aura été reconnue, des comités gratuits de surveillance et de patronage nommés par le préfet. La commune où siégera le comité sera tenue de fournir gratuitement le local des séances. Il est institué au chef-lieu de chaque département un comité central également nommé par le préfet.

ART. 10. — Il est institué à Paris une commission supérieure d'encouragement et de surveillance.

Cette commission est nommée par décret du Président de la République.

Projet de règlement.

ART. 14. — Le service de l'inspection des nourrices se compose de médecins inspecteurs cantonaux nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition des préfets.

ART. 15. — Les médecins inspecteurs cantonaux seront tenus de faire des visites mensuelles et plus fréquentes, si besoin est, aux nourrissons placés dans leur circonscription. Ils s'assureront que ces enfants sont allaités, convenablement logés et reçoivent tous les soins nécessaires.

ART. 18. — Les comités locaux sont formés du maire, du curé ou du pasteur, et de trois autres personnes au moins, dont deux mères de famille, religieuses ou autres femmes respectables.

ART. 19. — Le comité local de chaque commune s'assemblera au moins une fois tous les trois mois, et plus souvent, si la convocation est jugée utile par son président ou réclamée par deux de ses membres.

Chacun d'eux s'occupera individuellement de la visite des enfants, de la surveillance des nourrices, des besoins des uns et des autres, ainsi que des moyens d'y pourvoir.

ART. 21. — Le comité communal requerra, quand il le jugera nécessaire, la visite de l'inspecteur cantonal et pourra lui demander un rapport.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Ségard, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — La Société a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection de trois membres titulaires. Ont été nommés : MM. Manuel, avocat général à la cour de Paris ; Riant, docteur en médecine ; Liouville, docteur en médecine. Des élections auront lieu très-prochainement pour la nomination à douze places de correspondants nationaux, parmi lesquelles six seront exclusivement attribuées à des membres de la magistrature ou du barreau. Les candidats sont invités à adresser, sans délai, leurs demandes à M. le docteur T. Gallard, secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. — Ordre du jour de la séance générale du 2 juin. Discussion sur le travail de M. Gaubo (du Gers). Lecture d'une observation par M. Bach. — Présentations.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les membres élus dans les divers ordres des Facultés sont : MM. Giraud, professeur à la Faculté de droit de Paris ; Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris ; Patin, doyen de la Faculté des lettres.

— Par arrêté du 9 mai dernier, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a nommé M. le docteur Caulet, médecin inspecteur adjoint aux eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), en remplacement de M. le docteur Lecorché, démissionnaire.

NOMINATIONS. — Par décret du Président de la République, en date du 18 mai 1873, ont été promus au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine : MM. les médecins de 1re classe, Autric (Marius) ; Lallour (Jacques-Joseph-Marie-Valéry) ; Martialis (Mérault).

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou mommés :

Au grade de commandeur : M. P. Godelier, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : MM. Hippolyte-Louis Éon, médecin de 1re classe ; Alexandre-Alfred Tassard, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Jean-Raymond Maturié, médecin major de 1re classe ; Jules Mairet, médecin major de 2e classe ; Victor-Émile Denoix, médecin major de 2e classe ; François Dumayne médecin major de 2e classe ; Charles Antoine Pressoir, pharmacien major de 1re classe ; Milhet Fontarabie (Jean), docteur en médecine.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Guépin, de Nantes, qui a été pris d'accidents subits dans le train venant de Saint-Nazaire et a succombé à Nantes dans le cabinet du chef de station.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 17 au 23 mai 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 0. — Érysipèle, 11. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 57. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 239. — Affections chroniques, 349 (1). — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 24. — Total, 819.

(1) Sur ce chiffre de 349 décès, 158 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Service de santé militaire : Réorganisation. Situation actuelle de la question. — Société de biologie : Sur l'action motrice acquise par le nerf lingual après la section de l'hypoglosse : M. Vulpian. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Emploi des suppositoires de gélatine dans l'accumulation des matières fécales dans le rectum du coprostase. — **Bibliographie.** Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi rectales supérieures. — **Variétés.** Service de santé militaire. — Commission administrative des hospices, hôpitaux et bureaux de bienfaisance. — Protection des enfants du premier âge et des nourrissons. — **Feuilleton.** Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 5 juin 1873.

CONSIDÉRATIONS CRITIQUES SUR LA NATURE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

M. A. Laveran, médecin aide-major, qui porte dignement un nom aimé et respecté de tous dans la médecine militaire, a récemment abordé, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE (n° du 16 mai 1873), un des plus obscurs problèmes d'épidémiologie, celui de la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique. Cette maladie serait, suivant lui, une forme anomale de la scarlatine.

Je ne sais si notre distingué confrère a observé par lui-même l'une de ces terribles épidémies sur lesquelles il se prononce; je suis porté à croire qu'il en juge surtout d'après les observateurs qui ont écrit sur ce sujet; qu'il permette à un témoin qui deux fois, en 1848-49 et en 1849-50, a dû lutter contre cette épouvantable affection, de lui soumettre quelques réflexions contradictoires et de lui dire ce que l'observation directe et trop prolongée du mal lui a enseigné. Je n'en parlerai pas seulement d'après des souvenirs déjà un peu lointains, quoique bien présents à mon esprit, mais d'après la relation écrite et détaillée que j'en ai conservée et qui comprend non-seulement l'étude de l'épidémie méningitique proprement dite, mais encore l'étude des maladies du même temps, celle des maladies de la saison antécédente et de la saison qui a suivi. Cette relation va donc de l'automne au printemps. C'est sur ces documents précis que j'appuierai la discussion des idées émises par M. A. Laveran et les opinions personnelles que j'aurai à proposer.

M. A. Laveran identifie la méningite cérébro-spinale et la scarlatine d'après les considérations suivantes : la scarlatine se déguise sous les formes les plus variables; l'éruption spécifique est loin d'être constante; la scarlatine peut être fruste. La scarlatine affectionne les membranes séreuses et engendre souvent des inflammations purulentes. L'inflammation purulente des membranes séreuses est la complication la plus fréquemment observée dans la méningite épidémique; pleurésies et péricardites purulentes, suppuration dans la plupart des grandes articulations et jusque dans les gaînes tendineuses. Les accidents nerveux, délire, coma, éclampsie, ne sont pas rares au début de la scarlatine, surtout chez les enfants. Presque partout les fièvres éruptives, et la scarlatine en particulier, règnent en même temps que la méningite cérébro-spinale. Ces deux maladies sont contagieuses à un pareil degré. La méningite a régné sous forme de petites épidémies dans les grandes villes de France où la scarlatine est endémique, sous forme de grande épidémie en Suède où la scarlatine est plus rare; elle s'attaque surtout aux enfants et aux jeunes soldats, de préférence à ceux qui arrivent des campagnes dans les grandes villes. Telles sont, en résumé, les raisons invoquées par M. A. Laveran et sur lesquelles il établit une étiologie inattendue de la méningite épidémique, étiologie qui lui fait placer cette maladie dans le cadre des fièvres éruptives. Voyons la valeur réelle de ces raisons en regard des faits et des enseignements de la pathologie.

Quelle signification attribuer aux faits de coïncidence signalés par M. A. Laveran? La scarlatine a sévi en même temps que la méningite cérébro-spinale : peut-on conclure de là à une affinité et surtout à une identité de nature entre les deux affections? Lorsqu'une épidémie naît dans un milieu très-circonscrit et de conditions qui ne s'étendent pas sur le pays tout entier, quoi de plus naturel que de voir, à côté de l'affection épidémique, d'autres maladies qui sont les maladies régnantes du pays? La méningite épidémique naît dans les casernes, au sein des rassemblements de jeunes soldats, de conscrits surtout; elle peut de là rayonner, après un certain temps, sur la population avoisinante; mais son point de départ demeure exactement limité en un milieu tout spécial. Ainsi née, cette

FEUILLETON.

Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.

(Fin. — Voyez les numéros 21 et 22.)

Je vais essayer de mettre ce fait en évidence par une suite de textes dont le plus ancien et le plus explicite est d'un auteur grec qui vivait à l'époque que je viens d'indiquer. Ce texte me fut signalé, il y a une quinzaine d'années, par M. le docteur Olympios, d'Athènes. Je l'ai trouvé dans la VIE DE SAINT THÉOPHANÈS, écrite par un de ses contemporains et amis qui n'a pas laissé son nom. Cette biographie, parfaitement authentique, se trouve en tête de l'ouvrage du saint intitulé : CHRONOGRAPHIE, ouvrage publié dans la collection des historiens byzantins. J'en ai extrait le texte suivant dans l'édition publiée à Bonn en 1839. Il est ainsi conçu :

Τότε δὴ τότε πρὸς πόλιν καλεῖται καὶ ὁ θαυμάσιος, οὐ τυραννικῇ

γὰρ βιαίᾳ χειρὶ, ἀλλὰ θωπείαις ταῖς ἐξ ἔθους δῆθεν ἐκμαλασσόμενος· « Κατ' ἐχθρῶν », φησίν, « ἐκστρατεία μοι παρέστη, καὶ δέον ταῖς εὐχαῖς καθοπλισθέντα πρότερον, οὕτω συμμίξαι τοῖς πολεμίοις. » Ὁ δὲ (Θεοφάνης), τὸ τῶν τρόπων κακόηθες τοῖς ἐπιστάμενος, νεφρῷ πολυχρονίῳ καὶ δυσουρίᾳ τρυχόμενος· ὄργανα γὰρ διὰ τοῦ φυσικοῦ ὑπονόμου τῇ κύστῃ παραπεμπόμενα καὶ τοὺς ἐγκειμένους ἐν ταύτῃ διαθρύπτοντα λίθους, τοῖς ἐκτὸς παρεπέμποντο, τὴν ἔξοδον τῷ ὑγρῷ περιττώματι, ὡς δυνατὸν, ἀκώλυτον μηχανώμενα. Τούτοις οὖν τρυχόμενος καὶ κλινήρης διὰ βίον ὑπάρχων, ἀκατίῳ περαιωθεὶς πρὸς τὴν βασιλίδα πόλιν ἐγκαθορμίζεται. »

Voici la traduction littérale de ce texte : « C'est alors que fut appelé à la ville cet homme admirable (Théophanès), non par la tyrannie et la violence, mais par les caresses et les flatteries habituelles. « J'ai à soutenir une guerre contre les ennemis », lui disait l'empereur, « mais, pour les combattre, il faut d'abord que je sois armé de tes prières. » Or, Théophanès, réfléchissant à la méchanceté de son caractère, et bien qu'il fût tourmenté par une néphrite chronique et par une dysurie,

épidémie ne saurait éteindre les autres maladies du pays, les maladies régnantes de la saison ; elle peut coïncider avec elles sans qu'il y ait à tirer de cette coïncidence aucune autre conclusion. C'est ainsi que la méningite épidémique et la scarlatine, ou tout autre fièvre éruptive, ont pu frapper simultanément les populations sans qu'il y ait eu entre elles aucun lien avéré, aucune cause commune.

Cependant, si cette coïncidence était un fait absolu et que jamais on n'eût vu de méningite épidémique, sans que ne sévît à côté d'elle une épidémie de scarlatine, ou sans qu'elle ne fût précédée ou suivie de cette dernière épidémie, on pourrait être ébranlé et l'on aurait à se demander si, derrière d'aussi constantes associations, ne se cacherait pas un rapport réel, une analogie de nature, un appel réciproque. Mais cette coïncidence est loin d'être un fait constant ; je ne la crois même pas un fait fréquent ; elle n'est signalée que dans un très-petit nombre d'épidémies méningitiques et n'a jamais apparu dans les épidémies observées à Avignon. Sur ce dernier point, qu'on me permette d'entrer dans quelques détails qui ne me semblent pas sans intérêt.

J'ai le relevé des maladies aiguës entrées dans mon service d'hôpital, durant le mois qui a précédé l'épidémie méningitique et pendant que sévissait l'épidémie elle-même ; et dans le nombre de ces maladies antécédentes ou concomitantes, je ne trouve pas un seul cas de scarlatine. Je rencontre le même effacement de la scarlatine dans les maladies du printemps qui ont succédé à la méningite épidémique, dont le règne avait rempli tout l'hiver. Et cependant, les maladies qui ont précédé ou suivi l'épidémie et qui toutes avaient affecté la forme épidémique ou du moins celle de maladie régnante, n'étaient pas sans rapport, à mon avis, avec la nature du fléau qui nous attendait ; toutes portaient une empreinte que nous devions retrouver élevée à sa plus haute expression dans la grande épidémie de l'hiver.

Parmi les maladies antécédentes et qui ont comme préparé la méningite épidémique, je vois trois espèces morbides dominer et remplir la scène par leur nombre : les ictères, la dysentérie, la stomatite ulcéro-membraneuse. Les ictères s'accompagnaient de stupeur plus ou moins prononcée, d'un état gastrique bilieux opiniâtre ; l'un de ces ictères se montra sous la forme d'ictère grave, avec tous les symptômes du mal, avec ses suffusions hémorrhagiques et sa terminaison funeste. Parmi les dysentéries, les unes, plus légères, reflétaient comme les ictères précédents un état gastrique bilieux des plus intenses ; les autres, plus graves et trop fréquemment mortelles, marchaient avec tous les caractères de la prostration, de l'état adynamique et putride le plus profond. Quelques-unes de ces dysentéries affectèrent la forme hémorrhagique et amenèrent la mort du vingt-cinquième au trentième jour, au milieu du plus affreux marasme. D'autres, enfin, se terminèrent par une complication que je n'ai jamais plus observée depuis : il s'agit de trois malades affectés de dysentérie depuis un ou deux mois et chez lesquels, par conséquent, la maladie tendait à passer à l'état chronique ; c'est un fait trop fréquemment observé dans les épidémies de dysentérie grave. Or, chez ces malades, sans cause spéciale, je vis le flux dysentérique se supprimer tout d'un coup, et éclater une péritonite suraiguë qui les enleva, l'un en vingt-quatre heures, les deux autres en moins de quarante-huit heures. A l'autopsie, nulle trace de perforation intestinale, mais péritonite généralisée avec exsudats purulents et épanchement de sérosité purulente dans le péritoine pelvien. J'appelai alors ces faits-là péritonite par métastase ; on pourra les appeler péritonite par extension ou par contiguïté de l'inflammation intestinale ; ce qui me frappa bientôt, c'est que ces péritonites, survenues presque simultanément vers la fin de l'automne, précédèrent de peu de jours les premiers cas de méningite épidémique. Je ne pus m'empêcher de voir une relation entre ces inflammations suppuratives du péritoine, quoiqu'elles fussent secondaires, et les inflammations purulentes primitives des méninges qui, peu après, sévissaient si cruellement. Secondaires ou primitives, ces purulences rapides affectant les plus vastes séreuses de l'économie, ne témoignaient-elles pas d'une disposition morbide commune ?

Enfin, la troisième espèce morbide qui se montra avec une extrême fréquence parmi les militaires, fut la stomatite ulcéro-membraneuse. Je n'ai pas à insister sur le caractère asthénique et infectieux de cette affection épidémique. Toutes ces maladies à noms et à formes diverses, ictères, dysentéries, stomatites ulcéreuses, ne nous offraient-elles pas une modalité commune, celle qui appartient à l'état asthénique, adynamique, putride ; toutes ne tendaient-elles pas à l'état spécifique et infectieux ? En se plaçant au-dessus de ces points de vue trop exclusivement limités aux horizons étroits de l'espèce nosologique, ne peut-on légitimement considérer ces maladies comme se reliant à l'épidémie méningitique qui leur a suc-

— en effet, des instruments avaient été introduits dans la vessie par le conduit naturel, et, après avoir broyé les pierres qui s'y trouvaient, les apportaient au dehors et enlevaient autant que possible mécaniquement tout obstacle à l'écoulement de l'urine, — et quoique ainsi tourmenté il passât ses jours au lit, il se fit transporter sur un bateau et débarqua dans la ville impériale. »

Ces faits se passaient sous l'empereur Léon l'Arménien, vers l'an 816 (1), et saint Théophanès, après avoir passé les deux dernières années de sa vie dans une prison, y mourut le 12 mars 819. Il avait donc survécu de trois ans au broiement de sa pierre, et dans des conditions bien propres à l'empêcher de réussir.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir la netteté, la clarté et l'importance de ce texte. Il est impossible de décrire en moins de mots et d'une manière plus saisissante l'opération faite à saint Théophanès. La précision de cette description est d'autant plus démonstrative qu'il est de toute évidence que le biographe ne la fait qu'incidemment, sans y attacher aucune importance intrinsèque et entre parenthèses. Il n'emploie aucun mot technique ou spécial ; il ne connaît pas les termes scientifiques ; il est visible, en un mot, qu'il parle de ce qu'il a vu, mais seulement pour donner de la clarté à son récit et surtout pour attirer l'intérêt du lecteur sur son personnage en mettant en relief toutes les difficultés et les dangers qui existaient pour le saint dans son obéissance aux désirs de l'empereur. Toutes ces circonstances donnent au fait de cette opération de lithothrypsie une authenticité qui me paraît incontestable et me le font considérer comme acquis sans conteste à la science.

J'ajoute que l'expression *διαθρύπτοντα*, de *θρύπτω*, spécifie absolument que la pierre fut broyée, écrasée par l'instrument, et non point usée et réduite en poussière par le frottement, car dans ce dernier cas l'auteur n'aurait pas manqué d'employer le verbe *τρίβω*. Aujourd'hui on appelle à tort du nom

(1) Bolland., 1er avril.

cédé, comme ayant fourni les éléments morbides qui, en s'élevant à la plus haute puissance, devaient engendrer cette affection terrible, laquelle se rattache bien peu aux inflammations vraies, malgré ses lésions inflammatoires si manifestes et si promptes à s'établir, et apparait, au contraire, avec tous les caractères des affections typhiques et infectieuses.

Telles sont les maladies qui ont précédé l'explosion de la méningite épidémique ; il n'y a aucune part à y faire pour la scarlatine. Durant le cours même de l'épidémie méningitique qui a occupé la fin de l'automne et l'hiver, nous n'avons vu se mêler à l'épidémie que les maladies affaiblies et devenues rares de l'automne ; nous n'avons pareillement rencontré aucun cas de scarlatine normale, grave ou légère, et cependant n'est-il pas évident que si la méningite cérébro-spinale était une forme anomale de la scarlatine, nous aurions dû, à côté de cette forme anomale, rencontrer les formes accoutumées, celles-ci même plus nombreuses que les autres. Car jamais, lorsqu'une espèce morbide, une fièvre éruptive surtout, règne épidémiquement, les formes anomales n'en viennent à effacer absolument les autres, à les subordonner tellement dans leur nombre et dans leurs symptômes, que seul l'anomal subsiste et s'offre à l'observation. Nous venons d'en avoir un exemple saillant dans l'épidémie de variole des années 1869 et 1870 : la variole hémorrhagique, ce type des varioles anomales, s'est montrée avec une fréquence insolite et de façon à imprimer son caractère à l'épidémie variolique tout entière ; cependant les varioles hémorrhagiques ont-elles été les plus nombreuses? A côté d'elles, n'a-t-on pas observé en nombre certainement supérieur toutes les formes normales de la variole? Le nombre appartient toujours aux faits réguliers ; il suffit que les faits irréguliers se montrent avec une fréquence relative, pour qu'ils fournissent une caractéristique à l'épidémie dans laquelle cette fréquence se produit. Telles sont les règles contre lesquelles on ne saurait s'élever que contraint par l'évidence des faits. Or, rien dans nos épidémies méningitiques ne vient témoigner contre ce cours régulier des choses.

Les maladies du printemps qui suivirent l'épidémie méningitique de l'hiver ne furent également pas sans jeter quelque jour sur la nature de cette épidémie. En fait de fièvres éruptives, je n'eus à combattre, dans la population militaire, que quelques varioles dont plusieurs furent confluentes et mortelles. La scarlatine ne se montra pas dans ce milieu où venait de sévir la méningite. Les autres maladies aiguës du printemps qui frappèrent la garnison furent les synoques et embarras gastriques fébriles, et les pneumonies. Les unes et les autres s'offrirent avec des caractères remarquables et qui attestent que tout lien n'était pas rompu entre elles et la constitution médicale de l'automne et de l'hiver.

Les synoques et embarras gastriques fébriles furent nombreux, mais d'une allure moins tenace que les maladies de même nom observées pendant l'automne. Les embarras gastriques surtout étaient plus superficiels, moins enracinés et constitués, moins attachés à des perversions sécrétoires durables ; ils cédaient mieux et plus vite à la médication vomitive. Ce n'est pas tout, et je n'oublierai jamais ce qu'il me fut donné de voir alors, à savoir les phénomènes étranges dont plusieurs de ces états gastriques s'accompagnèrent. Chez nombre de ces militaires, en effet, entrés avec tous les symptômes de la gastricité fébrile, se montrait en même temps une légère contraction tétanique du cou, particulièrement des sterno-cléido-mastoïdiens. La tête était manifestement infléchie en arrière, ce qui devenait visible surtout lorsqu'on faisait asseoir les malades sur leur lit ; ils offraient, en un mot, un reflet amoindri de cette attitude si spéciale et saillante de nos méningitiques et qui, à elle seule, décelait le mal aux plus ignorants spectateurs. En même temps, une certaine lenteur ou fixité du regard, parfois quelques contractions fugitives de tels ou tels muscles de la face, un peu de stupeur facile à dominer. A ces traits, on ne pouvait méconnaître une influence plus ou moins nette ou effacée de l'effroyable maladie qui, peu auparavant, décimait nos soldats. Mais tout cet appareil symptomatique se dissipait avec une facilité surprenante ; un vomitif enlevait tout cela ; la guérison suivait de près la médication. Étaient-ce là des cas légers, derniers retentissements d'une épidémie qui faiblit, ou des états gastriques fébriles subissant l'influence d'une maladie qui s'éteint? Je laisse cette question à résoudre aux nosologistes ; la solution importe peu pour les conséquences que nous aurons à en tirer.

Les pneumonies, qui formèrent avec ces états gastriques les maladies dominantes du printemps, se montrèrent pareillement avec des caractères tout spéciaux. Ce furent des pneumonies à fond adynamique. L'adynamie ne se montrait pas ouvertement dans les premiers jours de la maladie ; mais, du troisième au cinquième jour, elle se dessinait et souvent avec des caractères graves et pleinement typhiques. Pourtant ces pneumonies frappaient des sujets jeunes, de vigoureux soldats;

générique de lithotritie l'une et l'autre manière d'opérer ; et, à vrai dire, le broiement ou écrasement est à peu près exclusivement employé, ce qui rend tout à fait impropre l'expression de lithotritie.

Voilà donc le broiement de la pierre certainement connu et pratiqué au commencement du IXe siècle de l'ère chrétienne ; et il est probable que si le procédé avait été nouveau et encore inconnu notre auteur l'aurait mentionné. Mais contentons-nous de ce qu'il nous dit, et, après avoir constaté tous les faits de son récit, arrêtons-nous sur une réflexion qui se présente immédiatement à l'esprit : comment comprendre et expliquer qu'une pareille opération, faite à peine un siècle après la mort de Paul d'Égine, et un peu plus d'un siècle et demi après la destruction de l'école d'Alexandrie, dans un des pays les plus éclairés du monde, ait pu se perdre dans le cours des siècles suivants, à ce point qu'elle a dû être véritablement réinventée de nos jours? C'est là un problème qu'il n'est pas impossible ni même très-difficile de résoudre.

Nous avons vu que l'opération de la pierre dite lithotomie avait été en général rejetée en dehors de la médecine scientifique et repoussée par les médecins consciencieux, et justement honorés, comme une opération empirique, dangereuse et faite en dehors de toute règle doctrinale. Elle restait par conséquent le domaine pour ainsi dire patrimonial de quelques familles dont les membres s'adonnaient exclusivement, de père en fils, à cette opération et y acquéraient une expérience consommée qui leur valait des succès plus nombreux que d'autres n'en auraient pu obtenir. On ne peut douter que celui qui eut le bonheur de trouver le moyen de réduire en poussière les pierres de la vessie sans opération sanglante, et qui s'en servit avec succès, se garda bien de faire connaître ses instruments et sa manière de les employer. Il en fit sans aucun doute un secret qu'il transmit à son fils, afin de tirer le plus de profit possible de sa découverte. C'est là une conjecture qui acquiert un véritable degré de certitude, si l'on réfléchit que les choses se sont toujours passées ainsi dans

la physionomie du mal devenait plus saisissante étant plus inattendue. Elles contrastaient avec toutes celles que j'avais observées dans le climat de Provence, où les phlegmasies pulmonaires sont en général vivement accentuées et nettement inflammatoires. Cette adynamie, ce caractère typhique des phénomènes, ne traduisait-il pas le caractère général de toutes les maladies qui se déroulaient devant nous depuis plus de six mois? Je ne veux pas insister sur ces rapports généraux, quel que soit leur intérêt; mais je tiens à relater brièvement l'histoire d'une de ces pneumonies qui se termina brusquement et fatalement par une complication directement fournie par la méningite cérébro-spinale.

Il s'agit d'un jeune soldat du 3e léger, entré à l'hôpital le 31 mars, avec une pneumonie occupant les deux tiers postérieurs et supérieurs du poumon droit; teinte subictérique de tout le corps très-prononcée; crachats rouillés; face vultueuse; sueur abondante; pouls fréquent et développé. La pneumonie suivit son cours sans amendement ni aggravation notable jusqu'au 4 avril, où, pendant la nuit, l'état changea subitement. Au matin, je trouvai le malade délirant, criant, les muscles du cou tétanisés, la nuque fortement renversée en arrière, les pupilles dilatées, le pouls ralenti et misérable; il était frappé de méningite cérébro-spinale et mourait le soir même. A l'autopsie: poumon droit à l'état d'hépatisation grise dans sa moitié supérieure, le sommet coiffé d'une pseudo-membrane purulente, épaisse et friable; la base du cerveau recouverte d'une épaisse couche de pus, les ventricules latéraux remplis d'une sérosité lactescente, tout le canal vertébral distendu par une énorme quantité de liquide lactescent, tenant en suspension des flocons et des débris pseudo-membraneux. L'autopsie montra donc associées les lésions de la pneumonie et celles de la méningite, comme pendant la vie s'en étaient associés les symptômes.

Il faut rapprocher cette observation des états gastriques influencés dont j'ai parlé ci-dessus. Quels enseignements en tirer relativement à la nature de la méningite épidémique? Comment faire concorder tous ces faits avec la supposition qui transforme cette méningite en une scarlatine anomale? Serait-ce la scarlatine qui, sous forme de méningite, serait venue compliquer cette pneumonie? Mais quand a-t-on vu une fièvre éruptique compliquer une phlegmasie franche primitive? Une phlegmasie peut se surajouter à une autre phlegmasie; il n'y a pas là contradiction de nature, mais une maladie inflammatoire commune se compliquant d'une maladie hautement spécifique; n'est-ce pas une conception antinosologique? Et puis peut-on admettre que, lorsqu'une maladie vient en compliquer une autre, ce soit sous une forme tellement anomale que rien ne permette de la reconnaître et que rien ne désigne le type vrai sous cette physionomie insolite? Il en est de même pour les états gastriques avec symptômes méningitiques plus ou moins accentués, et que la médication vomitive dissipait, comme si l'état gastrique eût été simple. Peut-on invoquer la scarlatine comme raison de ces symptômes méningitiques? Où y avait-il la moindre trace d'une fièvre éruptive? Dira-t-on que ces états gastriques se trouvaient influencés uniquement par la lésion insolite sous laquelle se masquaient les scarlatines de l'hiver, et non par la scarlatine elle-même? Mais si, pour les besoins d'une cause compromise, on sépare le masque de l'affection qu'il recouvre, si l'on isole l'affection méningitique de la scarlatine, si celle-ci n'est plus la raison de celle-là, conserve-t-on le droit de dire que la méningite épidémique n'est qu'une scarlatine larvée? Pourquoi cette méningite épidémique n'aurait-elle pas aussi existé par elle-même, et non comme scarlatine fruste d'espèce toute nouvelle? Non, cette association de l'affection méningitique avec les états gastriques et même avec la pneumonie, le mode suivant lequel s'effectuait cette association, la marche des maladies ainsi influencées, tout cela est incompatible avec l'idée même de la scarlatine. Ces états gastriques et cette pneumonie à complication méningitique légère ou grave, témoignent, à mes yeux, de cette vérité clinique établie par les anciens épidémiologistes, à savoir qu'une maladie épidémique marque de son empreinte les maladies qui surviennent en même temps qu'elle, ou les maladies dont le règne succède immédiatement à l'épidémie; mais c'est à la maladie épidémique vraie qu'appartient ce pouvoir, et non à une simple complication phlegmasique qui ne serait pas réellement la maladie épidémique, ou qui n'en serait que le déguisement imprévu ou douteux.

L'absence de la scarlatine parmi les maladies régnantes, avant comme pendant et après l'épidémie de méningite cérébro-spinale, n'a pas été spéciale à l'épidémie d'Avignon. Au moment même où l'épidémie se déclarait à Avignon, elle éclatait, fait singulièrement remarquable, à Alger, à Toulon, à Montpellier, à Lyon. J'ai lu avec soin tout ce qui a été publié à cette époque sur ces épidémies. Nulle part je ne trouve

---

tous les temps et dans tous les lieux, toutes les fois que l'intérêt personnel et la cupidité y ont trouvé leur compte, et l'amour du lucre sa satisfaction; et sans sortir de la spécialité de notre sujet, rappelons ici que l'on a vu à plusieurs reprises, et de nos jours encore, des chirurgiens dissimuler avec le plus grand soin à la vue de tout le monde et du malade lui-même les instruments dont ils se servaient pour opérer.

Or, le secret des instruments de lithothrypsie put tomber et dut effectivement finir par tomber dans des mains inhabiles, chez un homme riche, insouciant, préférant le plaisir au gain, et qui, n'ayant plus la volonté ni le besoin de l'exploiter, le laissa peu à peu inappliqué sans le transmettre à d'autres, et finalement tomber dans l'oubli. Sans doute cet oubli ne fut pas d'abord complet; des transmissions de plus en plus insuffisantes durent avoir lieu; des récits plus ou moins exacts et des traditions obscures ou incomplètes dans les détails finirent très-probablement par rendre les instruments inaptes au service auquel on les destinait et leur maniement difficile, de sorte que leur application, devenant pleine d'embarras, les hommes qui s'en servaient obtinrent moins de succès et eurent plus de revers, ce qui est essentiellement propre à faire tomber en désuétude un procédé opératoire. Il est tout à fait vraisemblable que les choses se passèrent ainsi, car dans la suite des temps postérieurs à celui de saint Théophanès, et principalement chez les Arabes, qui seuls à cette époque avaient hérité de la science hellénique, on retrouve des traces de divers modes de destruction de la pierre sans instruments tranchants dans des auteurs de différentes époques, ce qui prouve que la tradition n'en avait jamais été perdue tout à fait.

Parmi ces derniers, et en suivant l'ordre des temps, nous trouvons dans le xe siècle le fameux Ibn Sina, dit Avicenne, qui parle de la pulvérisation de la pierre à l'aide du diamant (1) ainsi que Jean Sérapion, qui fait la même mention (2). Pour

(1) *Canon.* L. II (art. Diamant).
(2) *Practica dicta breviarium*, c. CCCLXXXI.

signalée la présence de la scarlatine. Dans une note publiée par M. le docteur Besseron, médecin de l'hôpital militaire de Mustapha, je lis, au contraire, que la constitution médicale qui régnait à Alger, avant l'apparition des méningites, était éminemment bilieuse, et exactement comparable à celle que nous observions à Avignon, et que caractérisaient les ictères, la dysentérie, la stomatite ulcéro-membraneuse. Il semble que la préparation de l'épidémie se soit accomplie de même sur les points les plus différents du territoire.

La question de fait, largement étudiée, me semble donc déposer contre l'hypothèse émise par M. A. Laveran. Voyons maintenant si les raisons nosologiques invoquées par notre distingué confrère ont plus de valeur. Je suis loin de dédaigner les raisons de ce genre. Quand il en existe de valables, elles doivent être prises en grande considération. L'ordre règne en nosologie, surtout en ce qui touche les fièvres éruptives. Alors même qu'il s'agit de formes anomales, ces formes ont leur allure réglée, leur physionomie propre qui les décèle au clinicien et qui témoignent de leur nature vraie, de l'affection à laquelle elles doivent être rattachées.

CHAUFFARD,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Nous ne perdons pas de vue les deux questions qui s'agitent, on peut dire simultanément, à l'Académie de médecine : la question de la septicémie et celle des rapports du typhus avec la fièvre typhoïde. Sur la première, nous nous sommes assez souvent et assez longuement expliqués pour qu'il nous reste autre chose à faire que de caractériser brièvement le sens des dernières communications. Pour l'autre, nous attendrons que l'engagement soit plus général entre les partisans des deux opinions contraires sur lesquelles roule le débat.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Démographie.

SITUATION DE LA POPULATION DE LA FRANCE. DÉNOMBREMENT DE 1872 (lu à l'Académie de médecine, le 25 mars 1873), par M. Gustave LAGNEAU.

(Suite. — Voyez le numéro 21.)

Dans nos nations riches et civilisées, où l'abondance des subsistances ne suffit plus à elle seule pour rendre l'existence heureuse, la corrélation existant entre l'abondance des subsistances et l'accroissement de la population se trouve, sinon primée, au moins grandement modifiée par le développement de besoins accessoires, d'obligations qui, considérées dans les diverses positions sociales comme aussi nécessaires au bien-être que ces subsistances, objets de réelle nécessité, ont, sur la natalité et par suite sur l'accroissement de la population, une influence restrictive proportionnelle à la difficulté éprouvée à les satisfaire. Dès lors, tenant compte des conditions de subsistances, de richesse, de civilisation, de législation spéciale pouvant influer sur la natalité et l'accroissement physiologique d'une population, peut-être, d'une manière générale, pourrait-on dire que la natalité est limitée par le désir des parents d'assurer à leurs enfants une position aussi heureuse que la leur. Ce désir n'est que la conséquence d'un sentiment d'affectueuse prévoyance. Aussi dernièrement un professeur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, qui m'entendait signaler les conditions d'infériorité démographique de notre population, croyait-il devoir me faire observer qu'il valait mieux que la population fût moins nombreuse, si les individus la composant étaient plus heureux. En effet, trop souvent le grand nombre d'individus composant certaines familles est préjudiciable à leur bonheur individuel. Mais cependant, d'une part le bonheur individuel moyen d'une population considérée dans son ensemble paraît parfois compatible avec le grand nombre d'individus, et d'autre part ce nombre d'individus a une grande importance au point de vue de la puissance nationale.

Au commencement de ce siècle, un célèbre économiste, Malthus, dans la pensée que les subsistances ne pouvaient suivre dans leur accroissement une marche aussi rapide que la population, pour limiter le nombre des naissances et cet accroissement de la population, afin d'éviter la misère, sous les noms de contrainte morale, *moral restraint*, et de contrainte prudente, *prudential restraint*, fit un devoir aux célibataires de vivre chastement jusqu'à l'âge où, pouvant suffire à l'entretien d'une famille, ils pourraient se marier, et aux mariés de n'avoir d'enfants qu'autant qu'ils pourraient subvenir largement à leurs besoins et à leur avenir (1) : opinion et préceptes en partie injustifiés et inapplicables, en partie applicables et très-généralement appliqués.

Chercher à limiter l'accroissement d'une population dans la crainte que, dans un avenir plus ou moins éloigné, elle se trouve manquer de subsistances, semble inutile, car il dépend beaucoup de cette population d'accroître les subsistances. Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, dans nombre de pays, pour accroître les subsistances proportionnellement au nombre croissant d'habitants, de chasseurs les peuples sont devenus successivement pasteurs, agriculteurs, commerçants

(1) Malthus, *Essai sur le principe de population*, traduit par Prevost sur la 5e édit. Paris-Genève, 1823, 4 vol.

---

le XIe siècle, nous citerons Aboulkassem, de Zahara, plus connu sous le nom d'Albucasis. Deux passages célèbres et souvent cités de ce chirurgien contiennent l'indication et même la description du broiement des calculs. Son procédé opératoire était bien imparfait et exposait même le malade à des dangers immédiats, mais enfin il avait une ressemblance qu'on ne peut méconnaître avec un des moyens mis en usage dans ces derniers temps. Il consistait à perforer la pierre avec une tige de fer. Au XIIIe siècle, un autre médecin arabe, Teïfaschy, signale également pour l'avoir vu mettre en œuvre le procédé de destruction de la pierre par le frottement à l'aide d'un diamant fixé au bout d'une tige métallique que l'on introduisait dans le réservoir urinaire. C'est le procédé indiqué par Avicenne et par Sérapion. Un peu plus tard, un cinquième médecin arabe, Kaswini, rapporte qu'il fit avec succès une semblable opération. M. Clément Mullet a donné quelques détails sur ces faits dans un mémoire publié en juin 1837 dans le journal asiatique.

Nous en trouverions d'autres traces encore plus tard et jusque dans l'occident de l'Europe. Ainsi, vers la fin du XVe siècle, le médecin Alexandre Benedetti écrivait les paroles suivantes : *Aliqui intus sine plaga lapidem conterunt ferreis instrumentis* (1). Il est vrai qu'il ajoute : *Quod equidem tutum non invenimus.*

En définitive, tous ces textes prouvent que la pratique de la lithotritie n'a jamais été complétement abandonnée depuis le VIIIe siècle jusqu'au XVIe, mais qu'elle a subi des vicissitudes, à cause de l'impéritie de ceux qui la pratiquaient et sans doute aussi à cause de l'imperfection des instruments mis en usage, deux phénomènes provenant très-probablement de ce que les lithotriciens faisaient toujours plus ou moins un mystère de leur opération. Cela est tellement vrai que c'est à la lumière de l'anatomie que la lithotritie s'éclipsa complétement, de manière qu'il n'en fut plus question. Déjà l'idée de Romani et

(1) *De re medica.*

et industriels, et, loin de se multiplier, les famines sont devenues de plus en plus rares, de moins en moins à redouter. Des nations fort denses savent pourvoir largement à leurs subsistances par une agriculture de plus en plus intensive, par un commerce de plus en plus importateur de matières alimentaires, par une industrie dont les produits exportés fournissent l'argent nécessaire à l'acquisition de ces subsistances. Une population spécifique fort dense, celle comptant un grand nombre d'habitants par kilomètre carré, est aussi bien, sinon mieux nourrie que celle d'une moindre densité. En Angleterre, où la population spécifique est de 132 habitants par kilomètre carré, la ration alimentaire de l'ouvrier paraît être généralement plus riche, plus azotée que celle de l'ouvrier d'Irlande dont la population spécifique n'est que de 68 habitants par kilomètre carré (1). Les ouvriers anglais employés aux travaux du chemin de fer de Rouen mangeaient en moyenne par jour 2410 grammes d'aliments contenant 31gr,9 d'azote (2), ration qui vraisemblablement leur était habituelle dans leur pays. Les ouvriers irlandais ingéreraient l'énorme quantité de 6848 grammes d'aliments ne contenant que 18gr,50 d'azote. En France, tandis que dans le département du Nord, dont la population spécifique est de 229 habitants par kilomètre carré, l'ouvrier laboureur mange 3740 grammes d'aliments contenant 31gr,30 d'azote; dans le département de la Corrèze, dont la population spécifique est de 52 habitants, l'ouvrier agriculteur mange 2680 grammes d'aliments contenant 24gr,26 d'azote; enfin, dans le département de Vaucluse, dont la population spécifique est de 75 habitants, l'ouvrier agriculteur ne mange que 1972 grammes contenant 22gr,15 d'azote.

Quant au chaste célibat que Malthus conseille jusqu'à l'obtention des moyens de subvenir aux besoins d'une famille, jusqu'à l'âge de vingt-huit et trente ans pour les filles et conséquemment jusqu'à un âge plus avancé pour les garçons, il est complétement inadmissible, car il est antiphysiologique. Quelques filles vertueuses, quelques religieux peuvent s'astreindre à une chasteté absolue durant de longues années; il n'en est pas de même d'une population entière. Dans nos sociétés modernes, le célibat tend de plus en plus à se prolonger et à se généraliser, au grand détriment de la natalité générale, et surtout de la natalité légitime, car, ainsi que le remarquent divers économistes (3), il faut, en effet, avant de songer à se marier, pouvoir, par ses épargnes ou par sa position acquise, subvenir aux dépenses d'une nouvelle famille, dépenses souvent considérablement accrues par des exigences trop facilement acceptées. Mais ce célibat, loin d'être chaste, a ordinairement pour conséquences la prostitution, le concubinage et la natalité illégitime, qu'on a vu précédemment entraîner une mortalité infantile considérable. Beaucoup d'auteurs, entre autres MM. Richelot, Lippert, comme cause du développement de la prostitution, ont insisté sur la diminution des mariages, qui de 1 sur 45 habitants en 1799, à Hambourg, étaient descendus à 1 sur 100 en 1840 (1).

(1) *Stat. de France*, 2e série, t. XIII, p. XXI, et tabl. 5, p. 46-49.
(2) Voy. tableau rapporté par M. Coulier, art. ALIMENTS, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, p. 225, 1865.
(3) Voy. G. Leroy Beaulieu, *Une enquête anglaise sur les conditions des travailleurs; les ouvriers de fabrique* (*Revue des deux mondes*, 1er décembre 1871, p. 681, et 1er février 1872, p. 653.

Puisque la limitation de l'accroissement de la population ne paraît pas suffisamment motivée par l'appréhension pour l'avenir d'un manque de subsistances que nous avons vu être plus abondantes parmi les populations les plus denses, loin de conseiller, avec Malthus, le célibat si préjudiciable à la moralité, à la natalité et à l'accroissement de la population, il importerait de chercher à le restreindre le plus possible en rendant le mariage facilement, promptement accessible et désirable aux célibataires.

Sans revenir à une législation spéciale propre à restreindre le célibat, ainsi que tendait à le faire dans l'ancienne Rome la loi *cœlibes prohibeto* rappelée par Rosembaum (2); mais aussi, sans contester l'opportunité de la loi réclamée par M. Acton, par M. Blot (3) et récemment proposée au Parlement par MM. Charley, Eykiu, Mundella et Whitewell (4) contre les séducteurs qui entraînent les femmes à l'inconduite pour les abandonner ensuite dans une situation de honte et de misère qui trop souvent les amène au suicide, à l'infanticide ou à la prostitution; convaincu avec M. Chauffard (5) de la nécessité de « modifier les conditions sociales et légales qui favorisent le grand nombre des naissances illégitimes, » qui d'une manière générale sont approximativement en raison inverse de la matrimonialité, on pourrait d'abord espérer limiter le nombre des célibataires, dont récemment M. Bertillon signalait la mortalité notablement plus grande que celle des hommes mariés (6), non-seulement en réduisant la durée du service militaire, afin de permettre aux jeunes hommes de se former plus promptement une position et par suite de se marier plus tôt, mais aussi en étendant à tout homme marié ou veuf avec enfant, en disponibilité de l'armée active, le droit de passer dans l'ar-

(1) Voy. Richelot, *Prostitution en Angleterre*, et Lippert, *Prostitution à Hambourg*, à la suite de la 3e édit. de Parent-Duchâtelet, la *Prostitution dans la ville de Paris*, complétée par Trébuchet et Poirat-Duval, t. II, p. 531 et 814.
(2) Rosembaum, *Gesischte der Lustseuche : Lustreuche in Alterthum*, Halle. 1839, p. 99.
(3) Acton, *Medical Times and Gazette*, January 23, 1868, p. 91. — Blot, *De la mortalité des nouveau-nés* (*Acad. de méd.*, 22 février 1879; *Gaz. hebd. de méd.*, 25 février, p. 134).
(4) M. Th. Roussel, dans l'exposé des motifs de la loi qu'il propose pour la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons, mentionne ce *Bill to amend the Laws relating to seduction* (bill n° 10, ann. 36, *Victoriæ reg.*). (*Bull. de la Soc. protectrice de l'enfance*, t. V, p. 173, mai et juin 1873.)
(5) Chauffard, *Acad. de méd.*, 22 mars 1870; *Gaz. hebd. de méd.*, 25 mars p. 187.
(6) Bertillon, *Influence du mariage sur la vie humaine* (*Gaz. hebd.*, 1er déc. 1871, et art. MARIAGE, *Dict. encycl. des sciences méd*).

---

l'emploi de la sonde comme guide avaient ramené à la pratique de la lithotomie un grand nombre de bons esprits; mais en outre l'étude et les progrès de l'anatomie, en faisant connaître les organes intéressés dans l'opération de la taille et les rapports de ces organes entre eux, donnèrent à la lithotomie une précision scientifique et des règles certaines qui permirent d'obtenir des succès beaucoup plus nombreux qu'auparavant et qui contribuèrent évidemment à rejeter dans l'oubli le broiement de la pierre, car on peut dire avec toute vérité que depuis le XVIe siècle l'opération de la taille, entrée par l'anatomie dans le domaine véritablement scientifique, est définitivement sortie par ce seul fait des mains des empiriques et ne peut plus y rentrer.

Je ne puis me dispenser de faire remarquer ici que la défense faite par l'école hippocratique à ses élèves de pratiquer l'opération de la taille n'est pas un fait unique et isolé dans l'histoire de la médecine. En effet, vers le milieu du XIIIe siècle, le célèbre chirurgien Lanfranc professait qu'il fallait abandonner cette opération aux gens ignorants et avides de gain (1). Le fameux Guy de Chauliac dit également que les habiles, *periti*, ont laissé cette opération aux coureurs, *cursoribus* (2), et cette manière de voir était générale parmi les vrais médecins du moyen âge; tous ceux qui étaient instruits et honorables refusaient de pratiquer la lithotomie, et cela pour les mêmes motifs qui avaient commandé son interdiction par l'école hippocratique. Il est évident que le sentiment qui animait cette école était partagé par tous les médecins habiles et respectables, quel que fût leur pays.

Je crois pouvoir conclure des faits et considérations qui précèdent que le précepte du serment hippocratique n'offre rien d'énigmatique ni d'incompréhensible; qu'il s'explique, au contraire, très-facilement et très-naturellement par le sentiment de dignité vivement accusé dans tous les ouvrages

(1) *Chirurgia magna et parva* (*ad verbum*).
(2) *Grande chirurgie*, Trait. VI, doct. 2, ch. VII, édit. de L. Joubert.

mée territoriale stipulé par l'article 45 de la loi du recrutement de l'armée en faveur du père de quatre enfants vivants. Cette modification de la loi ne nuirait en rien à la défense du pays, le nombre des célibataires valides de vingt à vingt-neuf ans pouvant composer l'armée active, et la réserve de l'armée active devant s'élever encore à 8 ou 900000 hommes.

Ainsi que le faisait remarquer M. Rodet au Congrès de Lyon, dans notre société actuelle, deux motifs de dépenses excessives éloignent du mariage nombre de célibataires : l'usage abusif des alcooliques pour les gens peu aisés, principalement pour les hommes; les entraînements d'un luxe exagéré pour les personnes plus ou moins riches, principalement pour les femmes. L'usage abusif des boissons alcooliques donne à l'ouvrier des habitudes de débauche qui l'éloignent de sa demeure et l'empêche d'amasser l'argent nécessaire pour subvenir aux besoins d'une nouvelle famille. La loi pour la répression de l'ivresse récemment votée par l'Assemblée nationale sur la proposition de M. Théophile Roussel et de quelques autres de ses collègues, et les encouragements, publications de la société contre l'abus des boissons alcooliques, pourront restreindre cette plaie sociale. Enfin, la généralisation de l'instruction, en éclairant les individus sur leurs propres intérêts physiques et moraux, pourra également y concourir.

Quant aux entraînements d'un luxe exagéré et de besoins factices, d'une part ils empêchent le jeune homme de songer au mariage, car, pour satisfaire à ses plaisirs, il n'a pas trop pour lui seul de tout l'argent dont il dispose. D'autre part, ces entraînements du luxe éloignent trop souvent du mariage la jeune fille que le désir de briller mène à l'inconduite, à la prostitution. Enfin souvent garçons et filles préfèrent le célibat au mariage qui les mettrait dans la gêne, les jetterait dans une misère relative, car en leur créant des devoirs de famille, il ne ferait en même temps qu'accroître les exigences de la vie dispendieuse qu'impose aux mariés d'une certaine position une société frivole et vaniteuse.

Sans avoir recours à des lois somptuaires comme dans l'antiquité, il importerait donc qu'une éducation plus sérieuse, loin d'exciter, réprimât ces entraînements d'un luxe exagéré.

Lorsqu'à la population de la France en général, on compare celle du département de la Seine où l'alcoolisme d'une part et le luxe d'autre part ont pris d'énormes proportions, on voit que, dans la population adulte de l'agglomération parisienne, la proportion des célibataires est notablement plus considérable que dans celle de la France; car, contrairement à ce que l'on admet généralement, les agglomérations, loin de faciliter les mariages, détournent de se marier en rendant moins indispensable la vie de famille. En 1861, dans la population du département de la Seine, sur 100 adultes ayant plus de quinze ans, il y avait 53 mariés et 46 célibataires ou veufs; tandis que dans la population de la France entière, sur 100 adultes, il y avait 56 mariés et 43 célibataires ou veufs (1). En outre, l'âge moyen des personnes des deux sexes lors du mariage de 1858 à 1860 inclusivement, dans le département de la Seine, a été de vingt-neuf ans six mois au lieu de vingt-huit ans trois mois dans la France en général (2).

Si, contrairement à Malthus, on pense que la contrainte morale, *moral restraint*, ayant pour but la limitation volontaire de la natalité générale, n'est nullement motivée par l'insuffisance des subsistances, souvent très-abondantes dans les pays à population spécifique très-dense ; si, contrairement à cet économiste, on regarde comme antiphysiologique et inapplicable à toute une nation le célibat qu'il conseille durant de nombreuses années pour limiter la population ; et si inversement, sachant que le célibat a généralement pour conséquences le concubinage, la prostitution, la natalité illégitime suivie d'une morlalité infantile considérable, on peut croire utile de restreindre autant que possible ce célibat en écartant certains obstacles apportés au mariage par le service militaire, par certains usages dispendieux, etc.; on est obligé de reconnaître que la contrainte prudente, *prudential restraint* de Malthus, c'est-à-dire la limitation de la natalité dans la famille, semble être d'une application de plus en plus générale, les parents ayant peu d'enfants, afin de leur assurer une existence au moins aussi heureuse que la leur. Ordinairement, l'homme vivant de professions libérales a peu d'enfants, car ces professions ne sont pas susceptibles d'être réparties entre de nombreux héritiers. De même le rentier vivant de ses revenus redoute d'avoir à les diviser entre un trop grand nombre d'enfants auxquels ils ne pourraient plus suffire. Aussi, tandis que 100 familles de patrons agriculteurs sont composées en général de 353 individus, 100 familles de personnes vivant de leurs revenus ou de professions libérales n'en comptent que 180 ou 174 (3). Le vigneron de la vallée de la Marne, possesseur d'une petite pièce de terre, n'a qu'un ou deux enfants, pour n'avoir pas à la diviser en parcelles trop nombreuses, et par suite trop minimes pour que le produit puisse suffire à leurs besoins; tandis que le journalier agriculteur des plateaux voisins en a davantage, car il sait que ses enfants trouveront toujours à s'employer et à vivre comme lui. Pareillement, l'herbager de la fertile Normandie qui, se livrant à l'élevage des bestiaux, a peu de travaux à demander à sa famille, n'a que quelques enfants, afin de leur conserver la position dont il jouit. En 1860, les riches départements du Calvados, de l'Eure, de l'Orne et de la Manche, ont présenté une si faible natalité que, pour une population de 1894424 habitants (4), les décès ont excédé de

(1) Nombres calculés d'après ceux donnés dans la *Stat. de France*. t. XIII, p. LI, et 95.
(2) *Stat. de France*, t. XI, p. XVI.
(3) *Stat. de France*, t. XVII, p. XLVII.
(4) *Stat. de France*, t. XIII, p. 94-95. tabl. 14.

d'Hippocrate, sentiment qui ne permettait point au médecin sortant de son école de faire une opération dangereuse, sans base scientifique, dans laquelle le couteau de l'opérateur s'enfonçait dans la chair vivante, sans que celui-ci pût connaître les organes qu'il divisait, ni se rendre compte des conséquences immédiates de son action chirurgicale. Ce précepte ainsi compris, et il ne peut l'être autrement, ne fait que grandir dans notre estime la noblesse, la dignité et l'élévation de sentiments qui distinguent la grande école hippocratique et le document pour ainsi dire sacramentel qui sert d'initiation à ses élèves.

René BRIAU.

BLESSÉS ET INFIRMES MILITAIRES. — M. Hervé de Saisy a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale, en son nom et au nom de MM. Rambures et Huon de Penanster, une proposition ayant pour objet l'envoi et le traitement, aux frais de l'État, dans les établissements d'eau minérales désignés à cet effet, des anciens militaires et marins, ainsi que de leurs assimilés, dont les blessures et les infirmités contractées au service nécessitent l'application de cette mesure. — L'urgence a été déclarée.

MATERNITÉ DE PARIS. — Le conseil municipal a confirmé par un vote les conclusions de la commission nommée pour résoudre la question du lieu où doit être construit un pavillon des salles de la Maternité, on l'isolant suffisamment pour éviter les miasmes dont il s'agit de combattre les fâcheuses influences.

LES FEMMES-MÉDECINS. — Au *Queen's college*, de Birmingham, la question de l'admission des femmes aux cours médicaux ayant été résolue par le conseil des professeurs (à la condition toutefois que les leçons ne fussent pas prises en commun), les étudiants se sont réunis en meeting et ont protesté contre cette décision propre à leur créer dans l'avenir une concurrence plus ou moins puissante. (*Indépendance belge.*)

2375 naissances, soit un excédant de 12 décès pour 10 000 habitants, alors qu'en général, dans les autres départements, et en particulier dans une région voisine, en Bretagne, les naissances ont excédé les décès (1).

Ce sentiment de prévoyance paternelle qui, dans des familles de plus en plus nombreuses, fait redouter la multiplicité des naissances, paraît être en France une des principales causes restrictives de la natalité, déjà limitée par la fréquence et la durée du célibat. Avantageuse pour le bonheur individuel de l'enfant légitime auquel cette prévoyance paternelle assure plus ou moins les moyens d'une existence heureuse, cette natalité restreinte peut être grandement préjudiciable à la prospérité future de la nation.

En effet, toute cause restrictive de l'accroissement de la population est regrettable au point de vue national. Car, dans notre Europe, l'importance politique d'un État dépend beaucoup du nombre plus ou moins considérable de ses habitants. Si durant la paix la prépondérance d'une nation résulte du développement intellectuel, commercial, industriel et agricole, développement grandement favorisé par la densité de la population par rapport au territoire, c'est-à-dire par la population spécifique; dans la guerre, par suite de la généralisation du service militaire à tous les jeunes hommes dans la plupart des États de l'Europe, le nombre des combattants devenant proportionnel à celui de la population, de l'accroissement plus ou moins rapide de cette population dépendra en grande partie, dans l'avenir, la prépondérance militaire d'une nation. « Le nombre des Français, disait Prévost-Paradol, doit s'augmenter assez rapidement pour maintenir un certain équilibre entre notre puissance et celle des autres grandes nations de la terre (2). » A supposer que la diminution considérable de la population française durant ces dernières années soit attribuable à la guerre et que bientôt notre population revienne à présenter le faible accroissement annuel de 38 sur 10 000 habitants qu'elle présentait de 1861 à 1865 inclusivement, durant la période intermédiaire aux deux précédents recensements, dans cinquante-cinq années elle ne se serait accrue que de moins d'un quart, tandis que la Russie, la Prusse et l'Angleterre, dont l'accroissement annuel varie de 139 à 126 sur 10 000 habitants (3), présenteraient une population double de leur population actuelle. Alors que 10 000 Français n'auraient que 12 319 descendants, 10 000 Anglais ou Prussiens en auraient 20 000. Conséquemment, dans un peu plus d'un demi-siècle, du vivant de nos enfants, la population de l'empire d'Allemagne, actuellement peu différente en nombre de la nôtre, devenue deux fois plus considérable, pourrait aussi lever une armée deux fois plus nombreuse, tandis que notre armée, quelque généralisé que soit le service militaire, ne pourrait être que d'un quart supérieure à ce qu'elle peut être actuellement. Alors la France, perdant de son importance politique, descendrait au rang des puissances secondaires, comme actuellement l'Espagne, le Portugal, la Belgique, la Hollande ou la Suisse.

La natalité restreinte et le minime accroissement de population peuvent donc avoir, dans l'avenir, des conséquences extrêmement regrettables au point de vue national, si, malheureusement pour l'humanité, la guerre continue à jouer un rôle prépondérant dans la politique européenne.

Prétendre s'inscrire contre la prévoyance affectueuse des parents qui préfèrent avoir peu d'enfants pour pouvoir leur assurer le bien-être, serait inutile et superflu.

Pour accroître la natalité et par suite augmenter la population générale, il faut pouvoir rassurer ce sentiment de prévoyance paternelle en multipliant autant que possible les carrières, métiers ou professions qui, par le travail, fournissant largement les moyens d'existence, permettent aux célibataires de se marier promptement, et aux mariés de ne pas redouter d'avoir une nombreuse progéniture.

(1) *Stat. de France*, t. XI, p. 1-5, tabl. 1er.
(2) *La France nouvelle*, 3e édit., p. 413, 1868, Paris.
(3) *Stat. de France*, 2e série, t. XVIII, p. CX.

Si, sur 10 000 habitants, en Angleterre, qui, comme la France, présente une mortalité annuelle de 228 décès, la natalité annuelle est de 354 naissances, tandis qu'elle n'est que de 266 dans notre pays; si, dans cet État d'outre-Manche, l'accroissement annuel est de 126 habitants avec une période de doublement de cinquante-cinq années, tandis que dans le nôtre, de 1861 à 1865, l'accroissement annuel n'était que de 38 habitants avec une période de doublement de 183 ans (1), la raison en est moins dans l'effectif peu considérable de l'armée anglaise, dans la fécondité plus grande des éléments ethniques ayant concouru à la formation de la nation britannique, dans le droit d'aînesse limitant la division des fortunes, que dans les carrières extrêmement nombreuses qu'offrent actuellement aux enfants de la Grande-Bretagne un commerce immense, des colonies innombrables, disséminées sur tous les points du globe, généralement d'une prospérité remarquable, en grande partie attribuée au *self-government* dont elles jouissent, tout en étant efficacement protégées par la métropole.

L'Angleterre nous montre qu'une nation non moins riche, non moins heureuse, non moins civilisée que la nôtre, peut présenter une natalité et un accroissement de population considérables, bien que ses habitants se maintiennent dans des conditions de bonheur individuel égales aux nôtres. Pour l'avenir prospère de notre nation, il serait désirable qu'il en fût de même en France. Dans ce but, il faudrait, par la répartition générale dans les départements des fonctions, emplois et dépenses, c'est-à-dire par la décentralisation de plus en plus complète, par un équilibre plus parfait des impôts, dégrevant la propriété rurale surchargée, combattre l'immigration vers les grands centres urbains, afin de retenir dans les campagnes où la natalité est un peu supérieure, mais surtout où la mortalité est beaucoup moindre que dans les villes, les ruraux riches ou pauvres attirés vers les agglomérations par les fonctions, emplois et plaisirs nombreux, par les salaires élevés.

Il faudrait, en réduisant le service militaire, obligatoire pour tous, au temps strictement nécessaire à l'instruction du soldat constatée par des inspections trimestrielles, renvoyer promptement les jeunes gens dans leurs foyers, afin que sans tarder ils puissent se faire une position leur permettant de se marier.

Il faudrait, par l'instruction plus généralement dispensée, par l'éducation plus sérieuse, détourner beaucoup de nos compatriotes de l'usage abusif des alcooliques si répandu parmi les ouvriers, et des entraînements d'un luxe exagéré si développé parmi les personnes plus aisées; besoins factices qui, imposés par le milieu social à l'égal de besoins réels, en occasionnant des dépenses relativement considérables, éloignent du mariage bien des individus plus désireux de les satisfaire que de goûter les joies d'une famille, à l'entretien de laquelle ils appréhendent de ne pouvoir subvenir.

Il faudrait chercher à multiplier les carrières plus ou moins accessibles à tous, en favorisant la culture des terres improductives et la culture de plus en plus intensive des terres déjà cultivées; en développant les industries anciennes et important les nouvelles dans les meilleures conditions hygiéniques; en créant de nouveaux débouchés au commerce; en entretenant des relations maritimes avec des peuples de plus en plus nombreux; en laissant nos colonies actuelles se gouverner davantage selon leurs intérêts particuliers, en en fondant de nouvelles dans des régions, dans des îles lointaines jouissant d'une salubrité reconnue; enfin en s'efforçant d'ouvrir à l'initiative individuelle maintes voies nouvelles pouvant facilement procurer des moyens d'existence, afin que les célibataires puissent se marier jeunes et que les parents, sûrs de voir leurs enfants obtenir facilement une position heureuse au moins analogue à la leur, puissent ne pas redouter une nombreuse natalité. *Caveant consules!*

(1) *Stat. de France*, 2e série, t. XVIII, p. CX et CXVI.

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Suite. — Voyez les numéros 8, 13, 18 et 19.)

Voici une observation de M. le docteur Péan (*Union médicale*, n° 147, 14 décembre 1869). Elle a beaucoup de ressemblance avec la dernière observation de M. Kœberlé; malheureusement elle nous paraît manquer de clarté dans certains endroits de la description des procédés opératoires, et nous le regrettons d'autant plus vivement que le résultat est un admirable succès; nous le regrettons surtout parce que si nous avions l'occasion un jour de faire une pareille opération, nous ne pourrions trouver dans l'opération de M. Péan tous les renseignements qui seraient nécessaires pour se diriger dans des cas si embarrassants et si difficiles. L'exécution opératoire et l'anatomie pathologique manquent de précision et des détails nécessaires pour bien comprendre plusieurs points. Nous les indiquerons dans les remarques dont nous ferons suivre cette observation.

Obs. *Hypertrophie considérable de l'utérus, compliquée de kyste multiloculaire du ligament large gauche, de fibrome de l'ovaire du côté opposé et de kyste de la trompe à droite. Ablation complète de l'utérus et de ses annexes. Guérison.* — Mademoiselle Thérèse Lafèvre, âgée de quarante et un ans, demeurant à Paris, rue des Vinaigriers, 8, n'a jamais eu d'enfants ni fausses couches. Il y a six ans, elle a été soignée à l'hôpital Saint-Antoine pour une métrite. Trois ans plus tard, elle s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une grosseur située dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur, qui était dure, indolore, de la grosseur d'un œuf de poule, s'accrut progressivement et régulièrement peu à peu, devint plus proéminente du côté gauche que du côté droit, et finit par présenter un volume très-considérable. Depuis deux ans elle a souvent des maux de cœur et des vomissements bilieux et glaireux.

Réglée à l'âge de treize ans, elle n'a jamais présenté de troubles de la menstruation. Depuis que la tumeur est apparue elle n'a jamais eu ni pertes, ni suppression, et les règles sont encore régulières. Jamais le moindre signe de péritonite. Elle ne maigrissait pas, mais elle perdait son courage, et depuis plusieurs années son teint avait jauni. Lorsqu'elle fut soumise à l'observation de M. Péan, vers le mois de juin 1869, son aspect général rappelait assez celui des femmes qui sont atteintes d'une affection maligne de l'utérus; elle était pâle, amaigrie, ses traits exprimaient la souffrance. Aucun trouble dans la respiration, la circulation, la défécation et la miction. Pendant environ cinq semaines avant d'être opérée, elle prit des ferrugineux et des toniques.

Au moment de l'opération, les parois du ventre étaient considérablement distendues et présentaient de larges bosselures qui lui donnaient un aspect caractéristique. La peau était sillonnée de veines très-dilatées; du côté gauche, on voyait une saillie annonçant que la tumeur remontait jusqu'au diaphragme et le refoulait, ainsi que tous les organes de l'abdomen. Cette saillie d'ailleurs, de forme assez irrégulière, était beaucoup plus grande que celle qui distendait la paroi abdominale du côté droit, bien que la tumeur parût remonter aussi haut de ce côté que de l'autre. Les parois abdominales ne paraissaient pas mobiles à la surface de la tumeur. La consistance des diverses bosselures était inégale; les unes étaient manifestement liquides et assez fluctuantes; d'autres plus résistantes, plus fermes; l'une d'elles, en particulier, située du côté droit de l'hypogastre et remontant jusqu'à l'ombilic, offrait la consistance des tumeurs fibreuses. Cette tumeur contrastait, par la netteté de ses contours et par sa grande mobilité, avec les autres bosselures; ces dernières, en effet, faisaient corps avec la masse principale de la tumeur, à laquelle il était impossible d'imprimer des mouvements de totalité, soit par le palper abdominal simple, soit par le toucher vaginal joint au palper hypogastrique.

La percussion donnait de la matité dans toute l'étendue antérieure de l'abdomen, et finalement de la sonorité dans les flancs, là où se trouvaient les intestins refoulés.

Le toucher vaginal indiquait que le col de l'utérus, bien que régulier dans sa forme, était très-volumineux et rendu en apparence assez court, par suite du refoulement des culs-de-sac vaginaux; il était tellement porté à droite qu'il semblait accolé à la ceinture osseuse du bassin, de sorte que, n'était la largeur et la netteté de son orifice, il eût pu échapper à l'examen et être pris pour une des bosselures assez fermes que la tumeur envoyait de ce côté. Il n'était pas possible d'imprimer à l'utérus, non plus qu'à la tumeur, dans laquelle il était comme enclavé, le moindre mouvement, soit partiel, soit de totalité. On était frappé des rapports spéciaux, non moins qu'insolites, que la tumeur affectait avec la cloison recto-vaginale, qu'elle avait refoulée dans une grande longueur, comme cela se voit pour les tumeurs solides.

L'hystéromètre fut très-difficilement introduit dans l'utérus, en raison du déplacement très-prononcé de cet organe; cependant il permit de constater que la cavité était large et qu'elle avait une longueur insolite.

Le toucher rectal montrait qu'à cette hauteur la tumeur était adhérente à la paroi antérieure du rectum aussi loin qu'on pouvait explorer; le refoulement de cette paroi était d'ailleurs assez prononcé pour que la lumière du canal en fût presque obstruée.

Le cathétérisme de la vessie montra que ce réservoir était déformé, aplati, refoulé contre la symphyse et qu'il ne pouvait contenir qu'une petite quantité d'urine, circonstance d'autant plus remarquable que les troubles fonctionnels faisaient défaut.

L'opération fut pratiquée, rue du Cherche-Midi, le 22 septembre 1869.

Le ventre fut ouvert sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. La portion de la tumeur qui se présenta d'abord était kystique. Un assez grand nombre de ponctions furent pratiquées pour vider les loges, et lorsqu'on put attirer une partie de la tumeur au dehors, on put constater que la surface postérieure seule avait contracté des adhérences intimes et vasculaires avec l'épiploon. Pour voir quel était l'état de l'utérus et quels étaient ses rapports avec les tumeurs voisines, je fus obligé d'extraire par morcellement la plus grande portion de la masse kystique. Ce fut alors que nous fûmes frappés par l'hypertrophie considérable de l'utérus, qui remontait jusqu'à l'ombilic, et qui était tellement accolé au kyste par sa portion droite et postérieure qu'il était impossible de savoir si cette production morbide *n'était pas née aux dépens de l'utérus;* la tumeur fibreuse, qui était adhérente elle-même aux parois du kyste et qui avait environ 12 centimètres de haut sur 6 centimètres de large, siégeait dans l'ovaire droit, et la trompe du même côté était notablement hypertrophiée et distendue par un liquide.

En présence de toutes ces tumeurs, et surtout de cette masse kystique qui plongeait au fond du bassin et qui était non-seulement *adhérente à l'utérus et au vagin*, mais encore au rectum et au cul-de-sac recto-vaginal, avec lequel elle paraissait se confondre, comme si elle était en continuité de tissu avec ces divers organes, je décidai de pratiquer l'extirpation aussi complète que possible de toutes les productions morbides, après avoir détruit les adhérences qui existaient entre l'épiploon et la paroi postérieure de l'utérus. La destruction de ces adhérences fermes et résistantes donna lieu à une hémorrhagie assez abondante qui fut arrêtée par la compression, et qu'il était presque impossible d'arrêter par la ligature, en raison même de la résistance et de la friabilité du tissu utérin.

Après avoir écarté largement la plaie faite aux parois de l'abdomen et fait relever les intestins par des aides, l'utérus fut attiré au dehors, ainsi que les tumeurs situées dans ses annexes. Je constatai alors que le col utérin était lui-même non moins hypertrophié que le corps et qu'il était également nécessaire d'en pratiquer l'ablation. Dans ce but, à l'aide d'une longue et forte aiguille armée d'une anse de fil de fer assez résistant, je traversai d'abord d'avant en arrière le col et le vagin, qui le recouvrait à la hauteur du museau de tanche, et aussi près que possible du point où le kyste lui était accolé. Ce fil ayant traversé complètement la masse morbide à ce niveau, je retirai mon aiguille et je laissai en place le fil double que j'avais introduit. Je coupai ce fil au niveau de l'anse, de façon à avoir deux liens séparés, bien qu'adossés. Saisissant alors l'extrémité libre de chacun de ces fils, j'entourai de chaque côté les masses morbides, aussi près que possible du plancher du bassin, de façon à les étreindre entre deux liens, qui embrassaient d'une part, à gauche, la presque totalité du kyste, une partie du ligament large correspondant et le col utérin; d'autre part le reste de l'utérus et la totalité du ligament large, en même temps que les tumeurs placées plus haut.

Je constituai ainsi deux sortes de pédicules, que j'eus soin d'étrangler à l'aide de ces fils, dont j'engageai les deux extrémités libres dans une sorte de serre-nœud inventé par le docteur Cintrat.

A vrai dire, la totalité de l'utérus hypertrophié et des tumeurs situées dans le ligament large du côté droit, était comprise dans la ligature, si bien qu'après la chute de la partie étranglée nous n'avions rien à craindre de ce côté. *Nous savions que des adhérences péritonéales se formeraient promptement et empêcheraient, à la chute des parties sphacélées, le fond du vagin de communiquer avec la cavité péritonéale.* Il n'en fut pas de même du côté gauche; en effet, malgré tout le soin que nous prîmes d'appliquer l'anse métallique aussi près que possible du plancher du bassin, il fallut, sous peine d'étreindre dans cette ligature le rectum

adhérent et une partie du vagin, abandonner au-dessous de la ligature une portion du kyste dont la surface, couverte de petites loges distinctes, dépassait en largeur celle des deux mains. En raison de cette circonstance, la constriction opérée de ce côté fut faite assez solidement pour prévenir toute hémorrhagie, mais disposée cependant de façon à permettre presque immédiatement l'introduction de tubes propres à faciliter l'écoulement au dehors de liquides fournis ultérieurement par cette arrière-cavité. Ceci fait, toute la masse morbide fut coupée avec le bistouri à quelques centimètres au-dessus des deux liens métalliques, et les surfaces de section furent cautérisées avec le fer rouge. J'eus alors une sorte de *double moignon*, sur lequel j'opérai des tractions assez fortes pour le rapprocher de la paroi abdominale, et je le traversai, à l'aide de longues aiguilles, dans le but de le maintenir immobile au niveau de l'angle inférieur de la plaie extérieure. Ces aiguilles traversaient aussi près que possible des ligatures tous les tissus étranglés et qui devaient se mortifier. La paroi abdominale fut alors fermée suivant l'usage, excepté dans la partie de son étendue qui correspondait au double moignon.

L'opération avait duré une heure et demie.

Le troisième jour, les portions de tumeurs laissées en dehors commencèrent à se sphacéler assez profondément pour donner issue à un liquide noirâtre, fétide, qui nécessita l'application de tampons imbibés de perchlorure de fer et des lavages avec les désinfectants.

Le quatrième jour, je commençai à extraire par dissection la plus grande quantité possible des parties sphacélées, ce qui permit à quelques liquides putrides, mélangés de bulles de gaz toxiques, de trouver une issue plus facile; mais cette dissection eût provoqué sur plusieurs points des hémorrhagies dangereuses si je n'avais eu soin de cautériser les surfaces saignantes, et même d'étrangler, dans une nouvelle ligature plus serrée encore que la première, tous les tissus non mortifiés placés en dehors des anciens liens.

Le cinquième jour, on enleva les épingles et les fils supérieurs, qui furent remplacés par une suture sèche collodionnée, et des portions sphacélées furent encore extraites.

Le sixième jour la malade urina seule. Tout ce qui restait des parties mortifiées faisant saillie au dehors de la plaie fut excisé, ce qui permit d'introduire jusque dans l'arrière-cavité du kyste, laissée au fond du bassin, trois tubes de caoutchouc destinés à donner un écoulement au dehors plus facile aux liquides purulents et nauséabonds fournis par cette arrière-cavité. Ces tubes eurent encore pour avantage de rendre plus commodes les lavages intérieurs faits avec les liquides antiseptiques. A partir de cette époque, on put chaque jour extraire de nouvelles parties mortifiées; la suppuration devint de moins en moins abondante, et dès le neuvième jour on permit une alimentation plus substantielle.

Aucun incident nouveau ne se manifesta jusqu'au vingt-cinquième jour, époque à laquelle M. le docteur Cintrat put extraire d'un seul morceau toute la portion du kyste qui avait échappé, le jour de l'opération, aux ligatures, et qui se laissa détacher assez facilement du fond du bassin sous la forme d'une pièce plus large que les deux mains. La vaste cavité qui en résulta, et qui sans nul doute était fermée de toutes parts par des adhérences solides et de nouvelle formation, qui l'empêchèrent de communiquer avec le reste de la séreuse péritonéale, donna issue à une suppuration qui alla diminuant de jour en jour. En même temps cette arrière-cavité se comblait très-rapidement; bientôt elle attira à elle d'une part les parois abdominales, avec lesquelles elle était en rapport, au niveau de l'angle inférieur de la plaie, et qui se laissèrent déprimer au point qu'elles formaient une sorte d'entonnoir au fond duquel je laissai à demeure un tube de caoutchouc qui permit d'exécuter les pansements, d'autre part le fond du vagin, qui remonta beaucoup plus que nous n'aurions pu le supposer, si bien que ce canal parut devenir un peu plus long et plus étroit qu'il n'était avant l'opération.

A plusieurs reprises, nous pûmes nous assurer que le col utérin, qui avant l'opération faisait au fond du vagin une saillie du volume d'une orange, avait entièrement disparu.

A partir de la sixième semaine, nous laissâmes la malade se lever, et aujourd'hui, 7 décembre 1869, elle est complétement guérie, comme peuvent s'en convaincre MM. les membres de l'Académie.

L'examen anatomique de la masse morbide qui avait pu être excisée au début de l'opération, montra que l'utérus était considérablement hypertrophié, et que son bord gauche se dédoublait en quelque sorte pour envoyer des prolongements épais et musculaires à la surface de la grande tumeur kystique, avec laquelle il était confondu de ce côté, tandis que son bord droit était indépendant de la tumeur fibreuse ovarique et du kyste tubaire droit, dont nous avons précédemment parlé.

Enfin, dans les réflexions qui accompagnent cette observation, on lit (*Union médicale*, p. 904, n° 149, 1869) : «... Les organes, étranglés par les liens, le col de l'utérus, le vagin et une portion du kyste à droite, l'autre portion du kyste à gauche, formaient dans chaque lien deux sortes de moignons, ayant chacun à peu près le volume du poing d'un adulte... »

La première remarque que nous suggère cette belle observation est relative à l'examen du col utérin. Il est dit, dans un endroit de l'observation, que le toucher vaginal indiquait un col de l'utérus peu saillant, mais très-volumineux : et plus loin, lorsqu'on examine l'utérus, le ventre étant ouvert, on constate que le col a le volume du poing. Il semble ici y avoir une contradiction, car un col utérin de la grosseur du poing doit avoir une saillie considérable dans la cavité vaginale et la remplir presque complétement, et c'est seulement lorsqu'on examine l'utérus dans la cavité abdominale ouverte qu'on reconnaît qu'il a le volume du poing... Et encore comment a-t-on pu voir au fond du petit bassin, rempli de prolongements volumineux du kyste ovarique, que le col utérin avait le volume du poing?... Comment peut-on constater à travers le fond du petit bassin le volume d'un col utérin? Comme on le voit, il y a dans cette description de l'examen du col de l'utérus quelque chose qui laisse à désirer, comme dans toute l'anatomie pathologique de ce kyste. Par exemple, pour ce qui est de la jonction du kyste avec l'utérus, on trouve encore que les rapports ne sont pas clairement exposés et qu'il règne une obscurité qui enlève une partie de l'intérêt qu'offre cette belle observation. En effet, voici ce qui est écrit : «Le ventre étant ouvert, la portion de la tumeur qui se présente d'abord est kystique... et lorsqu'on put attirer une partie de la tumeur au dehors, on put constater que la *surface postérieure seule* avait des adhérences avec l'épiploon... Puis, pour voir quel était l'état de l'utérus et quels étaient ses rapports, on fut obligé d'extraire par morcellement la plus grande portion de la masse kystique... et ce fut alors que nous fûmes frappés par l'hypertrophie considérable de l'utérus, qui remontait jusqu'à l'ombilic et qui était tellement accolé au kyste par sa portion droite et postérieure, qu'il était impossible de savoir si cette production morbide n'était pas née aux dépens de l'utérus... » Il résulte de cette rédaction que la paroi antérieure de l'utérus était exempte de toute adhérence... Alors on se demande comment l'utérus, qui était si volumineux qu'il s'élevait jusqu'à l'ombilic, n'est devenu visible que lorsque la plus grande partie de la masse kystique eût été extraite par morcellement... Cet utérus si volumineux était donc placé derrière la tumeur kystique, qu'on ne pouvait pas le voir avant l'ablation de la plus grande partie de cette tumeur. Mais alors comment expliquer et mettre d'accord ce qui est écrit quelques lignes plus bas, d'abord qu'il n'y avait pas d'adhérences en avant, ensuite que le kyste envoyait au fond du petit bassin, dans le cul-de-sac recto-vaginal, des prolongements solides qui étaient intimement adhérents à la paroi postérieure de l'utérus, au vagin, au rectum, au pourtour du petit bassin. Il est bien évident, d'après cette description, que l'utérus était placé au devant du kyste et des portions qui plongeaient dans le bassin, et que par conséquent il était possible en soulevant ce kyste, qui n'avait aucune adhérence en avant, puisque sa *surface postérieure seule* adhérait à l'épiploon, de voir un utérus qui était tellement hypertrophié qu'il s'étendait jusqu'à l'ombilic. Quels étaient les rapports de l'utérus avec la vessie et de celle-ci avec le kyste? Il n'en est dit mot, et l'on doit supposer que le cul-de-sac utéro-vésical était libre, puisque M. Péan introduisit au fond de ce cul-de-sac une aiguille qui traversa le vagin et le col de l'utérus d'avant en arrière.

Cette description, que nous aurions désirée plus claire, plus exacte et plus complète, est suffisante cependant pour faire comprendre que les adhérences qui existaient entre le kyste et la paroi postérieure de l'utérus se trouvaient à la base de cet organe, dans le cul-de-sac rétro-utérin, et non au sommet de la matrice qui atteignait l'ombilic... D'ailleurs l'utérus était tellement accolé au kyste par sa portion droite et supérieure,

qu'il était impossible de savoir si la production morbide n'était pas *née aux dépens de l'utérus*... Mais puisque l'utérus a été enlevé complétement, il eût été facile, en faisant l'anatomie pathologique, de s'assurer si la production morbide avait pris naissance dans les parois de l'utérus, ou bien, ce qui devient évident par la description même, si le kyste, par son développement progressif, n'est pas venu adhérer à l'utérus et à toutes les parties avec lesquelles il a contracté des adhérences, avec l'épiploon, le rectum, le vagin, etc.; c'est ainsi, d'ailleurs, que les choses se passent ordinairement. M. Péan a donc eu affaire à un kyste multiloculaire ayant contracté des adhérences intimes avec plusieurs organes, et non à une tumeur *fibro-cystique*, les tumeurs de cette nature ont habituellement pour point d'origine le sommet ou les angles de l'utérus et non la base de cet organe; ici le sommet de l'utérus qui s'avançait jusqu'à l'ombilic n'offrait aucune adhérence avec le reste du kyste. Au moins l'observation se tait sur ce point.

Quant au manuel opératoire, nous n'avons pu nous en rendre bien compte, tel qu'il est décrit.

C'est en attirant l'utérus au dehors, est-il dit, ainsi que les tumeurs situées dans ses annexes, que M. Péan a constaté que le col utérin était également hypertrophié, et qu'il se décida à en faire l'ablation. D'abord, comment a-t-il reconnu cette hypertrophie du col utérin à travers les parois du fond du bassin et au-dessous de l'insertion du vagin? il eût été bon de l'indiquer. Et comment s'est-il assuré qu'il traversait le vagin et le col de l'utérus avec l'aiguille qu'il a introduite d'avant en arrière? A-t-il introduit son doigt dans le vagin une fois l'aiguille ou les fils de fer passés, et a-t-il senti ceux-ci traversant le vagin? autrement comment a-t-il pu savoir qu'il avait pénétré dans le vagin. Avec le fil de fer double qu'il avait introduit comme nous venons de le dire, il établit une forte constriction sur le col et le vagin, l'une à droite et l'autre à gauche, dans le but de sectionner ces parties. Chacune des ligatures qu'il a placées a donc étranglé, l'une la moitié droite du col et du vagin, l'autre la moitié gauche du même organe. Cette constriction double et fortement faite avait pour but, et a dû nécessairement sectionner les parties étranglées, et comme le vagin a été compris, suivant l'opérateur, dans cette double ligature, il a dû être divisé dans toute son étendue; par conséquent, à la chute des parties étranglées, une large communication pouvait et devait exister entre la cavité abdominale et la cavité vaginale. Mais heureusement qu'il n'en a rien été, grâce, suivant l'auteur, à des adhérences *qui se seraient formées à point* pour empêcher cette communication. C'est là que se trouve le point important et extraordinaire de cette opération. L'aiguille a-t-elle bien traversé le vagin en même temps que l'utérus? les ligatures ont-elles porté sur le vagin aussi bien que sur l'utérus? Rien ne montre dans l'observation qu'il en ait été ainsi; par conséquent, il n'y a eu aucune communication entre la cavité abdominale et la cavité vaginale au moment de la chute des parties étranglées; il est bien plus probable, suivant le résultat obtenu, que les ligatures introduites dans la masse morbide qui adhérait à la paroi de l'utérus, au vagin et au rectum, etc., n'ont pas porté sur le vagin, mais sur l'utérus, au-dessus des points où s'insère le vagin, et qu'une partie du col utérin, la plus grande partie est restée et a servi de cloison entre le vagin et le fond du petit bassin. Ce qui le prouve, selon nous, c'est là marche des choses, c'est qu'à la chute des parties sphacélées on n'a constaté aucune communication entre le bassin et le vagin, c'est que, le vingt-cinquième jour, le docteur Cintrat put extraire d'un seul morceau toutes les portions du kyste qui avaient échappé le jour de l'opération aux ligatures, portions qui, nécessairement, se trouvaient au-dessous de ces ligatures, et qui se détachèrent assez facilement du *fond du bassin, sous la forme d'une pièce plus large que les deux mains;* pour nous, cette seule circonstance prouverait que les ligatures avaient été appliquées au-dessus du vagin et non sur le vagin; l'épaisseur des parties sphacélées et enlevées le vingt-cinquième jour n'est pas indiquée, mais il faut supposer qu'elle était assez grande, puisque la chute de ces eschares a laissé une vaste cavité. « Cavité, ajoute l'auteur, *qui sans nul doute était fermée de toutes parts par des adhérences solides et de nouvelle formation, qui l'empêchèrent de communiquer avec la séreuse péritonéale.* » D'ailleurs, M. Péan, en procédant comme il dit l'avoir fait, est tellement sûr de la formation d'adhérences, pour empêcher toute communication entre le vagin et le ventre, qu'il s'exprime ainsi dans un endroit de son observation : « *Nous savions que des adhérences péritonéales se formeraient promptement et empêcheraient, à la chute des parties sphacélées, le fond du vagin de communiquer avec la cavité péritonéale* », et notez qu'avec un col utérin dont l'hypertrophie lui avait donné le volume du poing, on devait craindre, à la chute de ce col, une large communication. Quoi qu'il en soit, nous aurions été très-reconnaissant si notre savant confrère, M. Péan, avait bien voulu nous faire connaître sur quelles données il s'appuie pour savoir que dans des cas semblables des adhérences se formeront promptement pour empêcher toute communication entre la cavité péritonéale et le vagin. Nous avouons que, malgré le succès de M. Péan, nous n'oserions nous exposer à sectionner le vagin et le col de l'utérus, parce qu'il nous reste du doute sur la formation de ces adhérences. Peut-être qu'il y a des chirurgiens assez heureux pour voir les lois de la nature s'effacer devant leur bistouri.

Enfin, la dernière remarque que nous ferons a trait à la fermeture du ventre; nous avons peine à comprendre comment l'ouverture faite au ventre a pu être fermée d'une manière convenable à sa partie inférieure, avec deux pédicules qui avaient chacun à peu près le volume du poing d'un adulte, quand on sait qu'un pédicule gros et court amène souvent de grandes difficultés, et qu'on est quelquefois obligé de laisser au-dessus et au-dessous de ce pédicule une ouverture plus ou moins grande.

Malheureusement, il y a dans cette observation plusieurs points entachés d'obscurités et de lacunes qui lui enlèvent beaucoup de sa valeur. On doit regretter que M. Péan ne soit pas entré dans des détails plus précis, et tout à fait indispensables pour pouvoir bien se rendre compte des différents temps de l'opération qu'il a pratiquée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Hygiène des médecins. — Mortalité des médecins de la marine.

Je viens de lire, dans le numéro de la Gazette hebdomadaire du 25 avril dernier, une lettre d'un médecin de la marine à M. le docteur Beaugrand, dans laquelle il est établi que *la mortalité des officiers de santé naviguant de la marine française serait de plus de huit fois supérieure à la mortalité générale.*

Cette assertion, qui est certainement de nature à éloigner beaucoup de jeunes gens de la carrière de la médecine navale et à compromettre sérieusement son recrutement, est, fort heureusement, fondée sur des données statistiques complétement inexactes. Notre honorable confrère part de ce principe que le corps des médecins naviguant et servant aux colonies étant de 600 au 1er janvier 1864, et 265 médecins étant entrés dans le corps, de 1864 à 1873, c'est sur un nombre total de 865 médecins pendant neuf ans que doivent porter les relevés de la statistique. Or, ajoute-t-il, « en comparant le nombre des décès à la population des médecins pendant neuf années, nous voyons que 74 décès, fournis par 865 médecins, donnent une moyenne annuelle de 74/9 décès pour 865/9 médecins, c'est-à-dire 8,2 décès sur 96, ou, si l'on veut, 100 médecins ».

D'abord, le point de départ de notre collègue ne saurait servir de base à des données statistiques annuelles exactes, car il ne présente pas la moyenne annuelle des médecins naviguant. En second lieu, si 865 médecins ont fourni en neuf ans 74 décès, ce n'est pas la neuvième partie de ces 865 médecins qui a fourni par an la neuvième partie des 74 décès, mais bien la totalité des 865 médecins qui a donné chaque année ce neuvième des 74 décès, soit 8,2; et si l'on veut avoir, d'après ses propres chiffres, la mortalité annuelle pour 100, il faut établir le rapport suivant : $\frac{8,2 \times 100}{865}$, c'est-à-dire que la mortalité annuelle serait de 0,94 pour 100, ce qui est bien loin de celle qu'il a formulée.

Mais ce chiffre est au-dessous de la réalité. Pour arriver à des résultats vrais, nous avons cherché l'effectif par année des médecins servant à la mer et aux colonies, pendant la période choisie par l'auteur (sans y comprendre les pharmaciens ni les auxiliaires), et nous avons trouvé les chiffres suivants :

En 1864, 592 médecins naviguant ou employés aux colonies; en 1865, 594; en 1866, 590; en 1867, 588; en 1868, 582; en 1869, 609; en 1870, 610; en 1871, 593; en 1872, 568. — Total 5323.

Divisant ce total par 9, nous avons une moyenne annuelle de 591,4.

Or, si la mortalité a été de 74 pendant ces neuf années, c'est-à-dire de 8,2 par an, en moyenne, pour 591,4 médecins, il en résulte que 100 médecins de la marine donnent une mortalité moyenne annuelle de $\frac{8,2 \times 100}{591,4}$, c'est-à-dire 1,3 pour 100.

En étendant cette manière de raisonner aux démissions, aux retraites, aux mises en disponibilité, d'après les chiffres mêmes donnés par notre confrère, nous arrivons aux résultats suivants :

107 démissions en neuf ans, ou 11,9 démissions par an pour 591,4 médecins, c'est une moyenne annuelle de 2 démissions pour 100.

78 retraites en neuf ans donnent une moyenne annuelle de 1,45 pour 100, et 45 mises en disponibilité en neuf ans, 0,84 pour 100.

Ainsi, en résumé, 100 médecins de la marine employés à la mer ou aux colonies fournissent annuellement :

Décès, 1,3; démissions, 2; retraites, 1,45; mises en non-activité, 0,84; au lieu des chiffres si alarmants que donnait notre honoré confrère, et qui étaient ceux-ci : décès, 8,2; démissions, 12,4; retraites, 8,6; disponibilités, 5.

Cette rectification, dont notre camarade sera heureux, sans doute, tout le premier, m'a paru nécessaire pour ne pas laisser subsister plus longtemps une erreur qui pourrait avoir des conséquences désastreuses pour la médecine navale et jeter la désolation dans les familles des officiers appartenant au corps de santé de la marine.

J'ose donc espérer, messieurs, que vous voudrez bien l'insérer dans un de vos plus prochains numéros, et vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

Un médecin de la marine.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Concours. — L'Académie reçoit pour les concours dont le terme est fixé au 1er juin, les ouvrages suivants :

Concours Montyon (médecine et chirurgie), 1873. — M. *Deschamps :* Mémoire sur les Planicrâniens. — M. *J. Léoni :* « Sur la centralisation et la décentralisation organo-vitales des conditions pathologiques, etc. » (Ce mémoire est accompagné de deux brochures.)

Concours Montyon (arts insalubres), 1873. — M. *Mourcou :* « Sur un système de chauffage et de ventilation établi à l'hôpital Sainte-Eugénie. »

Concours Trémont, 1873. — M. *A. Brachet :* « Études sur les pouvoirs optiques du corindon et du spinelle en nature ou artificiel. »

Académie de médecine

SÉANCE DU 3 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie une lettre de M. le ministre de la guerre sur la réorganisation des officiers de santé militaires.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans l'arrondissement de Blaye. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de Maine-et-Loire, de la Charente et de l'Aude. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. *Decaisne* sur les buveurs de vermouth et de bitter. (Les principales conclusions de ce travail sont : 1° que les formules usitées dans le commerce pour la fabrication du bitter varient selon les fabricants, mais ressemblent toujours, quant aux plantes, à celles du vermouth et de l'absinthe. Ces plantes jouissent à peu près des mêmes propriétés amères, excitantes et toxiques résidant dans les huiles essentielles qu'elles renferment; 2° que l'abus du bitter, comme celui de l'absinthe et du vermouth, de la liqueur de la Grande-Chartreuse elle-même et de certains vins blancs sophistiqués, peut déterminer des accidents épileptiformes; 3° comme l'absinthe et le vermouth, le bitter, même de bonne qualité et pris comme apéritif, devrait être banni de la consommation.) — *b.* Une lettre de M. *Périer* sur l'étiologie du typhus exanthématique. — *c.* Une lettre de M. *Chauveau* relative à la transmission de la tuberculose.

M. *Depaul* dépose sur le bureau un travail de M. *Duboué* (de Pau) sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté.

M. *J. Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Caron*, un ouvrage intitulé : Le guide pratique de l'alimentation du nouveau-né au sein ou au biberon.

M. *Delpech* offre en hommage à l'Académie une notice sur Frédéric Jæger.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture de la lettre que le ministre de la guerre adresse à l'Académie à l'occasion de la réorganisation de l'armée.

Jusqu'ici le service médical était confié au corps des officiers de santé partagé en deux sections : les médecins et les pharmaciens militaires, exerçant chacun parallèlement, sur le pied de l'égalité la plus parfaite et avec une hiérarchie distincte, ces deux professions essentiellement indépendantes.

Cette indépendance présenterait, paraît-il, de sérieux inconvénients, et quelques médecins militaires ont adressé des réclamations au ministère de la guerre. Ils demandent ou la suppression des pharmaciens sous le nom de fusion, ou leur subordination complète à la médecine au point de vue hiérarchique.

Faut-il faire droit à leur demande ou laisser les choses telles qu'elles sont ? Telle est la question que M. le ministre de la guerre pose à l'Académie, en l'invitant à lui répondre dans le plus bref délai.

Une commission a été nommée et la question sera mise prochainement à l'ordre du jour. Il faut s'attendre à quelque bruit dans Landernau ; il n'est pas probable que la question reste dans les limites indiquées, car déjà M. Boudet a fait remarquer que cette question si grave intéressait aussi bien la pharmacie civile que la pharmacie militaire. A nos yeux, le rôle qu'on propose à l'Académie ne nous paraîtrait acceptable que si on lui en accordait un plus large et plus officiel dans l'organisation du service de santé (voy. *Gaz. hebd.*, n° 22, p. 345).

— M. *Béclard* communique ensuite à l'Académie quelques passages d'une lettre de M. Chauveau relative à la *transmission de la tuberculose par les voies digestives*. Ses expériences ont porté sur *onze* animaux et non sur deux, comme l'avait dit M. Colin, et toutes ont été positives, c'est-à-dire qu'il a trouvé chaque fois des tubercules dans les organes des animaux mis en expérience.

M. Chauveau rappelle, en passant, que M. Saint-Cyr est arrivé aux mêmes résultats que lui.

M. *Bouley* a justement reçu de M. Saint-Cyr les détails de deux expériences qu'il demande à publier dans le Bulletin. Il rappelle en même temps les recherches des vétérinaires alle-

mands qui concluent, comme M. Chauveau, pour la transmission de la tuberculose.

M. *Raynal* vient au secours de M. Colin : « Jamais, dit-il, je n'ai trouvé dans mes expériences la moindre lésion tuberculeuse. »

Quant à M. Colin, il maintient naturellement ses conclusions et attribue la différence des résultats au mode d'expérimentation.

En résumé, les faits invoqués jusqu'à ce jour sont contradictoires, et l'on ne peut rien en conclure : heureusement la discussion sera reprise un de ces jours, et il faut espérer qu'on finira par voir clair à Paris comme à Lyon.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.—M. *Fauvel* continue l'intéressante lecture qu'il a commencée la semaine dernière et que l'ordre du jour le force encore à interrompre aujourd'hui.

Dans cette seconde partie de son travail, M. Fauvel étudie les deux épidémies de 1860 et 1863, et les faits qu'il a observés sont venus confirmer une grande partie des idées qu'il avait sur l'étiologie du typhus exanthématique.

La première épidémie, celle de 1860, eut pour origine l'accumulation de plus de 25000 Tartares qui se réfugièrent à Constantinople et y importèrent le typhus. Là, comme en Crimée, ce furent les mêmes causes qui favorisèrent le développement, la propagation de la maladie, c'est-à-dire l'entassement, l'encombrement, l'alimentation insuffisante, la famine, le scorbut, la diarrhée, etc., etc.

La seconde eut pour cause l'émigration des tribus circassiennes qui, vaincues par les Russes, se réfugièrent en masse, vers la fin de 1863, sur toutes les villes du littoral de la Turquie d'Asie. Elles apportaient avec elles le typhus, qui sévit cette fois avec une telle violence que, sur 300 000 émigrants, il en restait à peine les deux tiers au bout d'un an.

Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de ces épidémies, que nos lecteurs trouveront tout au long dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 MAI 1873.—PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

CHORÉE DES MEMBRES INFÉRIEURS : LANDOUZY. — ACTION DE L'URINE SUR LES TISSUS : MURON. — SUEUR LOCALE HÉRÉDITAIRE : OLLIVIER. — HERPÈS TRAUMATIQUE TARDIF : ONIMUS.

M. *Landouzy* présente un malade très-intéressant à observer. Il est affecté de convulsions cloniques prédominant dans les membres inférieurs; c'est un exemple de parachorée.

— M. *Muron* communique le résultat d'expériences nombreuses qui démontrent des particularités importantes de l'action de l'urine sur les tissus. Injectant sous la peau des chiens de l'urine acide du chien, il a constaté qu'il peut y avoir une action toxique toutes les fois que l'urine est chargée de sels. Prenant comme comparaison l'urine diluée ne renfermant que de 20 à 40 grammes d'urée pour 1000 grammes, il a observé que la résorption complète se produit dans tous les cas; mais si l'on arrive à 80 grammes de sels pour 1000 d'eau, l'urine devient phlogogène, elle amène l'inflammation, les abcès du tissu cellulaire. Ainsi l'urine est d'autant plus irritante qu'elle renferme une plus grande proportion de sels. Mais, de plus, l'état individuel de l'animal modifie pour sa part la puissance toxique de l'urine. En effet, chez des chiens anémiés par des saignées ou par l'inanitiation, le chiffre proportionnel nécessaire pour produire des abcès, de la gangrène, des phénomènes septicémiques, est très-abaissé; avec 40 grammes d'urée pour 1000 grammes d'urine étendue, l'urine n'est plus simplement résorbée, mais il survient des accidents inflammatoires locaux des plus graves.

— M. *Ollivier* rapporte un fait de sueurs locales limitées au territoire de distribution de la branche moyenne du trijumeau, existant en dehors de toute névralgie et de toute altération de la peau. Cette disposition est congénitale, elle offre de plus cette particularité qu'elle peut être considérée comme héréditaire. En effet, la sœur de ce jeune homme présente à la même région des sueurs locales, et les trois enfants de cette femme offrent le même phénomène. C'est, suivant M. Ollivier, un exemple unique de l'influence héréditaire dans les sueurs locales.

— M. *Onimus* a observé un exemple d'herpès traumatique tardif survenu chez un ouvrier atteint de contusion grave du nerf crural et du nerf sciatique avec atrophie de la peau. Les courants continus avaient amené une amélioration sensible, et au moment où la guérison semblait s'établir, c'est-à-dire environ quatre mois après l'accident, le malade présenta une éruption herpétique sur le trajet du nerf sciatique. Pour M. Onimus, la production de l'herpès a coïncidé avec la période du rétablissement des fonctions du nerf. D'ailleurs l'herpès traumatique ne se montre que s'il y a exagération dans l'excitabilité du nerf, soit au moment de la lésion, soit à la période de réparation.

M. *Charcot* fait remarquer que les éruptions vraiment traumatiques surviennent quand le nerf est, en quelque sorte, en état d'exaltation. Peut-être faut-il les rapporter à l'existence d'une névrite; mais cette altération n'a jusqu'ici été observée que dans un cas publié par MM. Charcot et Cotard, dans lequel il s'agissait d'une compression des nerfs spinaux par affaissement de vertèbres atteintes de cancer. Il y avait eu de l'herpès sur le trajet des nerfs cervicaux, et à l'autopsie on trouva de la névrite des nerfs correspondants. M. Charcot fait observer qu'on a peut-être trop rapidement conclu de ces faits et d'autres analogues à l'hypothèse des nerfs trophiques. Il y a encore bien des explorations à faire pour arriver à une explication complète de l'influence des nerfs sur la nutrition. M. Charcot pense que l'anatomie et la physiologie pathologiques fourniront les documents les plus précis à cet égard, maintenant qu'on sait étudier les phénomènes et leur relation avec les lésions bien établies par le microscope.

M. *Claude Bernard* fait observer que les hypothèses basées sur la physiologie pathologique doivent être consacrées par la physiologie expérimentale, d'ailleurs la prééminence des deux méthodes d'observation n'est pas en discussion, ce qu'il importe c'est de bien reconnaître la puissance de leur union et de leurs enseignements réciproques.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Étude sur les maladies chroniques d'origine puerpérale, par le docteur Aug. OLLIVIER.

Le travail que M. Ollivier vient de publier dans les ARCHIVES DE MÉDECINE résume et complète les recherches entreprises depuis quelques années, et qui ont été elles-mêmes communiquées successivement à la Société de biologie. Ces études concernaient particulièrement les maladies du cœur, l'hémiplégie, l'albuminurie puerpérales. Aujourd'hui l'auteur cherche à relier entre elles ces différentes maladies, en les subordonnant à une cause commune : les modifications organiques et fonctionnelles que l'état de grossesse amène dans la constitution de la femme.

Parmi les lésions chroniques d'origine puerpérale, M. Ollivier a choisi particulièrement pour sa démonstration les lésions du corps thyroïde, du cœur, du foie et des reins.

L'influence de la grossesse sur la production du goître, indiquée par J. L. Petit, est reconnue par nos principaux accoucheurs. Le goître peut être passager et disparaître avec la grossesse; il peut lui survivre et devenir permanent. Quelque-

fois la marche de la maladie est aiguë, et dans une observation due à M. le docteur Tarnier, nous voyons un goître se développer avec rapidité et déterminer la mort par suffocation. Ailleurs, ces goîtres s'enflamment et suppurent. C'est le cas de la femme de J. L. Petit qui en a publié lui-même l'histoire.

De même que le corps thyroïde, le cœur peut être atteint sous l'influence de la grossesse. Les modifications portent sur le muscle lui-même ou sur l'endocarde.

L'hypertrophie du ventricule gauche, signalée en 1828 par Larcher, paraît être un fait habituel dans la grossesse. L'hypertrophie peut être dépassée et l'on observe l'inflammation ou la dégénérescence graisseuse du myocarde.

Quant à l'endocarde, le processus morbide peut y présenter trois formes différentes. La forme suraiguë est cette endocardite ulcéreuse, d'allure typhoïde, découverte par Simpson (1856), étudiée depuis par Virchow, et, chez nous, par Charcot et Vulpian. La forme aiguë ou subaiguë ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe chez les rhumatisants. C'est surtout sur la forme chronique que s'est portée l'attention de M. Ollivier.

Selon toute apparence, ces lésions de l'endocarde expliquent certaines paralysies, principalement certaines hémiplégies puerpérales qui reconnaîtraient pour cause prochaine une embolie artérielle, dont le point de départ serait l'endocarde altéré. On sait que dans l'endocardite ulcéreuse, typhoïde, ces accidents cérébraux de nature embolique font, en quelque sorte, partie du tableau morbide.

Le foie est souvent affecté dans la grossesse. Un certain nombre d'ictères simples reconnaissent évidemment cette influence. Sauvages et Portal en ont parlé en les attribuant à la compression des voies biliaires. Notons en passant que cette explication se réfute par ce seul fait de la rareté de l'ictère en pareil cas. L'influence de la grossesse sur le développement de l'ictère grave et de l'atrophie jaune aiguë a également été signalée par Ozanam, Frerichs, Niemeyer. Une lésion plus grave, la cirrhose, peut se développer dans les mêmes conditions. M. Ollivier s'attache à démontrer que cette cirrhose est bien l'effet de la grossesse et ne peut être rapportée à une maladie du cœur concomitante, laquelle ne déterminerait pas une cirrhose vraie, mais bien cet état particulier du foie connu anatomiquement sous le nom de foie muscade.

On sait depuis longtemps que l'albuminurie s'observe pendant la grossesse, indépendamment, bien entendu, des causes antérieures qui peuvent lui donner naissance. Cette albuminurie peut être passagère, fugace, peu abondante et ne causer aucun préjudice. Dans une forme plus grave, elle suit une marche aiguë, s'accompagne de bouffissure; l'albumine est abondante dans les urines; l'éclampsie la suit fréquemment. Souvent l'albuminurie cesse avec la grossesse ou ne survit que quelques jours à l'accouchement; mais elle peut se prolonger et une véritable maladie de Bright se déclare; maladie de Bright qui paraît évidemment, et quoi qu'on en ait dit, relever directement de la grossesse elle-même et non d'influences qui se produiraient en dehors d'elle et pendant sa durée.

En terminant son travail, M. Ollivier cherche à déterminer quelle est la cause commune d'où relèvent ces diverses maladies qui se manifestent chez la femme grosse. Laissant de côté les altérations du sang, il croit trouver cette cause dans des actions réflexes, dont le point de départ est l'utérus gravide. Ces actions réflexes se résument en troubles vasomoteurs qui ont pour conséquences la congestion des principaux viscères. Les troubles gastriques reconnaîtraient probablement la même cause, et ce serait encore à des modifications analogues de circulation et de nutrition qu'il faudrait attribuer les troubles intellectuels qui, sous forme de manie ou de mélancolie, figurent dans la pathologie de la grossesse.

Malheureusement pour la validité de cette explication et autres analogues, il est difficile d'attribuer des accidents relativement rares à des modifications organiques qui se produisent constamment dans l'état de grossesse. Pourquoi ces modifications presque invariables éveilleraient-elles si rarement ces actions réflexes, cause déterminante des différentes maladies que l'on considère et qu'on veut expliquer?

L'insuffisance de l'explication ne saurait, toutefois, diminuer l'intérêt de ce travail qui n'est lui-même, ainsi que l'auteur le fait pressentir, que le programme d'un travail plus général sur la pathologie de la grossesse. (*Archives de médecine*, janvier et avril 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. Gallard, médecin de la Pitié. In-8°, 792 pages avec 94 figures intercalées dans le texte. — Chez J. B. Baillière, 1873.

Depuis plusieurs années, M. le docteur Gallard a fait, à l'hôpital Lariboisière et à la Pitié, sur les maladies des femmes, des conférences cliniques, dont la plupart ont été reproduites par les différents recueils périodiques. Ces conférences, revues et développées, forment l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui. Ce n'est pas, naturellement, un traité complet des maladies des femmes, mais un ensemble de monographies très-étudiées sur celles de ces maladies qui dominent en quelque sorte la pathologie féminine.

L'auteur a cru devoir consacrer les premiers chapitres à des considérations anatomiques sur les organes génitaux et sur les procédés d'exploration qui leur sont applicables. Parmi ces derniers, il a décrit avec soin le cathétérisme utérin, indiqué ses dangers et en même temps les moyens de les éviter. Il signale en terminant les tentatives faites pour l'exploration oculaire de la cavité utérine, et les résultats encore bien incomplets qu'elles ont donnés.

La partie la plus importante de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la métrite, qu'il divise en métrite parenchymateuse et métrite interne ou muqueuse, qu'on a également décrite sous le nom de *métrite hémorrhagique*, en raison d'un de ses principaux symptômes. L'auteur accorde également à la métrite chronique une place considérable.

Ces développements sont justifiés par l'influence prépondérante qu'il attribue à bon droit à la phlegmasie utérine dans la pathologie des organes génitaux de la femme. Il a soin d'y rattacher tout ce qui concerne la congestion, l'hypertrophie, les ulcérations, granulations, végétations, fongosités et même les polypes muqueux de l'utérus. Cette manière de procéder peut avoir l'avantage de simplifier considérablement la description clinique; mais la question est de savoir si elle répond à la nature des faits; si ces différentes lésions relèvent toutes de la phlegmasie, et s'il faut reléguer au second plan les influences constitutionnelles, qui fournissent, quand elles sont bien établies, des indications si précieuses pour la marche et le traitement de ces lésions.

Cette question du traitement se ressent des vues de l'auteur. C'est surtout une médication de symptômes. Elle est divisée en générale et locale. L'auteur y attribue à bon droit une large place à l'hydrothérapie, qu'il considère comme la clef de voûte du traitement de la métrite chronique et à l'emploi judicieux de laquelle il attache une grande importance. Un chapitre annexe traite des indications des eaux minérales naturelles.

L'allongement hypertrophique du col de l'utérus, les tumeurs fibreuses (myomes ou hystéromes), l'étude du cancer, donnent lieu à des considérations intéressantes. A propos de cette dernière maladie, l'auteur mentionne les observations de M. Chantreuil sur la possibilité de la prolongation exagérée de la grossesse. Dans un cas publié par le docteur Menzies (d'Édimbourg), la gestation aurait duré *dix-sept* mois.

Dans le chapitre de l'hématocèle péri-utérine, M. Gallard

reproduit et confirme les idées qu'il avait déjà avancées dans des travaux antérieurs. Il expose et critique les opinions de Bernutz, Viguès, Laugier, sur la pathogénie de l'hématocèle, qu'il rapproche à son tour des grossesses extra-utérines. Cette opinion avait déjà été formulée par Denucé (*Bull. de la Soc. anat.*, 1863). Dans la grossesse extra-utérine véritable, l'œuf fécondé n'est pas recueilli par la trompe et tombe dans le péritoine. Dans l'hématocèle, l'ovule, fécondé ou non, se détache avec une certaine quantité de sang de la loge ovarique. L'explication est ingénieuse; mais rend-elle un compte suffisant de l'hémorrhagie, et faut-il voir dans le suintement sanguin de l'ovaire la source unique de ces collections sanguines, qui peuvent remplir une partie de la cavité péritonéale?

L'ouvrage se termine par un intéressant chapitre sur l'ovarite, maladie obscure et d'un diagnostic toujours difficile. Nous y voyons signalée parmi les causes de cette maladie l'emploi des machines à coudre, dont le jeu expose les femmes à des fatigues et en certains cas à des excitations génésiques qui ne sont pas sans dangers.

B.

Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit, par le docteur C. Monod. — J. B. Baillière et fils, 1873. Paris.

Les tumeurs érectiles ou angiomes présentent de nombreuses variétés anatomiques, M. Monod choisissant l'une des moins connues, en a fait une histoire très-complète. Il ne s'agit pas de tumeurs très-fréquentes, puisque jusqu'à présent M. Monod n'a pu réunir que trois observations bien précises. Cependant cette monographie est intéressante, parce qu'elle renferme un exposé anatomo-pathologique très-précis.

Le fait qui lui a servi de base est une tumeur opérée par M. Trélat, dont les caractères se résument ainsi qu'il suit : Un homme âgé de vingt et un ans, porte à la partie antérieure de l'avant-bras une tumeur sous-cutanée du volume d'une amande, non douloureuse, obscurément lobulée d'une résistance élastique, mobile dans tous les sens, offrant la plupart des caractères ordinaires des lipomes ou des fibro-lipomes, ne rappelant en rien ceux des tumeurs érectiles; la tumeur fut considérée comme un lipome, et enlevée par la dissection; pendant l'opération on put constater une coloration bleuâtre, et l'on vit qu'il ne s'agissait pas d'un lipome; la tumeur fut détachée assez facilement. A l'examen histologique, M. Monod put déterminer la nature de cette tumeur, c'était une production vasculaire essentiellement constituée par des capillaires dilatés, véritable tumeur érectile ou angiome. Il s'agissait d'un angiome développé dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. M. Monod expose en détails les caractères anatomiques de cette tumeur; il rapproche cette observation de faits analogues cités par Gosselin, Verneuil, Duplay, etc., dans lesquels on a désigné la tumeur sous le nom d'angiome lipomateux, de lipome à transformation érectile. Il établit ainsi l'histoire d'une variété d'angiome à laquelle il donne avec raison le nom d'angiome simple sous-cutané circonscrit. La partie séméiologique et étiologique est naturellement moins précise que la partie anatomique; mais telle qu'elle est connue par un nombre si restreint de faits bien observés, elle suffit à appeler l'attention sur ces tumeurs. En consultant un appendice sur les angiomes circonscrits de l'orbite, on verra que les angiomes circonscrits du tissu adipeux de l'orbite observés jusqu'à présent diffèrent des tumeurs décrites par M. Monod par des caractères de structure ; il sont caverneux et non simplement des dilatations capillaires.

A. H.

Index bibliographique.

Observation d'aphasie complète suivie de guérison, avec des spécimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie, par J. Grasset, interne des hôpitaux. Montpellier, 1873.

Cette observation est doublement intéressante. Elle offre un exemple d'aphasie vraie suivie de guérison, ce qui se rencontre assez rarement dans les annales de la science; elle est, en outre, très-complète, bien analysée et bien appréciée. Le trouble de la parole était caractérisé par les trois faits suivants : impossibilité de prononcer un mot, conservation de l'intelligence, intégrité des organes phonateurs. La pensée ne pouvait être rendue ni par la parole, ni par l'écriture, ni par la mimique. L'amnésie ne jouait ici qu'un rôle secondaire ou même nul, car le sujet ne pouvait ni répéter un mot, ou même une syllabe, qu'on prononçait devant lui, ni copier un mot qu'on lui présentait écrit, ni exprimer toujours par des gestes appropriés l'idée qu'on lui suggérait.

VARIÉTÉS.

Glanes.

INJECTION D'ALCOOL DANS LES LIPOMES.

Le docteur Haasse rapporte deux exemples de guérison de lipomes à la suite d'injection d'alcool. Celles-ci furent faites à plusieurs reprises. Il s'est produit une induration de la tumeur, puis au bout de trois semaines la tumeur est devenue fluctuante, une incision a donné issue à de la matière graisseuse. (*The medical Press and Circular*, 21 mai 1873.)

EMPLOI DES SUTURES DE CRIN.

Le docteur Brigham recommande l'emploi des crins de la queue du cheval comme moyen de suture, se basant sur ce fait que cette matière produit dans les tissus une irritation bien moins prononcée que la plupart des fils végétaux ou métalliques. (*The Western Lancet*, mars 1873.)

Nécrologie.

Notre confrère et ami M. le docteur Bricheteau a succombé le 31 mai aux progrès d'une maladie qui, depuis plusieurs années, le tenait éloigné de ses occupations.

Neveu du docteur Bricheteau, ancien président de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux, notre collègue s'était toujours montré digne de cet héritage scientifique. Ses études spéciales sur les maladies des enfants avaient, à son début, marqué sa place parmi les travailleurs. A la mort de notre regretté collègue le docteur Debout, il était devenu propriétaire et rédacteur en chef du Bulletin thérapeutique. On sait l'autorité légitime que ce recueil avait conquise sous la direction du docteur Debout, un des esprits les plus distingués dont s'honore la presse médicale. Bricheteau sut être à la hauteur de cette nouvelle tâche, et sa coopération active maintint la Revue qu'il dirigeait au rang distingué où l'avait placé son prédécesseur. Il poursuivait en même temps avec ardeur la carrière des hôpitaux, où sa place était certainement marquée. Peut-être cette accumulation de travaux ne fut-elle pas étrangère à la maladie des centres nerveux dont il ressentit il y a plus de deux ans les premières atteintes. Il fallut tout abandonner et se résigner au repos. Dès ce moment ses jours étaient comptés.

Bricheteau avait le goût du travail, et son esprit clinique était justement apprécié, ainsi que son aménité, son impartialité, sa droite raison. Il était de ceux qui honorent la carrière médicale et savent attendre et mériter le succès.

UN TRAITÉ DE MÉDECINE ÉGYPTIEN DU XVIIe SIÈCLE AVANT L'ÈRE CHRÉTIENNE.

Ce papyrus, qui n'est pas encore entièrement déchiffré, a été acheté à Thèbes par un égyptologue allemand, M. George Ebers, et est destiné sans doute au Musée de Berlin. L'existence de ce monument avait, du reste, été signalée à M. Ebers, avant son départ pour l'Égypte, par un Américain établi à Louqsor, qui avait même copié une partie des caractères. On lit dans la Gazette d'Augsbourg :

«... Ainsi que tous les papyrus hiératiques, celui dont nous parlons et auquel l'auteur a déjà donné son propre nom, *Papyrus Ebers*, est écrit

de droite à gauche ; le texte courant avec de l'encre noire, le commencement des paragraphes avec de l'encre rouge. Les caractères sont, paraît-il, d'une très-belle écriture cursive. Le scribe qui les a tracés était un maître dans son art ; il vivait à une époque où les hiérogrammatistes devaient travailler avec élégance et conscience s'ils voulaient être à la tête de leur profession.

La forme de l'écriture suffirait seule pour assigner à ce papyrus la date du XVIIe siècle avant Jésus-Christ ; ce qui confirme ce grand âge, c'est que, pour la forme des lettres aussi bien qu'au point de vue de la formation des mots et des phrases, il se rapproche du *Papyrus de Prisse*, écrit en plus gros caractère, et peut-être (ce peut-être est de M. Ebers), plus ancien. Enfin, le nom du roi qui apparaît dans le double calendrier et que l'auteur a lu Raser-Ka (Aménophis Ier) indique que l'ouvrage qui s'y trouve reproduit n'a pu être composé plus tard que le milieu de ce XVIIe siècle.

Mais si le papyrus a été écrit à une époque aussi ancienne, la rédaction du texte remonte à des temps bien plus reculés encore. On sait depuis longtemps que les livres de médecine sont les plus anciens de tous chez les Égyptiens, et que le premier de leurs rois était honoré comme l'auteur d'un grand traité de médecine. Cette assertion de Manéthon a été confirmée par un fragment de papyrus conservé au musée de Berlin, et lu, entre autres, par un égyptologue français, M. Chabas, et par Brugsch. Le papyrus de M. Ebers contient, à la page 103, une mention analogue : « Il (ce livre) a été trouvé parmi les écrits, aux pieds d'Anubis, à Sechem (Letopolis). On l'attribue à S. M. le roi de la haute et de la basse Égypte, Zazati. »

C'est au même roi, désigné par le *Papyrus de Turin* comme un des premiers Pharaons, qu'on attribue la composition de l'original du *Papyrus médical de Berlin*. Le médecin et écrivain de l'antique Égypte, qui l'a rédigé, appartenait à la classe des prêtres. On ne s'étonnera pas s'il ne traite point son sujet avec la méthode descriptive et critique des modernes. L'origine des maladies est attribuée par lui aux démons malfaisants ; elles ne peuvent être écartées que si la puissance divine vient en aide à l'art humain et l'assiste dans sa lutte contre les esprits du mal et de la douleur. A côté des recettes proprement dites dont la composition nous est donnée exactement, quantité et qualité, on trouve des prières et des conjurations de toute espèce, avec cette affirmation même que les paroles prononcées sont plus efficaces que les remèdes.

La plupart des remèdes sont énoncés tout simplement après le nom et la description de la maladie contre laquelle ils sont recommandés, tandis que d'autres figurent comme inventés et employés directement par la divinité.

La première page du traité est consacrée à l'introduction, où domine l'élément religieux et magique. Elle se divise en quatre parties, dont la première nous indique la provenance du livre, « sorti des temples de An (Heliopolis) et de Saïs ». Dans la seconde, Ra et Tot sont indiqués comme les principaux destructeurs des démons, Ra qui a dit de l'homme malade : « Je le protége contre ses ennemis », et Tot qui a donné l'éloquence, qui a inventé les livres, etc. La troisième section est consacrée à énumérer la formule qui doit être prononcée dans la préparation de chaque médicament. Enfin, dans la quatrième et dernière, la formule que le malade doit articuler en avalant la médecine : « Voici la médecine, voici la guérison dans le cœur et dans les parties du corps. Le charme est puissant sur les remèdes. Tournez et retournez ; l'objet de la prière n'est-il pas réalisé ? »

Le manuscrit traite de la façon de détruire les vers intestinaux, de guérir les maladies inflammatoires, les hémorrhoïdes, les abcès, les maladies de la tête, de l'estomac, du cœur, des yeux, la gale, le farcin, la fièvre, les maladies des jambes, des *metu* (veines, selon certains égyptologues ; nerfs, selon M. Ebers), etc., etc. Le papyrus s'occupe aussi des cheveux, de la teigne, de la chevelure qui blanchit, de la calvitie.

Le traitement des maladies de l'oreille offre un grand intérêt, mais qui s'efface à côté de celui que présente le chapitre suivant, très-étendu sur les maladies des femmes. Nous y voyons tirer des pronostics médicaux ; on nous y apprend comment on peut reconnaître qu'une femme est dans le premier, le deuxième, le troisième mois de sa grossesse.

Ce chapitre consacré à la *souveraine du logis*, comme l'appelle le médecin égyptien, est suivi d'un autre, qui traite du logis même, de la maison domestique et de sa tenue. Chez les Égyptiens, dès les temps les plus reculés, comme nous le savons par les Grecs, la propreté était regardée comme un point important pour le maintien de la santé. On y enseigne donc la manière de chasser la vermine, de se préserver des puces et autres insectes ; d'empêcher le serpent de sortir de son trou, les mouches de piquer ; on indique une essence pour chasser les mauvaises odeurs de la maison et des habits.

Les pages suivantes ont un caractère physiologique. Il y est aussi question des rapports de l'âme et du corps. Avec la page 99, commence le chapitre « sur les moyens occultes de connaître les battements du cœur et le cœur lui-même ».

Il faut tourner le papyrus pour lire la page 103, où il est dit que ce livre est du commencement de l'époque des Pharaons, c'est-à-dire de ces temps reculés qui ont suivi celui de Ménès, et dont nous ne possédons encore aucun document contemporain.

Le scribe du papyrus médical de Berlin et celui du papyrus qui nous occupe, et qui est intitulé : *De la préparation des médicaments pour toutes les parties du corps de l'homme*, ont dû travailler sur le même texte original, à moins qu'on n'admette, comme paraît le croire M. Ebers, que le traité dont il s'agit ici a servi au hiérogrammatiste qui a transcrit le fragment beaucoup plus récent et beaucoup moins riche qui existe déjà au musée de Berlin... »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. A. Netter, docteur en médecine, est nommé bibliothécaire conservateur des collections à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Bouchard, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Strohl, ancien agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est réintégré dans les mêmes fonctions à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Hecquel, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de thérapeutique, en remplacement de M. Citerne, décédé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Castelain, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Lestocquoy, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Germe, suppléant pour les chaires de médecine et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Dupuich, décédé.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 24 au 30 mai 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 64. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 239. — Affections chroniques, 354 (1). — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 24. — Total, 817.

Lille : Décès du 1er au 15 mai 1873, 207. — Rougeole, 37 ; fièvre typhoïde, 1 ; érysipèle, 1 ; bronchite, 23 ; pneumonie, 14 ; croup, 2 ; diarrhée, 0 ; entérite, 26.

(1) Sur ce chiffre de 354 décès, 182 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS.

MM. les Abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE dont l'abonnement expire le 30 *juin* sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 25 *juin*, il leur sera présenté dans le courant du mois de juillet un reçu de treize francs pour le renouvellement de leur abonnement du 1er *juillet au 31 décembre* 1873.

SOMMAIRE. — **Paris.** Considérations critiques sur la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique. — **Travaux originaux.** Démographie : Situation de la population de la France. Dénombrement de 1872. — Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Correspondance.** Hygiène des médecins. — Mortalité des médecins de la marine. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Étude sur les maladies chroniques d'origine puerpérale. — **Bibliographie.** Leçons cliniques sur les maladies des femmes. — Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit. — Index bibliographique. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 12 juin 1873.

CONSIDÉRATIONS CRITIQUES SUR LA NATURE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

La scarlatine, nous dit M. A. Laveran, se déguise sous les formes les plus variables; l'éruption spécifique peut faire défaut; la scarlatine, ainsi dépouillée de son symptôme le plus essentiel, n'en existe pas moins.

Je ne contesterai pas ces faits d'observation clinique : toutefois je ferai remarquer que ces faits sont exceptionnels, que les scarlatines dites frustes se montrent toujours comme cas isolés, à côté des scarlatines complètes, et que l'on n'a jamais vu les premières régner épidémiquement, de façon à constituer, sur des points multiples et éloignés, des épidémies cruelles, et cela sans qu'aucun des témoins et observateurs de ces épidémies ait jamais pu saisir la prétendue relation entre cette forme fruste et la forme régulière d'où elle procède.

Mais abandonnons ces considérations, qui pourraient paraître secondaires à ceux qui ne sont pas frappés de ce qu'offrent de permanent et de fixe, comme espèce, les fièvres éruptives, et voyons ce que dit encore la clinique relativement aux scarlatines frustes.

La scarlatine peut se borner à l'angine, et l'exanthème cutané échapper à l'observation, tellement il est léger, ou même manquer entièrement. C'est la plus commune des scarlatines frustes. En second lieu, il y a des scarlatines qu'aucun symptôme ne dévoile d'abord : il y a eu occasion manifeste de contage; le malade cependant ne semble avoir ressenti aucune atteinte du mal, mais, quinze ou vingt jours après avoir subi l'approche de cette occasion en apparence stérile, le malade est pris subitement d'anasarque ou d'hématurie, et cela au moment même où ces accidents seraient survenus si la scarlatine, prise par contage, eût évolué avec ses symptômes accoutumés. Ce malade affecté d'anasarque ou d'hématurie peut communiquer, à son tour, la scarlatine aux personnes saines qui l'approchent. Là encore on a le droit de supposer la scarlatine comme affection première et inaperçue. L'anasarque et l'hématurie la dévoilent par leur allure spéciale, par l'époque où elles se déclarent, par l'absence de toute cause apte à en expliquer l'apparition, par leur soudaineté, par leur relation avérée et intime avec la scarlatine, par leur rareté absolue alors que la scarlatine ne les provoque pas, par les conditions étiologiques d'où elles proviennent et qu'elles suscitent ensuite. A vrai dire, l'anasarque et l'hématurie ne sont pas de simples complications de la scarlatine; ce sont plutôt des manifestations fréquentes, presque régulières de la maladie à un moment donné, manifestations à peu près inévitables si le scarlatineux n'est pas entouré des soins préventifs les plus minutieux.

En est-il ainsi des manifestations de la méningite épidémique? Demeure-t-on dans la logique nosologique en considérant la méningite cérébro-spinale comme une scarlatine fruste? Les accidents nerveux, nous dit-on, délire, coma, éclampsie, ne sont pas rares au début de la scarlatine, surtout chez les enfants. Cela est vrai. Mais peut-on comparer ces accidents nerveux à ceux qui surviennent dans la méningite épidémique? La pathogénie des uns et des autres n'est-elle pas essentiellement différente? Dans la scarlatine, les accidents nerveux doivent surtout être rattachés à l'élévation subite et extrême de la température. Sans prétendre systématiquement que tous les accidents nerveux observés dans les fièvres reconnaissent cette unique cause pathogénique, on peut estimer que dans la scarlatine cette cause y prend une part prépondérante. Aussi l'autopsie n'y fait-elle découvrir aucune trace de phlegmasie, ni dans les enveloppes, ni dans la substance cérébrale elle-même. Il en est tout autrement des accidents nerveux de la méningite épidémique. Je ne puis dire ici quelle est l'élévation de la température; la thermométrie clinique n'était pas entrée en 1848 dans les habitudes de la pratique, ni même dans l'étude scientifique des maladies; mais à coup sûr cette élévation ne pouvait compter comme cause du délire; celui-ci avait sa raison manifeste dans les lésions profondes et rapides des méninges. Il n'y a donc aucune parité à établir entre les accidents nerveux de la scarlatine et ceux de la méningite cérébro-spinale; ils ne relèvent pas du même procès pathogénique. On ne peut donc dire d'eux qu'ils masquaient une scarlatine et la présentaient à l'état fruste.

Reste, comme raison nosologique dernière et plus spécieuse, que la scarlatine affectionne les membranes séreuses et engendre souvent des inflammations purulentes, surtout dans les plèvres et le péricarde. Dans la méningite épidémique il n'y a pas seulement suppuration des méninges, il y a pareillement des pleurésies et des péricardites purulentes; on a même rencontré du pus dans les grandes articulations et jusque dans les gaînes tendineuses. Quelle est la valeur de ce rapprochement invoqué par M. A. Laveran? Est-il aussi probant qu'il le pense? La scarlatine peut-elle réellement se masquer sous une suppuration des membranes séreuses?

Pour en juger, il faut se demander comment et à quelle époque se prennent les séreuses dans la scarlatine, quel est le rôle de cette complication dans l'évolution de la maladie? On voit dès l'abord que cette complication n'entre pas dans l'évolution régulière de la maladie; elle n'est pas un fait d'ordre normal comme sont l'angine, l'anasarque, l'hématurie scarlatineuses. Celles-ci dévoilent à elles seules la scarlatine, suivant les conditions dans lesquelles elles surviennent. Il n'en est pas ainsi des suppurations de la plèvre et du péricarde. Celles-ci compliquent la scarlatine, mais elles ne la mani-

festent pas ouvertement. De telles suppurations peuvent s'établir dans une foule de conditions différentes; elles s'associent presque à toutes les fièvres éruptives, à la rougeole et surtout à la variole; elles peuvent se déclarer d'emblée, être primitives, suivant le langage de l'école; en un mot, elles n'offrent rien de typique, d'exclusivement attaché à la scarlatine. Il est donc téméraire de prétendre voir la scarlatine à travers ces seuls faits de suppuration des séreuses; rien n'y autorise.

Cette témérité augmente si l'on se reporte à la méningite cérébro-spinale, et si l'on examine quelles sont les inflammations purulentes qui caractérisent cette dernière affection. Ici la séreuse qui s'enflamme et suppure d'abord et presque exclusivement, ce sont les méninges; la plèvre et le péricarde, les séreuses articulaires ne sont frappées que très-exceptionnellement. C'est l'inverse dans la scarlatine; ici les méninges demeurent indemnes; la plèvre et le péricarde sont seuls atteints. Cette différence dans les déterminations locales se relie évidemment à la distinction des espèces morbides, auxquelles ces déterminations sont subordonnées.

La séparation va se montrer plus profonde dans le mode d'apparition de ces lésions inflammatoires. Dans la scarlatine, en effet, les inflammations séreuses ne sont pas des manifestations de début; elles ne surviennent qu'à la fin de la période d'état ou dans les premiers jours de la période de desquamation, c'est-à-dire du huitième au douzième jour. Il n'y a pas de scarlatine qui débute par une pleurésie purulente ou par une péricardite. Les troubles produits par la période d'état semblent nécessaires à la genèse de ces complications redoutables; la maladie ne saurait commencer par elles, de façon qu'elles se substituent à tout l'enchaînement ultérieur des symptômes. Combien il en est autrement dans la méningite! Non-seulement ici la suppuration des méninges est le fait primitif, mais ce fait s'établit parfois avec une effrayante rapidité. Sur 80 malades que j'ai observés dans l'épidémie de 1848, j'en ai vu succomber 10 en moins de quinze heures de maladie; 17 autres ont succombé du premier au troisième jour. Sauf quelques rares exceptions, l'autopsie montra dans tous ces cas du pus déjà formé et déposé en couche autour du chiasma des nerfs optiques, sur les parties moyennes et latérales de la base du cerveau, sur la face supérieure du cervelet; en outre, les ventricules latéraux étaient remplis de sérosité trouble, et en arrière, vers la corne d'Ammon, on voyait déjà des filets de pus crémeux et bien lié. Ici donc la suppuration des méninges est le fait capital et primitif; il commande à lui seul toute l'évolution de la maladie, et souvent cette évolution, de son commencement à sa fin, dure à peine quelques heures. Comment retrouver là la marche et la physionomie de la scarlatine? Un soldat est foudroyé en montant sa garde; on le transporte à l'hôpital, il y meurt au bout de trois ou quatre heures. Les méninges sont déjà couvertes de pus, les ventricules latéraux sont emplis de ce liquide; et l'on voudrait voir là une scarlatine fruste, sous ce prétexte que dans la scarlatine, du huitième au douzième jour, on observe parfois une pleurésie purulente ou une péricardite! Je doute qu'une telle opinion soit aisément acceptée des cliniciens. Tout me semble la contredire; je ne vois rien qui l'affirme nettement.

M. A. Laveran avance que chez quelques méningitiques du Val-de-Grâce on a observé parfois un érythème scarlatiniforme. Je n'ai jamais vu pareille éruption dans le cours de la méningite épidémique. Pour juger de sa signification, il faudrait savoir si cette éruption était primitive, ou du moins si elle appartenait aux premiers temps de la maladie; ou si, au contraire, elle a paru comme éruption secondaire, à une période plus ou moins avancée du mal. Dans ce dernier cas, que je soupçonne fort être le vrai, cette éruption ne conserve aucune espèce de valeur séméiotique; elle tend plutôt à infirmer l'hypothèse soutenue par notre confrère, en ce sens qu'un érythème secondaire ne saurait être présenté comme démontrant la réalité d'une affection scarlatineuse vraie. Si l'érythème scarlatiniforme était si rare que je n'ai pu le voir dans tout le cours d'une longue épidémie, en revanche on observait une autre éruption secondaire, tellement fréquente qu'on a pu la considérer comme spéciale à l'épidémie : je veux parler de l'éruption herpétique se montrant aux lèvres, au pourtour des narines, sur d'autres points de la face. Ces herpès survenaient promptement, dès les premiers jours de la maladie. Nous verrons bientôt s'ils fournissent un indice sur la nature probable de la méningite cérébro-spinale épidémique; pour le moment, je me bornerai à faire remarquer que les herpès de la face n'appartiennent pas, comme éruption secondaire, à la scarlatine; cette fièvre éruptive ne connaît, en fait d'éruption secondaire, que la miliaire. La présence de l'herpès forme donc un trait distinctif nouveau qui s'ajoute à tous ceux que nous avons indiqués.

Sans prolonger davantage une discussion déjà longue, je crois pouvoir conclure que l'assimilation proposée par M. A. Laveran n'est pas seulement hypothétique, mais qu'en outre elle a contre elle les enseignements cliniques fournis par l'étude directe de l'épidémie, et toutes les probabilités nosologiques qui découlent de l'évolution, de l'allure, de la physionomie de chacune des deux maladies que l'on veut unifier. La question soulevée par M. A. Laveran est-elle pourtant inutile à poser ou impossible à résoudre? Faut-il simplement présenter la méningite cérébro-spinale épidémique comme une maladie inflammatoire des méninges, maladie inflammatoire d'ordre commun, malgré l'intensité des lésions et leur rapide évolution? La lésion locale contiendrait-elle donc la raison pleine et vraie de la maladie? Se borner à une aussi étroite conception prouverait que l'on méconnaît l'étiologie réelle et la pathogénie vivante de cette terrible et étrange maladie. L'inflammation est un élément commun aux affections les plus disparates; pour connaître ce qu'elle exprime, il faut interroger son mode d'apparition, voir les tissus qui la supportent, les symptômes qui précèdent, accompagnent et suivent son établissement, pour de là remonter à l'affection qu'elle représente. A ce point de vue, les inflammations de la méningite épidémique ont une allure propre, un caractère indéniable, qui nous serviront bientôt à fixer la nature du mal.

Un premier fait doit nous arrêter tout d'abord, c'est que la méningite cérébro-spinale est épidémique. Elle naît, s'étend, se propage, disparaît à la façon des maladies épidémiques vraies. Née de causes communes et infectieuses, telles qu'encombrement, mauvaises conditions hygiéniques, préparée par toutes les conditions physiques et morales de débilitation vitale, la méningite épidémique s'élève aussitôt à la spécificité et elle se propage par contagion; elle s'éteint après une certaine durée, soit que les conditions de milieu aient été changées ou améliorées, soit que la maladie ait prélevé sur le milieu où elle sévit les victimes prédisposées. Ce simple aperçu

suffit à nous donner une idée générale de la nature de la méningite épidémique. La plupart des observateurs confirment cette notion première de la maladie; presque tous attestent que la méningite épidémique vient de source infectieuse et qu'elle est contagieuse, presque tous la classent parmi les typhus, et un grand nombre la désignent sous le nom de typhus cérébral ou méningitique.

Une telle notion est-elle suffisante; ne pouvons-nous dépasser ces idées vagues et atteindre à une conception plus précise et plus nette de la maladie? Ce mot de typhus, pris dans un sens générique, ne jette que de bien faibles lumières sur une maladie déterminée. Pourquoi cette maladie typhique s'accompagne-t-elle ici de ces suppurations rapides, si étendues qu'elles gagnent en quelques heures toute la surface des méninges cérébro-spinales, et parfois, en même temps, d'autres grandes séreuses, la plèvre, le péricarde ou les séreuses articulaires? Toutes les maladies infectieuses sont plus ou moins typhiques, et donner cette qualification à l'une d'elles n'est nullement en fournir le caractère distinctif et propre.

J'estime donc qu'il faut essayer d'aller au delà de ces vues générales dans l'étude de la méningite épidémique, et, comme M. A. Laveran, je crois qu'il est possible d'arriver à déterminer la nature nosologique de ce fléau. J'ai dit pourquoi je ne pouvais accéder à l'opinion qui veut en faire une scarlatine; je vais essayer d'indiquer en quelques mots la croyance que je me suis faite en cet obscur sujet. Cette croyance, je l'ai déjà résumée dans mon ouvrage sur *la fièvre traumatique et l'infection purulente*. Je ne puis mieux faire que de citer ici ce très-rapide exposé.

Après avoir établi la réalité de l'infection purulente spontanée, j'avançais que le cadre de la pyohémie spontanée dépassait de beaucoup les limites restreintes que les pathologistes lui avaient assignées jusqu'ici. «On doit, disais-je, ranger dans ce cadre toutes les affections aiguës caractérisées par une purulence rapide, de nature maligne, à déterminations locales plus ou moins spéciales mais susceptibles de varier, avec symptômes généraux graves reproduisant ceux de l'état pyohémique des blessés, frissonnements répétés, violents, que rien ne modère, teinte jaunâtre, subictérique de la peau, stupeur délirante, altération profonde des traits. Parmi ces affections, nous signalerons la méningite cérébro-spinale épidémique, qui, à notre sens, n'est autre qu'une fièvre purulente à détermination locale sur les méninges. L'évolution et le caractère général de la maladie dénotent ces purulences rapides, presque foudroyantes, telles qu'on les observe dans les formes les plus graves de l'infection purulente. Les dépôts purulents se portent principalement sur les méninges, d'où la forme méningitique de la maladie; mais ils peuvent également se porter sur d'autres points, et il n'est pas rare chez ces malades de découvrir à l'autopsie du pus épanché dans une plèvre ou dans une cavité articulaire, ou infiltré entre des masses musculaires, sans qu'aucun symptôme local ait trahi durant la vie ces épanchements silencieux de pus. En outre, les conditions étiologiques de la méningite cérébro-spinale épidémique se rapprochent singulièrement de celles qui appartiennent à la pyohémie spontanée. Ces épidémies méningitiques sévissent, en effet, dans les garnisons, et en particulier sur les conscrits arrivant des champs pour vivre dans les encombrements malsains de la caserne, tristes, regrettant leur foyer, changeant de régime alimentaire, surmenés par les fatigues nouvelles de la vie du soldat. Ces conditions ne sont-elles pas toutes profondément hostiles à la vie plastique et aux énergies nutritives? A ces conditions communes viennent se joindre les conditions spécifiques, qui dès les premiers temps de l'épidémie naissent des victimes atteintes par l'épidémie elle-même. La méningite cérébro-spinale épidémique est, en effet, contagieuse, comme le sont l'infection purulente et la fièvre purulente puerpérale. Ce dernier trait vient ainsi compléter les analogies étiologiques de ces divers états morbides, et s'ajouter aux analogies symptomatiques que nous avons indiquées déjà. Aussi, nombre d'observateurs, frappés de cet ensemble de caractères qui rappelle de si près celui des affections typhiques, ont-ils donné à cette maladie le nom de typhus méningitique ou cérébro-spinal.

» A côté de la fièvre purulente des soldats, née dans les casernes, il faut placer les fièvres purulentes nées dans les Maternités, sous les mêmes conditions étiologiques associées; conditions communes propres au milieu et propres aux individus affectés, conditions spécifiques provenant des fièvres purulentes ayant surgi dans ces mêmes milieux. En mentionnant ici les fièvres purulentes qui sévissent dans les Maternités, je n'entends pas uniquement parler de la fièvre puerpérale ou pyohémique des accouchées, mais encore de ces purulences latentes qui enlèvent tant de nouveau-nés : pleurésies, péritonites purulentes, suppurations disséminées, toutes ces lésions sont la manifestation de l'état pyohémique qui s'établit si aisément chez ces petits êtres dont l'énergie plastique est si pauvre, dont les humeurs et les tissus sont si faiblement constitués. Au nombre des pyohémies propres aux Maternités, il faut encore compter celles que je citais plus haut et qui frappent les élèves internées dans les Maternités, dont la plasticité s'altère par l'internement, et qui vivent dans un milieu tout infecté des miasmes de la pyohémie spécifique. Enfin, à côté des Maternités, il faut ranger les hôpitaux d'enfants, source trop féconde d'états pyohémiques. C'est dans ces hôpitaux, en effet, qu'au déclin ou dans la convalescence de certaines fièvres, et en particulier des fièvres éruptives, rougeole et scarlatine, surviennent obscurément, comme chez les nouveau-nés dans les Maternités, des pleurésies ou péricardites purulentes, des suppurations multiples, successives, profondes. Tous ces états sont des manifestations de la pyohémie sous ses formes diverses, depuis la forme commune et curable jusqu'à la forme maligne et funeste. La même étiologie entraîne ici les mêmes effets. Toutes ces fièvres purulentes sont congénères; toutes touchent à l'infection purulente des blessés; il n'y a de changé que des conditions secondaires; le fond subsiste identique et un. » (*De la fièvre traumatique et de l'infection purulente*, par Em. Chauffard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, page 180.)

Je crois que pour le clinicien qui voudra s'élever au-dessus des vieilles idées préconçues et s'en tenir à l'observation pure et large, les rapprochements indiqués dans la citation qui précède demeureront frappants. Je ne sais rien en clinique de plus semblable, jusque dans les moindres traits, que tels blessés frappés d'infection purulente, telle accouchée saisie de fièvre puerpérale, tel conscrit saisi d'infection purulente spontanée ou de méningite purulente épidémique. Mêmes épouvantables frissons, même décoloration ou teinte subictérique de la peau, mêmes éruptions herpétiques de la face,

même stupeur par altération profonde des humeurs, même évolution parfois terrifiante par sa rapidité, même terminaison presque constamment funeste, même purulence s'effectuant promptement, sans préparation, sans travail phlegmasique apparent, par une sorte d'extravasation subite et silencieuse du pus; l'unique différence réside dans la détermination locale de ces purulences suivant la variété particulière de la fièvre pyohémique, ici les méninges, là le péritoine, ailleurs les plèvres, le péricarde, les séreuses articulaires, le tissu connectif intermusculaire, les parenchymes viscéraux; parfois cependant le pus se déverse sur des points multiples, éloignés les uns des autres et sans rapport organique entre eux. Il en est ainsi dans toutes les pyohémies, et c'est ce qui explique les faits qui avaient frappé M. A. Laveran, les suppurations concomitantes de telle ou telle séreuse avec la suppuration des méninges. L'état pyohémique donne de ces faits une explication bien autrement légitime que l'hypothèse d'une scarlatine fruste. Enfin, pour terminer cette longue suite de similitudes entre toutes les fièvres purulentes, nous dirons que toutes reconnaissent les mêmes conditions étiologiques; partout l'infection, l'encombrement, la dépression morale, tout ce qui amoindrit et altère la vie fondamentale et plastique.

Comment méconnaître ces analogies qui s'inscrivent par tous les caractères du mal, que tout confirme, que rien ne contredit. Donnons donc à tout cet ordre de faits la grande place qui lui revient; ne demeurons pas quand même dans les ornières battues, et ayons le courage d'inscrire dans nos nosologies une nouvelle classe de fièvres, celle des fièvres purulentes. Il y a là, croyons-nous, un sérieux progrès à réaliser, un progrès tout clinique, nullement entaché d'esprit systématique, vraiment conçu en regard de la nature vivante.

C'est dans le but d'y concourir que j'ai écrit ces lignes.

Chauffard,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique chirurgicale.

Observation de tumeur osseuse (myéloïde) du vomer (exostose spongieuse des fosses nasales : Richet, Olivier) suivie de réflexions pour servir à l'histoire des exostoses de la face, par M. Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Les recherches historiques relatées dans le travail de M. Richet sur les exostoses de la face (*Gaz. des hôp.*, 1871, page 257 et suivantes) prouvent qu'il existe sur cette affection, dans les archives de la science chirurgicale, un certain nombre d'observations. Isolées, perdues, on n'avait pas tiré parti de l'enseignement qu'elles comportent. En les groupant, en les analysant, M. Richet a pu tracer un tableau de la maladie, tout en regrettant de ne pas combler certaines lacunes faute de matériaux suivants. Il invite même ses confrères à publier les faits qu'ils posséderaient sur ce sujet. Nous nous rendons à son appel.

Malgré le consciencieux mémoire du célèbre chirurgien de Paris, et d'autres postérieurs ou contemporains, tels que la thèse du docteur Ollivier (Paris, 1869), la revue critique du docteur Rendu (*Arch. gén. de méd.*, 1870, t. II, page 214), le rapport de M. Dolbeau (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, année 1872, page 5), la communication de M. Giraldès (*Id., loc. cit.*, page 28), une nouvelle observation de M. Letenneur, de Nantes (*Gaz. des hôp.*, 1871, page 462), un travail du docteur Bryant (*British. medic. Journ.*, 7 déc. 1872, t. II, page 631), enfin l'article de M. Guyon (*Dict. encyclop.*, t. V, 2e série, page 493), on peut dire, sans exagération, qu'une grande incertitude règne sur la nature, le siége, le mode de développement de ces ostéomes; les règles opératoires se sentent même de ces données insuffisantes.

Est-on même bien sûr que, pour chaque auteur, les mêmes mots expriment les mêmes choses. Si le sens de cette expression, *exostose éburnée*, paraît passablement défini, en est-il de même de celui d'*exostoses spongieuses*. Ces néoplasmes diffèrent-ils ou sont-ils des tumeurs dites myéloïdes, ou sont-ils identiques avec elles?

Pour mon compte je n'hésite pas, d'après mes études, à me prononcer pour l'identité. Dernièrement M. Guyon, à l'article Tumeurs du maxillaire supérieur (*loc. cit.*, pages 472 et 494), les a décrites dans deux chapitres très-distincts. Sur quoi fonde-t-il cette distinction, il ne le dit pas. Rappelons, en faveur de notre manière de voir, que l'ostéome spongieux opéré par Haquier a été classé dans les myéloïdes par Nélaton. Virchow (*Pathologie des tumeurs*, t. II, page 3) n'admet d'autres différences entre l'ostéome médullaire (myéloïde) et l'ostéome spongieux que l'existence de cavités plus grandes dans le premier que dans le second : leur composition histologique reste la même. Il serait bien temps de s'entendre. Il règne, convenons-en, dans les auteurs, une véritable anarchie sur le sens attribué par chacun aux mots *exostoses*, *énostoses*, *hyperostoses*, *ostéophytes*, *myéloïdes*, etc.

On devrait se débarrasser de ce vieux bagage qui ne repose sur aucune des nouvelles données de l'anatomie normale et pathologique. La description des maladies osseuses y gagnerait considérablement en clarté et en précision. A notre avis l'entente serait facile si l'on s'efforçait, dans les descriptions, d'indiquer le point d'origine du néoplasme. Il ne peut partir que du périoste ou du tissu médullaire, les deux grands facteurs de toute production osseuse.

De nouvelles observations sérieusement prises sont désormais nécessaires pour fixer ces questions contentieuses. Le fait suivant, recueilli d'après ces principes, me paraît digne de pouvoir fixer l'attention; il apporte son contingent, je crois, dans la solution des desiderata indiqués dans le travail de M. Richet.

Obs. — *Tumeur osseuse (myéloïde) du vomer (exostose spongieuse). — Exophthalmie de l'œil droit suivie d'amblyopie et de diplopie. — Extirpation de l'exostose après résection préalable de l'unguis, d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur, de la lame planum de l'ethmoïde. — Chloroformisation. — Guérison complète datant de dix-huit mois. — Cicatrice à peine visible à l'extérieur.* — Le 5 octobre 1871, une jeune femme, mariée depuis deux ans, vint me consulter. Elle est âgée de vingt-deux ans. Elle porte à l'angle interne de l'œil droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, faisant relief à l'extérieur. Elle est recouverte par les téguments rouges et violacés à son niveau. L'œil est saillant en dehors, en partie chassé de sa cavité. La malade accuse de la faiblesse dans la vue et de la diplopie. Les larmes coulent sur la joue.

Au toucher, la tumeur est dure, osseuse; on ne saurait en reconnaître les limites; elle se perd dans l'orbite et les fosses nasales. Sa surface est lisse sans mamelon.

En examinant l'intérieur de la bouche, on voit le voile déprimé et porté en avant. En portant le doigt derrière cet organe, on sent une tumeur dure, ronde, immobile, indolore. Elle occupe la ligne médiane; elle remplit presque la totalité des orifices postérieurs du nez. Elle descend sur le cinquième supérieur du voile dont elle soulève en arrière la muqueuse qui la recouvre et la fixe. Impossible de suivre plus loin sa position dans les fosses nasales. En introduisant une sonde de femme par les orifices antérieurs du nez, on tombe, environ au niveau du tiers antérieur du cornet inférieur, sur un obstacle dur, recouvert par la muqueuse. Il est impossible de franchir cet obstacle dans l'une et l'autre narine. La cloison médiane est intacte jusqu'à ce niveau. Le maxillaire supérieur droit est sain; le palais osseux n'est pas déprimé, le sinus n'est pas saillant en dehors; les dents sont normales, solidement implantées.

D'après la malade, la tumeur de l'œil date d'un an environ, mais

depuis plus longtemps elle a éprouvé des embarras dans la respiration nasale, qui est totalement supprimée aujourd'hui. Parfois elle a des saignements du nez, une pesanteur de tête à peu près continuelle. La voix est fortement nasonnée. Quoique d'une bonne constitution, la santé générale est altérée; elle perd l'appétit; elle est pâle, anémiée. Le nez exhale une odeur putride, due vraisemblablement à la putréfaction des excreta dont l'absence du passage de l'air ralentit ou arrête l'expulsion.

La malade a consulté déjà plusieurs médecins qui n'ont pu s'expliquer sur la nature de sa maladie. Elle a pris des remèdes, entre autres de l'iodure de potassium, sans aucun résultat.

Quelle était la nature et le siége de cette tumeur? Pour résoudre cette double question, nous n'avions à notre aide que la dureté et ses rapports avec les parties situées dans son parcours.

De l'exploration à laquelle nous nous étions livré, il résultait évidemment que le néoplasme était obliquement placé dans les fosses nasales de gauche à droite et d'arrière en avant. Son extrémité antérieure faisant saillie à l'angle interne de l'œil droit, son extrémité postérieure à la région naso-palatine. Sa demi-circonférence externe refoulant en dehors la paroi externe de l'orbite, tandis que sa demi-circonférence interne fermait vers le milieu les cavités nasales gauche et droite.

La dureté de la tumeur ne laissait aucun doute sur sa nature. Nous avions affaire à une exostose. Était-elle éburnée? était-elle spongieuse? Cette question ne pouvait être résolue que pendant l'opération.

Le refoulement de la paroi interne de l'orbite en dehors, l'absence de lésion dans la voûte palatine, l'intégrité des sinus maxillaire et frontaux, indiquaient suffisamment l'ethmoïde comme siége du mal; seulement l'extrémité postérieure de la tumeur située juste sur la ligne médiane gênait cette explication, et j'avoue que je me posai cette question sans oser la résoudre : le vomer ne serait-il pas le point de départ de la lésion? L'opération prouva la justesse de notre supposition.

Convaincu de l'insuffisance d'une thérapeutique interne, je proposai à ma malade une opération qui fut immédiatement acceptée.

Les docteurs Jeanney, de Saulx, Doillous de Conflans (Haute-Saône), le docteur Édouard Perrin, chirurgien militaire, voulurent bien me prêter leur concours.

La malade, étant couchée sur un lit, la tête un peu élevée, est chloroformisée.

Une première incision, comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'os, y compris le périoste, prolonge l'angle interne de l'œil droit jusque près du dos du nez; une deuxième incision, perpendiculaire à la première, partant en dehors de la bosse frontale, longe le sillon nasojugal et s'arrête à l'aile nasale correspondante. Ces deux incisions, réciproquement perpendiculaires, limitent à la hauteur de la tumeur quatre lambeaux qui sont disséqués dans une étendue suffisante. Le périoste est compris dans leur épaisseur.

L'os unguis, une portion de la branche montante du maxillaire supérieur, et de l'os planum de l'ethmoïde sont mis à nu. Dans ce premier temps s'écoule peu de sang qui est facilement arrêté.

Avec un ciseau et un maillet j'entame la portion la plus saillante de la tumeur qui correspond à l'unguis. Cet os fait presque corps avec la tumeur : il en est cependant séparé par une petite quantité de partie molle due au refoulement des parties interposées entre lui et la tumeur. Le ciseau enlève successivement l'os planum et la branche montante du maxillaire, séparés plus nettement de la tumeur pas les tissus indiqués plus haut.

Par ces résections parcellaires la tumeur est mise à nu. Sa coque est osseuse, mais au doigt elle offre par places une crépitation parcheminée. Je soupçonne à ce moment une exostose spongieuse ou myéloïde. Pour m'en assurer, j'enlève l'extrémité saillante de la tumeur. A l'instant même une hémorrhagie considérable se produit. Comme j'avais déjà observé la même complication, mais avec des proportions bien plus inquiétantes en enlevant une tumeur semblable développée dans la tête du péroné, j'usai du moyen qui m'avait réussi dans cette opération. Je me hâtai d'enlever tout le tissu myéloïde renfermé dans les alvéoles de la tumeur, et je le remplaçai par des boulettes de coton cardé. L'hémorrhagie fut ainsi rapidement arrêtée; il me fut facile de reconnaître que le néoplasme logé dans la narine était enveloppé d'une membrane muqueuse, épaisse, à laquelle la coque osseuse adhérait par la surface externe. Une dissection commencée avec le bistouri, continuée avec les doigts, me permit de les séparer (1).

Je n'éprouvai de difficulté que pour la portion de tumeur accolée au voile du palais. Mon doigt était trop court. J'eus l'idée d'introduire par la bouche le doigt indicateur de l'autre main, et de refouler d'arrière en avant la portion saillante du mal, afin de la rapprocher de l'index chargé de l'énucléation. Cette manœuvre réussit complétement. Je pus enlever ainsi la totalité du produit pathologique. La dissection achevée, il n'y eut qu'un suintement sanguin insignifiant.

(1) Cette énucléation peut être comparée comme résistance à celle qu'offre la séparation de la membrane de Schneider des os sur lesquels elle repose au niveau de la cloison du nez.

L'œil et le doigt peuvent constater après l'opération une cavité occupant la plus grande portie des fosses nasales droites, limitée en dehors par la cavité orbitaire, en dedans par la cloison nasale réduite à la muqueuse dans son tiers postérieur (on ne sent aucune trace du vomer); en arrière et en avant un retrouve les orifices antérieur et postérieur du nez, en refoulant la muqueuse détachée de la tumeur. Le sinus maxillaire est vide, normal, il n'y a aucun prolongement vers le coronal. On trouve en avant et en arrière quelques rares traces osseuses des masses de l'ethmoïde, comprimées, tassées, déformées par le néoplasme.

Tout le pansement consiste à placer un premier point de suture pour reconstituer l'angle interne de l'œil divisé, et un second au-dessous de la paupière inférieure pour diminuer en bas la longueur de l'incision perpendiculaire. Une ouverture de la largeur de deux doigts est laissée au niveau du point le plus saillant de la tumeur, afin de surveiller la cicatrisation des cavités nasales.

Il est inutile d'insister sur les phénomènes locaux et généraux qui suivirent cette opération. Ils furent tellement simples, que quinze jours après la jeune femme regagnait son domicile. Tout le pansement avait consisté à balayer à l'aide d'injections d'eau alcoolisée les détritus fournis par la plaie.

Revue le 29 septembre 1872, un an après, l'opérée présente la guérison la plus complète. L'œil a repris sa place et ses fonctions. La respiration nasale est normale; sa voix n'est plus nasonnée; il n'y a pas d'épiphora, la seule trace opératoire est indiquée par un petit froncement cicatriciel situé au-dessus de l'angle interne de l'œil.

Anatomie pathologique de la tumeur. — En tenant compte de la portion reséquée, elle forme un ovoïde. Le grand diamètre mesure 6 centimètres, le petit 4 centimètres. Son volume total égale celui d'un petit œuf de poule. L'extérieur est formé par une coque osseuse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, dans laquelle on ne saurait reconnaître la forme extérieure du vomer; cependant, au milieu, à l'endroit qui correspond au bord libre du vomer, on trouve une crête plus épaisse; la surface externe est lisse, unie; la surface intérieure est hérissée de prolongements stalactiformes, recouverte de tissu fibreux interceptant de petites cavités dans lesquelles se trouve un tissu rougeâtre analogue à la moelle des os de jeunes enfants, ayant dans quelques points seulement la dureté du cartilage.

A l'examen microscopique de la coque on trouve des corpuscules osseux.

Le tissu médullaire des cavités se résout en un feutrage de fibres fines, dans lesquelles se trouvent déposés : 1° de très-nombreux globules sanguins; 2° des globules plus gros, granulés, analogues aux éléments normaux du tissu médullaire; 3° de rares plaques à noyaux multiples (cellules à myéloplaxes), enfin quelques cellules à fusiformes.

D'après ces données, il est évident que la tumeur est formée d'éléments appartenant à l'évolution des os plats.

De cette seule observation découlent naturellement certaines données nouvelles sur le siége, la nature, le mode de développement et la médecine opératoire d'un certain nombre, sinon de la pluralité des ostéomes trouvés dans les cavités de la face, et je ne crains pas d'ajouter que, dans cet ordre d'idées, les diverses observations contenues dans les mémoires précités devraient être derechef étudiées et contrôlées.

Constatons d'abord qu'un des os de la face, comme le vomer, quelle que soit, du reste, son épaisseur, peut être le siége et suffire à la croissance de ces volumineux néoplasmes.

Chez une dame âgée de quarante ans, M. Letenneur a enlevé une exostose ayant son point de départ et sa base osseuse dans l'os unguis (*Gaz. des hop.*, 1871, page 462). Je cite textuellement la description donnée par ce chirurgien : « L'examen de la tumeur démontra qu'elle avait son point de départ et sa base osseuse dans l'os unguis et dans la partie voisine de l'os planum : les lamelles osseuses, qui faisaient corps avec la tumeur, furent enlevées avec elle, de sorte que la paroi interne de l'orbite, dans une partie de son étendue, manquait de squelette et était formée par le lambeau périosté, et par la muqueuse ethmoïdale.

» Au niveau du coronal et du maxillaire, l'exostose qui semblait faire corps avec ces os ne leur était réellement unie que par une couche périostique très-serrée.

» Cette tumeur, inégalement bosselée sur toute sa suface,

ressemble assez exactement à ces productions verruqueuses qui se forment souvent sous l'écorce de l'ormeau. Elle présente entre les bosselures des sillons plus ou moins profonds : le principal correspond au tendon de l'orbiculaire, pour lequel il formait une sorte de poulie de renvoi. Le plus grand diamètre est dirigé de haut en bas ; il mesure 34 millimètres. La portion supérieure, qui s'était séparée pendant l'opération, a d'avant en arrière 28 millimètres. Enfin l'épaisseur, c'est-à-dire le diamètre de dehors en dedans, a 20 millimètres. Cette exostose est formée d'une couche mince de tissu compacte et dans l'intérieur d'un tissu spongieux généralement assez dense. »

En relisant attentivement l'observation de M. Legouest, j'y relève tous les signes nécessaires pour fixer le siége de la tumeur dans le cornet inférieur. Ces signes, je les trouve dans l'exploration de la cavité, faite par M. Legouest, immédiatement après l'opération, dans la description anatomique de la tumeur, en troisième lieu dans un nouvel examen de l'opérée fait quatre mois après sa guérison. Transcrivons du reste textuellement de cette intéressante observation les passages dont la rédaction semble avoir été faite pour la défense de la cause que nous soutenons.

« Portant les doigts, dit M. Legouest, dans la vaste cavité que j'avais sous les yeux, j'en retirai plusieurs séquestres, et j'enlevai de la partie supérieure de la fosse nasale un polype vésiculeux gros comme une noisette. La cavité nasale était tapissée par une membrane épaisse et fongueuse. La cloison intacte était repoussée à droite. Le plancher, intact comme elle, était déprimé vers la bouche. Sur les parois externe et postérieure, les cornets étaient déformés au point d'être méconnaissables. Je ne pus trouver le lieu d'implantation de l'exostose...

» Examiné quatre mois après l'opération, le nez, replacé sur la ligne médiane, est resté un peu large. La narine gauche est bien conformée : la cloison est redressée. La face externe de la fosse nasale gauche est un peu excavée et offre dans le fond de l'excavation un petit pertuis qui semble communiquer avec l'antre d'Highmore. *Le cornet inférieur a disparu.* La voûte palatine est revenue à l'état normal ; l'ouverture pharyngienne de la narine gauche est encore un peu plus large que la droite...

» L'aspect général de la tumeur rappelle assez bien la forme et le volume du calcanéum. Son poids après dessiccation est de 75 grammes ; avec les petits séquestres qui se sont détachés, il s'élève à 80 grammes. Son diamètre antéro-postérieur est de 93 millimètres ; son diamètre vertical dans la plus grande hauteur de 48 millimètres ; son diamètre transversal dans sa plus grande largeur de 40 millimètres. On y remarque trois renflements distincts, séparés par deux collets circulaires, l'un antérieur occupait la narine, l'autre médian remplissait la fosse nasale ; le troisième, postérieur, faisait saillie dans la partie supérieure du pharynx. Le collet qui sépare le premier renflement du second a 25 millimètres de diamètre transversal et 28 millimètres de diamètre vertical...

» Toute la surface de l'exostose est inégale et creusée de etits trous. Assez lisse sur le renflement médian, elle est rugueuse sur les renflements antérieur et postérieur, dont les dépôts lithiques ont disparu par la macération. Ses faces externe et inférieure sont irrégulièrement planes. Sa face supérieure présente un renflement considérable dont la moitié antérieure a été détruite par la carie, ainsi que les deux tiers antérieurs de la face interne et la partie moyenne de la face inférieure. Son tissu est très-dense, très-compacte, éburné, et semble composé de fibres perpendiculaires aux surfaces. La carie a creusé l'exostose d'une large échancrure, en bas, en dedans, en haut et un peu en dehors ; la cavité qui en résulte était remplie par quinze ou vingt petits séquestres, dont le volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle de la dernière phalange du petit doigt. Nous avons dit qu'il nous avait été impossible de reconnaître les vestiges du pédicule de l'exostose ; néanmoins, d'après le récit du malade et l'examen de la tumeur, nous sommes portés à croire que celle-ci s'implantait sur la partie moyenne du plancher des fosses nasales. »

Je pourrais me contenter d'extraire de cette longue citation cette phrase : « Le cornet inférieur a disparu. » Cette constatation, faite quatre mois après l'opération, indique suffisamment qu'il était bien le siége de la maladie. Mais, je le demande, quel os, autre que le cornet inférieur, aurait pu donner naissance à une tumeur laissant la cloison et le plancher intacts, déformant les cornets ethmoïdaux au point de les rendre méconnaissables ? La forme même du néoplasme avec ces trois renflements séparés par deux sillons circulaires n'est-elle pas la conséquence des rapports normaux des extrémités antérieure et postérieure du cornet avec les orifices correspondants des cavités nasales ? Toutes ces lésions constatées sur les faces supérieure et inférieure, accompagnées de séquestre, n'auraient-elles pas une suffisante explication dans l'obstacle produit par le crochet de ce même cornet, fixé sur le bord de la paroi du sinus maxillaire ? Si l'ostéome efface souvent l'aspect extérieur de l'os sur lequel il a pris naissance, il faut bien ajouter qu'il porte presque toujours l'empreinte des pressions auxquelles il a pu être soumis par les obstacles du voisinage. Une dernière preuve enfin en faveur du siége que nous acceptons se trouve dans l'insistance de M. Legouest, qui répète à deux reprises différentes dans son observation que, malgré ses recherches, il lui a été impossible de trouver la trace du pédicule. Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur cette absence ; ce pédicule devait manquer ici, comme dans notre observation, et il manquera chaque fois qu'un os entier, comme le vomer, l'unguis ou le cornet inférieur, sera envahi par le mal.

Chez l'opérée de M. Pamard, l'exostose offrait la plus grande analogie avec la précédente ; son siége, sa grosseur, les déformations de voisinage, sont à peu près identiques, jusqu'aux polypes trouvés sur la muqueuse ; seulement cette dernière avait été arrachée avec le produit pathologique. Cette différence peut s'expliquer par cette suppuration prolongée signalée chez l'opérée de M. Legouest, suppuration qui aurait amené la séparation de la muqueuse de Schneider, préparant ainsi l'élimination spontanée de l'exostose, si l'opération n'était venue en débarrasser le patient.

(La fin à un prochain numéro.)

Physiologie pathologique.

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE DIABÈTE SUCRÉ, par le docteur LECORCHÉ (1), professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Lorsqu'on eut découvert qu'il existe une variété de polyurie caractérisée par un excès d'urine contenant une quantité plus ou moins grande de sucre, on se livra à l'étude de la glycosurie, persuadé que c'était le seul moyen d'arriver à pénétrer la nature de cette espèce de polyurie qu'on avait décrite sous le nom de diabète sucré. On rechercha quelles sont les causes qui président à son développement ; on s'aperçut qu'elles sont multiples, et l'on put conclure avec juste raison que la glycosurie n'est pas une. De là naquirent de nombreuses théories dont la valeur est différente. Les unes, en effet, comme celles de Schiff, de Pavy, de Popper, reposent sur des données hypothétiques ; les autres, comme celles de Bouchardat, Bernard et Reynoso, ont pour bases des faits cliniques et des expériences physiologiques indiscutables. Mais de toutes ces théories, de celles même qui peuvent rendre compte de certaines variétés de glycosurie, il n'en est pas une, à notre avis, qui puisse expliquer la glycosurie qui se manifeste dans le cours

(1) Ce travail doit être considéré comme l'extrait de leçons faites à la Faculté au commencement de février 1873.

du diabète et qui, par conséquent, puisse conduire à la connaissance de cette maladie.

Il me suffira, pour prouver la valeur de mon assertion, de passer rapidement en revue les principales de ces théories. On en peut former deux groupes très-distincts. Celles du premier groupe, celles de Schiff, Pavy et Popper, reposent sur ce fait admis par les auteurs qui les émettent: la glycose serait un produit anomal; l'économie n'en renfermerait point à l'état physiologique, la glycosurie serait due à l'apparition accidentelle de cette substance dans le sang et dans les différents organes. De ces théories, du reste récentes, la première en date est celle de Pavy et de Schiff. Ces physiologistes admettent bien que les fécules se transforment en sucre dans l'estomac et l'intestin, et qu'absorbées elles se déposent dans le foie à l'état de glycogène, mais pour eux cette substance serait destinée à produire à l'état physiologique la quantité de matières grasses nécessaires à l'entretien des combustions; elle ne fournirait de la glycose qu'à l'état pathologique et sous l'influence de conditions encore mal définies. Ils se basent, pour donner de la glycosurie cette explication, sur des recherches personnelles qui leur auraient permis de constater que des portions de foie prises sur un animal vivant et examinées avec soin, ne contenaient pas de sucre. Ces expériences faites d'abord par Pavy, puis reprises par Schiff, Richter, auraient donné à ces auteurs les mêmes résultats. Ils en ont conclu tout naturellement que le glycogène n'était pas destiné à faire du sucre; ils se sont alors demandé quelle pouvait être la cause de la transformation sucrée que cette substance subit dans certains cas, et ils sont arrivés à des conclusions différentes. Cette transformation, pour Pavy, serait le fait d'un trouble survenu dans l'influx nerveux; Schiff admet, sans l'avoir jamais démontré toutefois, que cette transformation est la conséquence du conflit de la matière glycogène avec un ferment diastasique. Ce ferment, encore hypothétique, n'apparaîtrait dans le sang que sous l'influence de conditions encore mal déterminées à l'approche de la mort et pendant la vie lorsque se manifestent des gangrènes, certaines inflammations. Il semble dû aux troubles qu'apporte à la crase sanguine toute gêne circulatoire, générale ou partielle.

Pour se laisser aller à admettre de semblables hypothèses, pour faire de ce ferment, dont les conditions de formation touchent à l'invraisemblable, la cause de la glycosurie, il faudrait qu'il fût au moins bien réellement prouvé que la présence de la glycose dans l'économie est un phénomène pathologique. Or, cette preuve fait défaut; il paraît même résulter d'expériences ultérieures à celles qui servent de base à cette théorie, qu'il en est tout autrement. En s'entourant en effet de précautions qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'exactitude des résultats, on est arrivé à démontrer chez les animaux qu'à l'état sain le sang contient du sucre. Pavy en aurait lui-même trouvé des traces dans le cœur droit; Meissner en a constaté dans les muscles, et nous savons, depuis les recherches de Leconte et Bruecke, que l'urine en renferme toujours chez les personnes en santé. De tels faits suffisent pour ruiner complétement la théorie qui nous occupe en ce moment et nous dispensent d'examiner plus longuement la valeur des hypothèses sur lesquelles s'appuient ces auteurs pour expliquer avec elle le mode d'apparition de la glycosurie.

Les raisons qui nous empêchent d'admettre la théorie proposée par Schiff et Pavy nous font également rejeter celle de Popper, car ici encore la présence de la glycose dans l'économie semble être regardée comme un fait morbide. Mais, acceptât-on cette opinion que condamnent les recherches physiologiques, qu'on ne pourrait généraliser les causes de glycosurie signalées par Popper. Ces causes, en effet, sans être aussi hypothétiques que celles qu'invoquent Schiff et Pavy, n'en sont pas moins très-problématiques. L'auteur de cette théorie qu'on pourrait, avec M. Jaccoud, qualifier du nom de pancréatique, admet en effet que la production de la glycose est le résultat d'une modification survenue dans la sécrétion du suc pancréatique. Il pense que le suc pancréatique qui, à l'état physiologique, a pour propriété de décomposer les graisses en glycérine et en acides gras, a également pour mission de transformer le glycogène en acides biliaires. Que ce suc vienne à être supprimé par le fait d'une atrophie du pancréas ou d'un trouble fonctionnel de cet organe, le glycogène n'étant plus utilisé se transformerait en sucre et donnerait naissance à la glycosurie. Mais cette action du suc pancréatique n'est nullement prouvée; le fût-elle, qu'on ne pourrait expliquer à l'aide de cette théorie que les cas de glycosurie qui se rencontrent avec une atrophie du pancréas; or, ainsi que nous l'avons signalé plus haut à propos de l'anatomie pathologique du diabète, cette atrophie est loin de se rencontrer dans tous les cas.

Il résulte des expériences citées plus haut qu'on ne saurait douter qu'à l'état physiologique le glycose existât dans le sang. Pour en comprendre la présence, il suffit du reste de se rappeler les divers changements que subissent les matières féculentes ingérées, car c'est surtout à leurs dépens que se forme la glycose. La fécule introduite dans le tube digestif y subit, sous l'influence de la diastase salivaire, des modifications qui la font passer à l'état de sucre. C'est sous cette forme qu'elle est absorbée dans l'estomac et dans l'intestin. Arrivée dans l'économie, elle subit une nouvelle modification, elle passe à l'état de substance particulière qu'on a décrite sous le nom de glycogène. Elle se dépose alors dans certains organes, dans le foie en particulier. Une fois là, elle se transformerait peu à peu en glycose. Cette glycose, entraînée par le sang, serait brûlée non pas dans le poumon, comme le croyait M. Cl. Bernard, mais dans l'intimité des organes, et fournirait comme produits de combustion de l'eau et de l'acide carbonique. Le glycogène ne résulterait pas seulement des substances amylacées, il se formerait également aux dépens des substances protéiques, ainsi qu'il résulte des expériences faites par le même auteur sur des animaux privés d'aliments féculents par Schiff et Valentin sur des animaux hibernants. Quelle qu'en soit du reste l'origine, ce glycogène a en tout cas pour mission de fournir la glycose destinée à être brûlée ultérieurement.

Si pendant la vie on n'en retrouve chez l'animal en santé que de minimes proportions, c'est que cette substance est entraînée et brûlée au fur et à mesure qu'elle se produit. Mais qu'un trouble se manifeste, que la circulation vienne à être entravée, que la respiration soit ralentie ou suspendue, le sucre formé dans les organes n'étant qu'incomplétement entraîné par le sang ou brûlé dans l'économie, s'accumulera peu à peu, surtout dans les organes qui, comme le foie, paraissent plus spécialement affectés au dépôt du glycogène. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'énorme proportion qu'on y rencontre parfois chez les animaux peu de temps après la mort.

Il peut se faire aussi que, sous des influences encore mal déterminées, il se forme dans un temps donné une quantité de glycose plus considérable qu'à l'état physiologique. Envisagée d'une manière générale, la glycosurie peut donc être considérée comme résultant tantôt d'un trouble survenu dans le mode de production de la glycose, tantôt d'une modification dans l'étendue de sa combustion. Que la glycose se produise en trop grande quantité, que la destruction en soit insuffisante, dans les deux cas on a des chances pour voir apparaître la glycosurie. C'est en se plaçant à l'un ou à l'autre de ces points de vue que les auteurs ont cru pouvoir formuler des théories applicables à la glycosurie diabétique; les uns, comme MM. Bouchardat et Cl. Bernard, pensent qu'elle est toujours le fait d'une production exagérée de glycose; les autres, comme MM. Reynoso et Dechambre, croient que toujours elle tient à une combustion incomplète de cette substance. Comme on peut le voir, les théories de ces auteurs diffèrent de celles qu'ont proposé Schiff et Pavy, par un fait capital: la glycosurie n'est ici due qu'à la présence en excès dans l'économie d'une substance qui s'y trouve à l'état normal. Mais ces théo-

ries, qui dans de nombreux cas sont suffisantes pour expliquer la glycosurie simple, ne peuvent jamais servir à l'interprétation de la glycosurie qui se manifeste dans le cours du diabète. Cette glycosurie, ainsi que nous le verrons, étant intimement liée au processus morbide qui constitue l'essence même de la maladie dont elle n'est qu'une conséquence. Pour démontrer la vérité de ces assertions, il nous suffira de passer rapidement en revue chacune de ces théories. Celles de MM. Bouchardat et Bernard expliquent la glycosurie par la formation du sucre en excès; seulement, pour ces auteurs, la cause n'en serait pas la même.

M. Bouchardat, qui l'un des premiers chercha à se rendre compte de la glycosurie, en plaça le point de départ dans l'estomac. Cette opinion n'était pas neuve, déjà elle avait été émise par Rollo et Mac-Gregor, elle fut formulée par notre compatriote en termes plus précis. M. Bouchardat pensa que l'on pouvait sans conteste en attribuer la cause à l'ingestion de substances féculentes en quantité plus considérable qu'à l'état ordinaire. Il admit en outre que la transformation des fécules en sucre était en même temps plus rapide. Tout en faisant remarquer que ce n'est sans doute pas dans l'estomac qu'a surtout lieu cette transformation, nous acceptons volontiers cette cause de glycosurie que prouvent à la fois des faits cliniques et des expériences physiologiques. Car il est avéré pour nous, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, que l'on peut, en exagérant le régime des féculents, en ingérant de grandes quantités de sucre, faire naître chez les animaux, du reste bien portants, une glycosurie passagère. Les faits contradictoires cités par différents auteurs ne sauraient, à notre avis, infirmer le résultat d'observations analogues.

Mais cette théorie, dont on peut se servir quelquefois pour l'interprétation de la glycosurie, n'est point applicable à tous les cas; il en est qui se manifestent bien que la somme des substances féculentes ingérées ne soit nullement augmentée, et alors même qu'on les supprime à peu près complétement. Tels sont les cas de glycosurie qui surviennent à la suite de contusion hépatique; tels sont probablement ceux qui se manifestent dans le cours des fièvres intermittentes (Burdel); tels sont enfin ceux qu'on peut faire naître à volonté chez les animaux dont on pique le plancher du quatrième ventricule. Pour expliquer ces glycosuries, on a utilisé les expériences de M. Cl. Bernard relatives aux modifications qu'apportent au fonctionnement du foie les troubles circulatoires de cet organe. De là une théorie nouvelle qui porte le nom de l'auteur. On admet avec cette théorie que le tissu hépatique, sous l'influence de conditions encore mal définies, acquiert la propriété de fixer une plus grande quantité de glycogène, qu'il peut même en former un excès aux dépens des substances protéiques; de là, à un moment donné, augmentation de la glycose physiologique et par suite glycosurie.

Comme on le voit, on peut dans certains cas expliquer la glycosurie par l'une ou l'autre de ces théories; reste à savoir si la glycosurie diabétique est passible de ces explications; on ne saurait l'admettre, ainsi qu'il nous sera facile de le démontrer. Mais auparavant jetons un rapide coup d'œil sur les théories qui ont cru pouvoir considérer la glycosurie en général et la glycosurie diabétique en particulier comme dues à l'épargne de la glycose. Ces théories sont celles de M. Mialhe et de Reynoso.

De celle de Mialhe, nous ne parlerons pas, attendu qu'elle s'appuie sur des bases fausses, et que du reste elle a été abandonnée par l'auteur qui l'a émise; mais nous ne saurions passer sous silence celle de MM. Reynoso et Dechambre qui a pour elle des faits cliniques nombreux. Ces auteurs, ayant constaté que le sucre apparaît quelquefois dans l'urine, dans le cours de certaines affections graves du poumon, ont pensé que la glycosurie était due à la diminution de l'oxygène inspiré qui devenait alors insuffisant pour brûler toute la quantité de la glycose formée en proportion normale. C'est à l'aide de cette théorie qu'on doit probablement expliquer la glycosurie qui se manifeste chez les animaux curarisés lorsqu'on vient à suspendre la respiration artificielle. C'est sans doute aussi par défaut d'oxygénation que se manifeste la glycosurie chez les malades soumis à l'inhalation du chloroforme, bien qu'on ne doive pas oublier que parfois la réduction des liqueurs cupriques est due, dans ces cas, au passage du chloroforme dans l'urine. C'est peut-être aussi à l'oxygénation imparfaite que produit la ligature faite sur un membre qu'il faut rapporter la glycosurie qui se montre dans ces conditions, plutôt qu'à l'action d'un ferment encore imaginaire qui se développerait dans ces conditions. C'est, enfin, très-certainement à cette variété de glycosurie que sont condamnés les vieillards dont les poumons se raréfient avec l'âge. Mais peut-on, plutôt à l'aide de cette théorie qu'avec les autres, expliquer la glycosurie diabétique? Telle n'est pas notre opinion.

Toutes nous semblent impuissantes à en rendre compte.

Il peut arriver, il est vrai, que l'on fasse, au début du diabète, cesser momentanément la glycosurie en supprimant les féculents, mais à une époque plus avancée de la maladie elle reparaît et persiste, malgré cette suppression, et l'on est alors obligé, pour en expliquer l'existence, d'avoir recours à la théorie de Bernard. On doit alors admettre que la formation du sucre en excès est le résultat d'un trouble sécrétoire du foie. Ce trouble sécrétoire peut être de deux ordres: ou fonctionnel ou organique. Or, c'est vainement qu'on chercherait dans le foie une lésion permanente cause de ce trouble. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en rencontre çà et là des cas signalés par les auteurs. Il faudrait donc de toute nécessité, si l'on voulait admettre comme cause de glycosurie ce trouble sécrétoire du foie, le regarder dans la généralité des cas comme un simple trouble fonctionnel. Or, est-il rationnel de penser qu'une glycosurie qui parfois persiste des mois, des années, puisse être due à un simple trouble nerveux ou circulatoire? Nous ne le croyons pas. Il n'est pas dans la nature de ces troubles, quel qu'en soit le siége, de persister aussi longtemps sans lésion organique. Il faut donc de toute nécessité chercher ailleurs pour expliquer la glycosurie diabétique.

En trouverait-on plus facilement la cause dans la théorie de Reynoso qui consiste, comme nous l'avons vu, à expliquer la glycosurie par la combustion incomplète de la glycose? On pourrait le penser au premier abord, bien que déjà nous ayons élevé des doutes à cet égard; mais en s'appuyant sur des faits récemment acquis à la science, on arrive à se persuader que cette théorie n'a pas plus de valeur pour l'interprétation de la glycosurie diabétique que les théories de Bouchardat et de Bernard. Ne sait-on pas, depuis les expériences de Gaetghens et de Karl Voit sur lesquelles nous nous sommes longuement étendu à propos des troubles respiratoires dans le diabète, que la capacité d'absorption des poumons pour l'oxygène baisse d'une façon constante et progressive chez les malades atteints de cette maladie; que, peu prononcée au début, cette incapacité respiratoire atteint vers la fin des limites telles que le malade n'absorbe guère plus que la moitié de l'oxygène qu'inspire un homme en santé. Si cette incapacité respiratoire était la cause de la glycosurie diabétique, on la verrait s'accentuer de plus en plus et atteindre, à la fin de la maladie, son intensité la plus grande. Or, il n'en est rien; c'est souvent au début du diabète que la glycosurie est le plus prononcée, souvent même elle disparaît à la fin, alors qu'aux troubles respiratoires fonctionnels dont nous parlons actuellement s'ajoute une gêne mécanique due aux lésions multiples inflammatoires ou autres qui ne manquent presque jamais d'atteindre le poumon à une période avancée de cette maladie.

Eût-on du reste trouvé dans ces théories la cause de la glycosurie diabétique, que ce résultat n'avancerait en rien le problème. Cette glycosurie qu'expliquerait l'une ou l'autre de ces théories ne nous donnerait aucune raison des phénomènes caractéristiques du diabète, ne nous permettrait pas de pénétrer

la nature intime de cette maladie. Consistât-elle dans la rétention du sucre que la glycosurie ne saurait nous donner la clef de la désassimilation protéique si prononcée dans cette maladie, puisque le sucre est une substance inoffensive. Fût-elle le résultat d'une formation exagérée de la glycose comme le veut M. Jaccoud, qu'il resterait encore à rechercher de quelle manière cette formation exagérée de sucre peut entraîner la désassimilation protéique.

C'est ailleurs, à notre avis, qu'il faut aller chercher la cause de la glycosurie diabétique. Pour nous, loin de constituer un fait primitif, la glycosurie dans le diabète ne se manifeste que secondairement à la désassimilation des substances protéiques qui constitue l'essence même du diabète; elle n'est qu'un accident de cette maladie, accident d'une assez grande importance, puisqu'elle indique ordinairement l'étendue du processus désassimilateur. Mais elle peut momentanément manquer, le diabète n'en existant pas moins. En l'envisageant à ce point de vue, il est facile d'en comprendre le mécanisme. Que constate-t-on, en effet, chez les diabétiques? ce qui caractérise par-dessus tout la maladie dont ils sont atteints, des pertes énormes d'urée faites chaque jour par ces malades.

Déjà Rayer avait signalé que la quantité d'urée rendue en vingt-quatre heures surpassait de beaucoup la moyenne physiologique. Depuis, les recherches de Mosler, Uhle, Thierfelder, et celles que nous avons pu faire nous-même sont venues confirmer ces résultats. L'urée atteint parfois un chiffre considérable : il est des malades qui perdent 80, 90, 100 grammes d'urée et plus par jour, la moyenne étant de 40 à 50 grammes chez les diabétiques (Heynsius, Mac Gregor, Christison, Boecker) et le rein n'est pas la seule voie d'élimination de l'urée. On a également constaté chez ces malades la présence de l'urée dans les matières fécales (Mac Gregor, Lierman) et dans les sueurs (Gorup-Bezanès). Enfin Gaetghens et Voit ont démontré d'une façon péremptoire cette fâcheuse tendance du diabétique à la désassimilation protéique. Inutile de revenir actuellement sur les expériences qu'ils ont dirigées avec tant de soin et que nous avons exposées plus haut. Ce fait de désassimilation protéique actuellement acquis à la science ne peut encore, il est vrai, recevoir d'interprétation, mais il permet de pénétrer le mode de production de la glycosurie diabétique. Servant à la combustion des substances protéiques, l'oxygène respecte tout ou partie des substances glycosuriques formées dans l'économie aux dépens du glycogène. Ces substances glycosuriques arrivent alors dans l'urine et on les y trouve en quantité d'autant plus grande que le chiffre de l'urée est plus élevé. Si l'on peut, en supprimant les féculents, les faire momentanément disparaître de l'urine au début du diabète, c'est que la désassimilation protéique n'est pas encore très-considérable; c'est que l'oxygène est encore suffisant pour brûler et les substances protéiques désassimilées et la faible quantité de sucre fournie par le glycogène venu de ces substances. Mais que la désassimilation des substances protéiques devienne considérable, que les pertes en urée soient énormes, et la quantité d'oxygène deviendra tout à fait insuffisante pour alimenter d'une part ces combustions et brûler d'autre part les substances glycosuriques qui, bien que formées en quantité normale, peut-être même en plus petites proportions, apparaîtront alors dans l'urine d'une façon permanente et constitueront la glycosurie diabétique qui, comme on le voit, loin de primer le diabète, n'est qu'un phénomène secondaire à la désassimilation protéique qui le caractérise.

C'est à cette désassimilation croissante et jusqu'à présent inexplicable qu'il faut rapporter les différents phénomènes caractéristiques du diabète qu'on attribuait, à tort selon nous, à la glycosurie. Déjà nous avons démontré que les symptômes qui se manifestent dans la première période et qui consistent dans la polyurie, la polydipsie et la polyphagie, s'expliquent tout aussi bien et mieux peut-être par cette désassimilation protéique que par la présence du sucre dans les organes et dans le sang. Il y a plus, c'est que dans certains cas ils ne peuvent même s'expliquer que par cette désassimilation, puisque la glycosurie cesse parfois complétement, ces symptômes n'en existant pas moins.

La glycosurie est encore plus insuffisante pour rendre compte des manifestations de la période ultime ou cachectique du diabète, tandis que ces phénomènes, que le sucre ne peut produire en admettant même qu'il s'accumulât dans l'économie, s'expliquent tout naturellement lorsqu'on admet notre manière de voir, lorsqu'on fait du diabète sucré une désassimilation primitive des substances albuminoïdes, une variété d'azoturie que nous aurons plus tard à différencier de l'azoturie simple. Cette désassimilation, qui se traduit d'abord par un excès d'urée et qui cause ainsi les phénomènes de la première période, va toujours croissant si une sage médication basée surtout sur les médicaments d'épargne ne met obstacle à sa marche; elle atteint bientôt ses limites extrêmes, limites parfaitement définies par Chossat, car elles ne sont autres que celles de l'inanition. Les symptômes qu'on trouve, en effet, à cette période, ne diffèrent point de ceux qu'on est à même de constater chez des individus débilités par des maladies graves, épuisés par la privation d'aliments. Ce sont ceux qu'on rencontre chez les animaux soumis à l'inanition et qui tiennent à des altérations diverses : hémorrhagies, inflammations, gangrènes.....

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

RACES HUMAINES FOSSILES. — M. *de Quatrefages*, en son nom et au nom de M. le docteur *Hamy*, son collaborateur, fait hommage à l'Académie de la première livraison d'un ouvrage intitulé : CRANIA ETHNICA. LES CRANES DES RACES HUMAINES.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE CELLULAIRES. — L'ouvrage que M. *Ch. Robin* présente sous ce titre a pour but principal de faire connaître quand et comment naissent et se reproduisent chacun des éléments constitutifs de nos tissus, à compter du moment de la fécondation ovulaire. Il a aussi pour objet la description des modifications évolutives qui amènent ces parties constituantes élémentaires de l'état embryonnaire à ce qu'elles sont dans les périodes adultes, séniles et morbides de leur existence.

NATURE ET TRAITEMENT DES OREILLONS. — M. *Bouchut* adresse sous ce titre une note, qui est renvoyée à MM. Cloquet, Cl. Bernard, Pasteur, Bouilland. Pour M. Bouchut, les oreillons sont une rétention salivaire due à l'inflammation catarrhale du conduit excréteur parotidien.

PATHOGÉNIE DES INFARCTUS ET PROCESSUS INFLAMMATOIRE DANS LA SEPTICÉMIE. Note de M. *V. Feltz*. — « L'étude comparative des infarctus provoqués par l'introduction dans le sang de poussières organiques ou inorganiques et de ceux qui naissent par l'inoculation de principes septiques démontre que l'infarctus en lui-même passe par les mêmes métamorphoses régressives, mais que le processus pathologique est différent dans la zone d'élimination. Si dans le premier cas la génération leucocytique, aux dépens de la substance cellulaire (protoplasma), est la règle, il n'en est pas de même dans le second, où il s'établit dans cette substance une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde qui amène la destruction des tissus au moins aussi vite que la suppuration...

» Les infarctus dans la septicémie procèdent d'hémorrhagies capillaires dépendant d'arrêts circulatoires, eux-mêmes déterminés par les modifications morphologiques et chimiques du sang. Sous ce point de vue, les infarctus de l'infection purulente pure diffèrent notablement des infarctus de la septicémie :

dans le premier cas, la variation du sang est secondaire, en quelque sorte mécanique, amenée par l'introduction dans le liquide nourricier de poussières organiques; dans le second, l'altération du sang est primitive, et c'est elle qui donne lieu aux modifications chimiques et morphologiques qui entraînent la formation des infarctus. Dans la septicémie, l'infarctus aboutit rarement à l'abcès métastatique, parce que presque toujours l'altération du sang est d'emblée si forte qu'elle tue avant que l'infarctus ait eu le temps de se ramollir et de passer à ce que l'on appelle la suppuration. »

Effets toxiques des iodures de tétraméthylammonium et de tétramylammonium, par MM. *A. Brown* et *Th. Fraser*. — Les auteurs, à propos d'une note récente de M. Rabuteau, font remarquer que, dans une note lue le 17 mai 1869 à la Société royale d'Édimbourg, non-seulement ils ont signalé l'action paralysante des sels de tétraméthylammonium et d'autres corps de constitution analogue sur les organes terminaux des nerfs moteurs, mais qu'ils sont arrivés à cette conclusion générale : que l'action paralysante exercée sur les organes terminaux des nerfs moteurs est une propriété générale des sels des bases ammonium (bases quaternaires). Ils ont aussi signalé l'action paralysante sur les muscles exercée par les sels de triméthylamine et d'ammoniaque.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de l'Aube, du Lot, du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes et de la Dordogne. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Le rapport de M. le docteur *Bignon*, inspecteur des eaux minérales de Saint Laurent, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une lettre par laquelle les sieurs *Bralet* et *Perrier* demandent l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale qu'ils possèdent à Saint-Andréol du Bourlenc. (*Même commission.*) — *d*. Le rapport général de M. le docteur *Évrard* sur une épidémie qui a régné dans l'arrondissement de Beauvais pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Les rapports des médecins des épidémies du département d'Eure-et-Loir sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans un pensionnat de demoiselles à Nogent-le-Rotrou. (*Même commission.*) — *f*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de la Charente, de l'Oise, de la Haute-Savoie et dans l'arrondissement de Guingamp. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de candidature de M. *Michel Peter* pour la section de pathologie médicale. — *b*. Un pli cacheté de M. *Dujardin-Beaumetz*. (*Accepté.*) *c*. Un exemplaire de la pétition relative à l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers. Cette pétition lui est adressée par M. *Fieuzal*, secrétaire général de la Société médicale du 8e arrondissement (Élysée). — *d*. Une note de M. *Lecorché* relative à une nouvelle théorie du diabète. — *e*. M. *Maurin*, président de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, adresse à l'Académie le résultat des travaux de la Société sur la proposition de loi pour la protection des enfants du premier âge présentée par M. Th. Roussel à l'Assemblée nationale.

M. *Amédée Latour* présente, de la part de M. le docteur *Marquez*, un travail manuscrit sur la morve et le farcin, exposé d'expériences sur la transmissibilité du virus farcino-morveux par l'inoculation.

M. *Boudet* dépose sur le bureau : 1° Une brochure contenant la quatorzième séance publique annuelle de la Société de secours des amis de la science. — 2° Une brochure du docteur *Redet*.

Transmission de la tuberculose. — M. *Colin* fait une nouvelle communication dans laquelle il se propose d'examiner si la tuberculose est une affection virulente et inoculable et si l'on doit la ranger dans la classe des affections contagieuses, comme tendraient à le faire admettre certaines expériences de M. Villemain. « J'ai déjà démontré en 1867, dit-il, que, lorsqu'on introduit de la matière tuberculeuse dans le tissu cellulaire de la peau d'un animal, on ne fait pas une inoculation ; les accidents qui se produisent sont dus à un véritable transport des éléments tuberculeux qui vont former dans les organes des foyers métastatiques. Il n'y a pas là d'inoculation proprement dite. J'ai voulu voir aujourd'hui si la matière tuberculeuse était absorbée par le derme dénudé ou par les muqueuses. »

Les expériences ont porté sur quinze lapins, elles ont toutes été négatives : pas de lésions locales pendant la vie, aucune altération des organes à l'autopsie.

Comme conclusion, M. Colin affirme que la tuberculose n'est ni contagieuse, ni spécifique, ni virulente, et qu'on a bien tort de perdre des viandes qu'on pourrait utiliser sans danger.

M. *Bouillaud* attire l'attention de l'Académie sur cette question si importante au point de vue de l'hygiène publique, et demande qu'elle soit mise prochainement à l'ordre du jour.

Élection. — L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre dans la section d'accouchement. M. Hervieux est nommé par 51 voix sur 68 votants. M. Joulin obtient 9 voix, M. Guéniot 4 et M. Mattei 2.

— Avant de donner la parole à M. Fauvel, M. *le président* annonce pour le 24 juin la fameuse séance annuelle remise de mois en mois depuis si longtemps.

Suite de la discussion sur le typhus exanthématique. — M. *Fauvel* termine aujourd'hui son discours sur l'étiologie du typhus et considère la question au point de vue doctrinal. Nous renvoyons encore nos lecteurs au Bulletin pour cette partie si remarquable de son argumentation.

Dans les trois grandes épidémies dont il vient de faire l'historique, M. Fauvel fait remarquer que le typhus s'est développé dans des conditions absolument identiques : agglomération, entassement des individus, mauvaise alimentation, maladies antérieures, en un mot qu'il s'est toujours montré sous l'influence des causes banales admises jusqu'à ce jour. Rien, ajoute-t-il, ne milite en faveur de l'idée d'importation.

Faut-il, au point de vue de la guerre, de la production et du développement du typhus, admettre avec M. Chauffard l'idée de race, de disposition propre à certains peuples, comme les peuples du Nord ? Non, car les conditions étiologiques que nous connaissons suffisent parfaitement pour expliquer la plus grande fréquence du typhus dans ces contrées que partout ailleurs. Quant aux épidémies partielles comme celle de Riantell, sur laquelle M. Chauffard a particulièrement insisté, il n'est pas nécessaire d'invoquer l'idée d'importation : le typhus peut très-bien se développer spontanément et, ajoute M. Fauvel, « je suis persuadé que bien des épidémies de fièvre typhoïde n'étaient que de véritables épidémies de typhus exanthématique, comme le prouve un travail que vient de m'adresser M. le docteur Geslin sur une épidémie qui a régné dernièrement aux environs de la ville de Brest ».

Des recherches géographiques ont ensuite démontré que le typhus se rencontrait dans tous les pays, sous toutes les latitudes, partout, en un mot, où se trouvaient réunies les conditions pathogéniques que nous avons indiquées. C'est malheureusement un fléau cosmopolite. S'il n'est pas plus fréquent chez nous, c'est que les conditions favorables à son développement ne se rencontrent qu'exceptionnellement en France dans les périodes de grandes calamités comme la famine ou la guerre.

Quant au mode de propagation, M. Fauvel partage l'opinion de M. Chauffard et admet volontiers l'idée de contagion. Le typhus est une affection essentiellement miasmatique comme les fièvres palustres, avec cette différence toutefois que dans celles-ci la cause morbide tend à s'épuiser chez l'homme, tandis que le miasme typhique se transforme, se régénère dans l'organisme et se transmet facilement de l'homme à l'homme. Il y a là une analogie frappante avec ce qui se passe dans les expériences de M. Davaine, où le sang inoculé acquiert une virulence et des propriétés septiques extraordinaires en passant par l'organisme vivant.

M. Fauvel, tout en rendant justice au talent de M. Chauffard, termine son discours en concluant : que le typhus est toujours, comme l'avait dit M. Bouchardat, la résultante de deux grands facteurs : la famine et l'encombrement.

— Pour finir la séance, M. *Leblanc* lit un travail sur la rage.

Le travail est renvoyé à la section de médecine vétérinaire, et à ce propos M. Bouley prie M. le président d'inviter M. le rapporteur à presser son rapport qui n'est, paraît-il, en retard que de dix-huit mois.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR L'APPLICATION D'UNE SOLUTION DE CHLORHYDRATE D'ANILINE SUR DES PLAQUES DE PSORIASIS. — TUMEUR CÉRÉBRALE : CÉPHALALGIE INTERMITTENTE, CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES, ETC. DISCUSSION. — DES PERFORATIONS PLEURO-BRONCHIQUES SANS PNEUMOTHORAX, A PROPOS DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACOCENTÈSE.

M. *Lailler*, ayant essayé l'emploi du chlorhydrate d'aniline en application topique dans le traitement du psoriasis, vit survenir chez deux malades des accidents assez graves, sur lesquels il appelle l'attention de ses collègues.

Obs. I. — Le premier malade, homme de quarante-neuf ans, était atteint d'un psoriasis depuis trente-deux ans, et avait subi sans aucun résultat les traitements les plus divers. Il avait en outre de l'empyème pulmonaire et présentait une dilatation assez marquée des veines des parois thoraciques, dilatation dont la cause était inexpliquée. Le 6 avril 1872, à six heures du soir, on appliqua sur l'avant-bras gauche une compresse imbibée de 50 grammes d'une solution au 10e de chlorhydrate d'aniline. Une heure et demie après survinrent des vomissements qui se répétèrent quinze à vingt fois dans le courant de la nuit. Pas de diarrhée. Incontinence d'urine avec un peu de ténesme. Nuit agitée. Aspect algide cholériforme.

Le 7 au matin, la face et presque tout le corps sont cyanosés. Pouls à 116, petit, régulier. Quelques râles dans la poitrine. Le malade ressent des douleurs extrêmement vives dans les talons et les mollets. Pas de crampes. Intelligence nette. Le 8, tous ces symptômes ont disparu, à l'exception de quelques douleurs qui persistent dans les talons.

Croyant à une indigestion coïncidant avec l'emploi du médicament, et sur la demande même du malade, M. Lailler refait, à midi, le 9 avril, une nouvelle application d'une solution au 20e de chlorhydrate d'aniline, sur le devant de la cuisse gauche. Deux heures après, céphalalgie, sommeil invincible, refroidissement, dyspnée. Pas de vomissements ni de nausées. Pas de ténesme vésical. Cyanose de la peau encore très-marquée. Voix éteinte. Vingt-quatre heures après, tout phénomène morbide avait cessé.

Devant la bizarrerie de ces accidents, et supposant que ce sujet avait, à l'égard de l'aniline, une susceptibilité spéciale, M. Lailler tenta une seconde expérience sur un voisin de ce premier malade, qui consentit à passer par les mêmes épreuves :

Obs. II. — Cet homme, âgé de soixante-huit ans, vigoureux, avait du psoriasis depuis vingt ans et avait été tour à tour traité par Bretonneau, Biett, Émery, Cazenave, Gibert et Bazin. Le 6 juin 1872, première application du chlorhydrate d'aniline, au 500e cette fois, sur la jambe droite. Résultat nul.

Le lendemain, emploi d'une solution au 50e. Quatre heures après, perte de connaissance, cyanose foncée, bien que la respiration s'accomplisse régulièrement. La perte de connaissance dura un quart d'heure, mais la cyanose persista encore pendant cinq heures et fut remplacée par une grande pâleur et des sueurs froides. La nuit suivante fut sans sommeil. Urines très-rouges. Pas de fièvre. Aucun vomissement.

De ces deux faits, M. Lailler conclut que :

1° Dans le psoriasis la peau absorbe certaines substances, et cela avec une grande facilité.

2° Le chlorhydrate d'aniline, à dose peu élevée, doit être un poison dangereux. (Ceci concorde avec les faits publiés par M. Beaugrand dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Aniline.)

3° D'après Starkow, de Saint-Pétersbourg (Hayem, *Revue des sciences médicales*, tome Ier, page 832), l'aniline produit sur le sang des effets analogues à ceux de l'ammoniaque et de l'hydrogène phosphoré; elle détruit l'hémoglobine sans rétablir ou provoquer la raie de l'hématine au spectroscope. D'après M. Lutz, elle agirait en s'emparant de l'oxygène du sang.

4° Les symptômes de l'intoxication par l'aniline sont analogues à ceux du choléra. L'apparence cyanique des sujets ressemble à celle qu'engendre le protoxyde d'azote.

M. Lailler dit en terminant que l'aniline, dont l'action est si rapide, si intense et à la fois passagère, pourrait peut-être trouver son application dans la thérapeutique. Turnbull a employé le sulfate d'aniline avec succès dans la chorée; Fraser et Devies, de Londres, M. Bergeron à Paris, ont été moins heureux.

— M. *Ball* communique une intéressante observation de tumeur cérébrale dont voici le résumé :

Obs. — Une femme de vingt-six ans, sans antécédents pathologiques, avait depuis quatre mois une céphalalgie intense, localisée à droite et irradiant vers la nuque. Les douleurs de tête n'étaient pas constantes; elles revenaient tous les trois jours, à la façon des fièvres quartes, et prenaient alors une telle acuité que la malade poussait des cris déchirants. Elle avait été admise dans le service de M. Tardieu (suppléé par M. Ball), à l'Hôtel-Dieu. Divers traitements avaient été successivement essayés sans succès; la chloroformisation parvenait seule à calmer les accès.

On avait remarqué quelques légers troubles de la déglutition et de la parole qui avaient fait penser à une tumeur cérébrale.

Trois semaines avant sa mort, la malade fut prise d'accès épileptiformes et d'hémiplégie gauche. Enfin, après un de ces accès survint un coma profond pendant lequel la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une tumeur grosse comme une mandarine, occupant la portion moyenne et latérale de l'hémisphère droit, limitée en avant par la scissure de Sylvius, ayant déterminé l'aplatissement des circonvolutions latérales, le refoulement du corps strié et de la couche optique et l'atrophie relative du lobe sphénoïdal. Cette tumeur était composée d'une poche kystique contenant une partie liquide et une masse charnue, rouge marron, de structure lardacée, grosse comme un noyau de pêche et baignée de toutes parts dans le liquide, excepté à sa face interne, qui adhère au tissu cérébral voisin de la grande scissure cérébrale.

Le microscope montra que ce noyau charnu était formé par un feutrage fibrineux de couleur feuille morte, contenant dans ses mailles de l'hémoglobine, de l'hématine et des débris de fibres nerveuses.

Le liquide (15 grammes environ) était jaune d'ocre et renfermait un assez grand nombre de globules rouges un peu atrophiés et déchiquetés. La paroi du kyste était de couleur sombre. Le tissu cérébral voisin était infiltré dans une assez grande épaisseur d'une matière colorante jaune-serin, mais il était intact au point de vue de la structure.

La moelle présentait dans toute sa longueur un léger degré d'atrophie : ses enveloppes étaient flottantes comme un vêtement trop large. On voyait une légère induration de la substance blanche, surtout à la région dorsale et dans le cordon antéro-latéral gauche.

Le bulbe, la protubérance et le reste du système nerveux étaient sains.

Il s'agit là, suivant M. Ball, d'un ancien foyer hémorrhagique, dont le noyau charnu représente le caillot et le liquide le sérum. Mais ce qui fait tout l'intérêt de cette observation c'est l'évolution qu'a suivie cette lésion. L'hémiplégie ne s'est montrée que peu de temps avant la mort, et depuis plus d'un an la malade avait cette céphalalgie, singulière par ses intermittences, terrible par son intensité. Les douleurs s'expliquent par le voisinage de la tumeur et de la surface du cerveau; les convulsions épileptiformes des derniers jours sont également en rapport avec l'existence de la tumeur dans le voisinage des méninges, ainsi qu'il résulte des recherches les plus récentes.

Faut-il invoquer ici certaines idées de M. Brown-Séquard, qui semble admettre que l'encéphale est un organe double dont les deux moitiés fonctionnent séparément et vers un but un peu différent, l'hémisphère gauche présidant surtout à toutes les fonctions motrices (parole, etc.), l'hémisphère droit réglant le mouvement nutritif, le mouvement trophique? Cette opinion serait établie par l'analyse d'un grand nombre d'observations de lésions cérébrales.

M. *Brouardel* reconnaît dans le fait présenté par M. Ball une lésion consécutive à une hémorrhagie cérébrale, mais il se demande si l'hémorrhagie cérébrale n'est pas récente et con-

temporaine de l'hémiplégie qui n'est survenue que quinze jours avant la mort. Le peu d'altération des globules trouvés dans le liquide du kyste est un des arguments en faveur de cette hypothèse. Les convulsions se montrent souvent aussi en même temps que l'hémiplégie et sont le résultat de l'irritation des méninges.

Quant à la céphalalgie, elle est de règle chaque fois que les convulsions existent en même temps que l'hémiplégie, ainsi que Gintrac le prouve dans son *Traité de pathologie* par un grand nombre d'observations.

Enfin, il y aurait à rechercher dans les pièces de M. Ball les anévrysmes miliaires qui jouent un rôle pathogénique si grand dans les hémorrhagies cérébrales.

M. *Ball* repousse l'idée d'une hémorrhagie récente, en raison de l'existence d'un vieux caillot, d'une membrane d'enveloppe, de l'infiltration du tissu cérébral par la matière colorante. S'il y a eu deux attaques apoplectiques, il y en a eu au moins une très-ancienne.

M. *Luys* a vu, dans une centaine de cas, que l'intermittence de la céphalalgie, à type quarte, coïncidait avec des lésions du cervelet. Le fait de M. Ball fait exception à cette règle, mais il y a grand intérêt à recueillir tous les faits de ce genre.

En ce qui concerne les lésions médullaires trouvées par M. Ball, elles dépendent évidemment d'une lésion cérébrale ancienne. Que cette hémorrhagie ait suivi une marche irrégulière, c'est incontestable; mais n'est-il pas possible qu'il y ait eu, à une certaine époque, un néoplasme dont les vaisseaux fragiles auraient donné lieu à l'hémorrhagie, que cette tumeur, par un développement lent, soit restée longtemps silencieuse jusqu'au jour où, se développant dans un certain sens, progressant vers les surfaces, l'irritation se soit produite et ait amené des troubles moteurs et sensitifs.

— M. *Féréol* lit un long travail sur l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse.

Ce phénomène signalé par MM. E. Besnier, Woillez, Marrotte, Moutard-Martin, Hérard, Béhier, vient d'être l'objet d'une thèse inaugurale par M. le docteur Terrillon, qui a réuni une vingtaine d'observations, parmi lesquelles deux ont été suivies de mort et d'autopsie. M. Féréol cherche à compléter ce travail, en donnant une explication de l'expectoration albumineuse qui succède parfois à la thoracocentèse.

Quatre hypothèses sont admissibles : 1° la piqûre du poumon par la pointe du trocart; 2° la perforation spontanée et la communication directe des bronches avec le liquide pleural; 3° l'absorption du liquide par la plèvre qui le ferait passer dans le poumon et les bronches; 4° une transsudation séro-albumineuse à travers les parois alvéolaires par le fait d'une congestion pulmonaire rapide.

M. Terrillon, après avoir écarté la première et la troisième hypothèse, admet d'abord la possibilité d'une transsudation à travers les parois alvéolaires, et il se trouve en communauté d'idées avec MM. Hérard, Moutard-Martin, Pinault, etc. Néanmoins, il hésite en dernier lieu, et accepte comme vraisemblable, sinon comme démontrée, la perforation spontanée du poumon malgré l'absence de pneumothorax C'est, dit-il, ce que de nouvelles autopsies pourraient éclaircir.

M. Féréol fait remarquer que les autopsies étant rares à la suite de ce phénomène, on restera longtemps sans certitude à l'égard de la perforation spontanée, et il croit pouvoir arriver à démontrer par l'observation clinique que le liquide de la plèvre passe à travers le poumon par des fissures, sans pour cela que le pneumothorax soit inévitable. Les exemples d'épanchements pleurétiques se vidant par les bronches sont loin d'être rares. Il en cite une nouvelle observation très-intéressante, mais trop longue pour trouver place ici. Dans ce cas on voit survenir chez le malade, avant toute opération, une expectoration abondante d'un liquide analogue à de la crème au chocolat, et lorsque plusieurs jours après on pratique la thoracocentèse, on obtient par la ponction un liquide absolument identique. Aucun signe de pneumothorax ne se manifesta.

La perforation spontanée dans la pleurésie chez les enfants est fréquente, et M. Barthez admet qu'elle se fait par un travail ulcératif du tissu pulmonaire revenu à l'état fœtal dans ses parties périphériques, et que, dès lors, le liquide de la plèvre pénètre jusqu'aux bronches perméables, y excite la toux et enfin est expulsé. Ce sont là des fistules que M. Féréol appelle *pleuro-bronchiques*, en opposition avec les fistules *broncho-pleurales* qui résultent d'une lésion broncho-alvéolaire préalable et déterminant toujours le pneumothorax.

Or, en rapprochant ce qui se passe spontanément dans le cours de certaines pleurésies et ce qui a lieu quelquefois après la thoracocentèse, M. Féréol trouve des conditions analogues et il est conduit par conséquent à admettre que, à la suite de l'opération et à l'occasion des quintes de toux qu'elle provoque, le tissu pulmonaire condensé, privé de ses fonctions et de sa circulation normale depuis un temps plus ou moins long, ayant *peut-être* subi une nécrose superficielle dans son épithélium et son tissu conjonctif, infiltré par un œdème passif, se laisse facilement pénétrer par le liquide de la plèvre et opère un filtrage momentané de ce liquide.

M. Féréol, s'appuyant sur le travail de M. Leplat (*Des perforations spontanées*, in *Archives de médecine*, 1865), sur celui de M. Bernutz (*Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen*, in *Archives*, 1850), pense que la perforation du poumon et de la plèvre dans les cas dont il s'agit peut résulter d'un travail inflammatoire se produisant dans le parenchyme pulmonaire, en regard de l'inflammation de la plèvre, mais indépendamment d'abord de la pleurésie de la même façon que la fistule pleurale cutanée est d'abord précédée d'un travail phlegmoneux de la peau. C'est dans ce sens que les recherches devront porter dans les autopsies.

M. Féréol ne nie pas que l'expectoration albumineuse ne puisse résulter d'un œdème broncho-alvéolaire soudainement développé par le retour immédiat des fonctions du poumon à la suite de l'opération, mais il y a des faits réfractaires à cette explication, et ces faits peuvent se comprendre par une filtration du liquide à travers le tissu pulmonaire déjà affaibli par un travail sub-inflammatoire préexistant à l'opération.

A. LEGROUX.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

DISCUSSION SUR LES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA CATARACTE.

M. *Chassaignac*. Ce qu'il faut rechercher dans l'opération de la cataracte, c'est l'issue facile du cristallin et l'extinction préventive et soutenue des phlegmasies oculaires. L'incision de la cornée doit être suffisamment large, et la capsule cristalline largement ouverte. La méthode de Daviel est supérieure aux autres méthodes et donne satisfaction à ces *desiderata;* mais pour qu'il en soit ainsi l'opération doit être bien exécutée. Lorsque l'incision cornéenne sans lambeau entra dans la pratique, il fallut lui donner un correctif : l'iridectomie. La méthode de Daviel peut se passer de cette complication.

Selon M. Chassaignac, dans tous les procédés d'extraction de la cataracte, l'emploi du chloroforme est général et ne souffre pas d'exception. Ce n'est pas pour éviter au malade la douleur, le véritable but n'est pas celui-là; il s'agit d'obtenir la sûreté opératoire: l'immobilisation de l'œil est une condition absolue et forcée.

Le pansement consécutif sera efficacement protecteur; occlusion des paupières avec du sparadrap et recouvrir le tout de baudruche. L'iritis est plutôt la conséquence des violences

opératoires que la suite de l'exposition de l'œil à la lumière. Il est utile de découvrir l'œil tous les jours pour parer aux accidents.

M. Chassaignac montre aux membres de la Société un couteau avec lequel il évite l'écoulement de l'humeur aqueuse pendant la section de la cornée.

Pour maintenir la pupille dilatée jusqu'à la sortie de la lentille, M. Chassaignac a proposé la discision de la cristalloïde par ponction de la cornée ; ou bien l'introduction par la sclérotique d'un kystitome très-fin pour diviser la cristalloïde; ou enfin de tailler du même coup le lambeau de la cornée et le feuillet antérieur de la capsule du cristallin.

M. *Trélat*. Pendant toute sa communication, M. Le Fort a parlé de la méthode de Daviel. On a pu croire qu'il s'agissait de l'ancienne méthode de Daviel; il n'en est rien. M. Le Fort range dans cette méthode tout ce qui n'appartient pas rigoureusement à la méthode de de Graefe.

La méthode de Daviel, exécutée d'une façon irréprochable et non suivie d'accidents, donne des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes; mais la vraie question, quoi qu'on en dise, est une question de statistique. Quelle est l'opération qui donne le plus de succès?

Il est difficile de comprendre que la dernière modification de l'opération linéaire ait envahi tous les pays à la fois, ait été inventée en plusieurs endroits en même temps, si cette opération ne réalise point un progrès. Comme M. Chassaignac, M. Trélat reconnaît que l'abandon de la méthode de Daviel a amené des désastres; mais peu à peu la méthode nouvelle se formula et les résultats devinrent meilleurs.

M. Trélat n'emploie pas le chloroforme, parce qu'à moins d'arriver à la résolution totale, on en tire plus d'embarras que de facilité; et si la résolution cesse avant la fin de l'opération, autre embarras pour le chirurgien. Le chloroforme doit être employé pour les malades indociles seulement.

L. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JUIN 1873.—PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

ACTION DU PROTOXYDE D'AZOTE SUR LA GERMINATION ET SUR LA RESPIRATION; SUR LES PROPRIÉTÉS DE LA CHLOROPHYLLE : JOLYET ET BLANCHE. — LE MERCURE A DOSE TOXIQUE PRODUIT UNE DIMINUTION NOTABLE DANS LA SÉCRÉTION DE L'URÉE ET DE L'ACIDE URIQUE : BOUCHARD. — INFLUENCE DE L'INTOXICATION SATURNINE DANS LA PRODUCTION DE LA GOUTTE : CHARCOT. — MORT PAR ŒDÈME AIGU A LA SUITE DE LA THORACOCENTÈSE : LIOUVILLE, DUMONT-PALLIER.

MM. *Jolyet* et *Blanche* ont expérimenté l'action du protoxyde d'azote sur la germination des plantes et sur la respiration des animaux. Ils ont observé que les grains d'orge ne germent pas dans le protoxyde d'azote; si l'on mélange une petite quantité d'oxygène, la germination se produit. Chez les animaux plongés dans le protoxyde d'azote la mort arrive promptement; les oiseaux périssent en trente secondes, les cobayes en deux minutes et demie. Lorsqu'on fait respirer le gaz à des chiens ou à des lapins, il se produit, au bout d'un temps relativement court, une mort subite par asphyxie. Le sang renferme toujours moins d'oxygène et d'acide carbonique, mais du protoxyde d'azote en notable proportion. Les expérimentateurs ont observé un phénomène bien remarquable, c'est que par la respiration du protoxyde d'azote chez les animaux *on n'observe l'anesthésie que lorsque l'asphyxie se produit*.

Cette conclusion inattendue, et qui est de nature à surprendre les nombreux dentistes qui emploient si fréquemment le protoxyde d'azote comme anesthésique, a donné lieu à des observations de MM. Charcot, Blot et Laborde, qui tendent à montrer que le protoxyde d'azote produit, en effet, des phénomènes d'asphyxie. La coloration violacée de la face est très-remarquable dans l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Nous avons déjà dans la GAZETTE signalé des cas de mort par le protoxyde; ils ont été rappelés à la Société. En résumé, il y aurait lieu de faire une enquête approfondie sur cet anesthésique, et de décider si dans l'expérimentation qui vient d'être faite il y a des causes de difficultés dans l'interprétation.

Les données de la pratique sont assez nombreuses, comme l'a fait remarquer M. Dumont-Pallier, pour qu'on puisse arriver à des conclusions. La question est d'autant plus intéressante que, « sous l'impulsion américaine », le protoxyde d'azote est employé dans les accouchements. M. Blot signale ce fait, et M. Laborde ajoute que le protoxyde d'azote ne réussit pas toujours, au moins comme gaz hilariant et anesthésique, car dans un cas, observé par lui, on dut renoncer à produire l'anesthésie à cause des pleurs et de l'agitation causés par ce gaz.

M. Jolyet a constaté, dans une autre série d'expériences, les phénomènes très-importants de l'action de la chlorophylle ou matière verte des feuilles, par rapport à l'oxygène de l'air. Faisant agir des vapeurs de mercure-éthyle sur les feuilles vertes et tuant en quelque sorte le pouvoir respiratoire de la chlorophylle, celle-ci exhale de l'acide carbonique sous l'influence de la lumière solaire, de sorte qu'on pourrait distinguer dans l'action de la chlorophylle deux modes différents, l'un consistant à absorber l'acide carbonique, l'autre à le décomposer en dégageant l'oxygène.

M. *Claude Bernard* insiste sur l'intérêt de ces expériences, qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il a émise, à savoir : que la chlorophylle, comme toute cellule, peut absorber de l'oxygène et dégager de l'acide carbonique. La chlorophylle ne transforme l'acide carbonique qu'à la condition d'absorber de l'oxygène; et en effet, dans les plantes qu'on renferme dans une atmosphère d'acide carbonique pur, il n'y a pas de respiration.

— M. *Bouchard* communique une observation d'intoxication mercurielle produite chez un malade à la suite de frictions mercurielles. La particularité la plus intéressante de ce fait est, à la suite de l'intoxication, la diminution considérable de l'excrétion de l'urine, diminution absolue et relative des matières extractives, de la quantité d'urée, d'acide urique, d'acide phosphorique et de chlorures.

— M. *Charcot*, à ce propos, rappelle que Garrod a signalé la diminution de l'acide urique dans l'urine des malades atteints d'accidents saturnins, et indiqué ce fait comme expliquant l'influence de l'intoxication par le plomb sur la production de la goutte. M. Charcot a eu l'occasion de constater dans trois cas l'influence très-précise des coliques saturnines sur l'apparition d'accès de goutte, de tophus et des phénomènes les plus avancés de la goutte confirmée chez des individus ayant souffert d'accidents saturnins et dont l'un est mort à l'âge de trente-cinq ans. Dans tous ces cas, l'influence héréditaire ne pouvait être invoquée. M. Charcot affirme qu'il est tout à fait convaincu de l'action du saturnisme sur la production de la goutte, l'acide urique manque dans les urines et s'accumule dans le sang sous l'influence toxique des sels de plomb.

— M. *Liouville* présente une pièce anatomique recueillie dans le service de M. Béhier. Il s'agit d'un poumon offrant les caractères les plus prononcés d'un œdème aigu. Cet œdème est survenu chez un malade auquel on avait pratiqué la thoracocentèse avec un trocart capillaire ; 2500 grammes de sérosité avaient été évacués. Le malade est mort presque subitement, quatre heures après l'opération. Ce fait mérite réflexion ; il est de nature à encourager la méthode qui consiste à ne pas évacuer d'une seule séance les épanchements considérables, ou bien il faudrait trouver le moyen de faciliter chez le malade une expectoration abondante.

M. *Dumont-Pallier* rapporte un fait presque entièrement analogue, seulement la ponction avait été faite avec un trocart à hydrocèle garni de baudruche. On avait extrait près de

2000 grammes de liquide. Le malade est mort d'œdème aigu, brusquement, dix heures après l'opération.

Devant de pareils accidents, il y aurait lieu, suivant M. Dumont-Pallier, de procéder avec prudence dans l'emploi de la thoracocentèse lorsque l'épanchement est considérable.

Sociétés savantes de l'étranger.

CERCLE MÉDICAL LIÉGEOIS.

PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Il y a quelques mois, la Maternité de Liége fut fermée à la suite d'une épidémie de fièvre puerpérale.

Le Cercle médical liégeois confia à ce moment à une commission l'étude de la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Nous donnons les conclusions du travail de cette commission, composée de MM. Davreux, Wurth et N. Charles, rapporteur.

Ces conclusions résultent de l'examen de tous les documents publiés jusqu'à ce jour sur la question. Elles ont été adoptées par l'assemblée générale du 2 mai 1873 et communiquées à l'administration. Elles sont confirmatives des opinions qui règnent aujourd'hui en France sur la nécessité de restreindre les Maternités, et de favoriser autant que possible les accouchements à domicile.

Voici ces conclusions :

Considérant :

1° Que depuis un certain nombre d'années plusieurs épidémies de fièvre puerpérale ont éclaté à la Maternité de Liége;

2° Qu'il y a peu de temps encore cet établissement a été fermé pour le même motif;

3° Que, de l'avis des auteurs les plus compétents, les Maternités sont les lieux habituels où se développe le poison des femmes en couches pour se transformer ensuite en ville par l'intermédiaire des personnes qui ont approché les femmes contaminées;

4° Qu'il est prouvé par les statistiques les mieux établies que la mortalité dans les Maternités les mieux construites dépasse en moyenne 2 et 3 pour 100, tandis qu'elle est à peine de 1/2 pour 100 en ville;

5° Que l'accouchement à domicile est le remède préventif par excellence, sinon certain, recommandé par les spécialistes les plus illustres aussi bien que par la saine pratique;

Reconnaissant, du reste, l'habileté et le dévouement des honorables praticiens chargés du service de la Maternité de Liége, et les soins intelligents dont sont entourées les femmes qui vont y faire leurs couches;

Le Cercle médical liégeois croit de son devoir de recommander à l'autorité communale et à la commission des hospices les mesures suivantes, réclamées par l'intérêt, et dans le but d'assurer la sécurité de *toutes* les classes de la population :

1° L'accouchement à domicile des femmes pauvres, qui a été organisé plusieurs fois d'une façon provisoire, sera réglé d'une manière définitive.

2° Dans ce but, l'administration des hospices choisira un certain nombre d'accoucheuses convenablement logées, qui recevront les femmes sans domicile en ville ou ne pouvant faire leurs couches chez elles.

3° L'enseignement clinique à domicile sera réglé comme dans certaines villes universitaires de l'étranger.

Cette nouvelle organisation, exigée impérieusement par l'intérêt public, ne sera pas du reste beaucoup plus dispendieuse, et selon d'autres sera même moins dispendieuse, que l'entretien *convenable* d'une Maternité. Elle permettra de secourir beaucoup plus de femmes qui ont horreur (et avec raison avons-nous vu) de l'établissement, et de donner une vraie pratique aux aspirants à la profession médicale.

Pour l'Association :

Le secrétaire, Dr N. CHARLES.

Le président, Dr FOSSION.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les ecchymoses et les suffusions sanguines d'origine nerveuse, par le docteur BROWN-SÉQUARD.

Dès l'année 1851, M. Brown-Séquard a constaté que la lésion de la région dorsale de la moelle est suivie d'une congestion et même d'une extravasation sanguine dans les capsules surrénales; il a observé des hémorrhagies intestinales à la suite de cautérisations du nerf sciatique; de même, il a vu, chez les cobayes, des ecchymoses de l'oreille consécutives à des lésions traumatiques des corps restiformes; enfin, il a constaté qu'une lésion du pont de Varole produit des ecchymoses et même des épanchements sanguins dans le poumon. M. Brown-Séquard conclut de nombreuses opérations que les lésions du pont de Varole et des parties voisines s'accompagnent d'extravasations de sang immédiates dans les poumons et dans d'autres organes. (*Archiv of scientific and practical medicine*, n° 2, février 1873.)

Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme, par le docteur J. R. WOLFE.

L'auteur rapporte deux exemples d'opérations singulières dans lesquelles il a greffé avec succès des lambeaux de conjonctive du lapin sur la sclérotique et la paupière de l'homme. Il pense que cette opération encouragera de nouvelles tentatives de transplantation de la cornée du lapin sur l'œil humain. Desmarres avait essayé cette opération, mais sans réussir. M. Power a présenté au congrès ophthalmologique de Londres un enfant sur l'œil duquel il était parvenu à greffer la cornée d'un lapin; malheureusement celle-ci était devenue opaque. M. Wolfe pense qu'il y aurait avantage à greffer un lambeau conjonctival en même temps que la cornée. Il était intéressant de savoir jusqu'à quel point la conjonctive du lapin a été réellement transplantée et si elle n'a pas agi par son contact favorisant la cicatrisation, la reproduction épithéliale, ou si le tissu du lapin a véritablement pris domicile sur la paupière de l'homme, M. Wolf conclut d'examens répétés et minutieux qu'il y a eu réellement transplantation. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1873.)

Travaux à consulter.

SUR CERTAINS CAS D'ANGIOLEUCITE SUPPURÉE COÏNCIDANT AVEC L'ÉRYSIPÈLE, par le docteur LERDEREAU. — L'auteur rapporte trois cas d'angioleucite dans l'un desquels l'angioleucite était suppurée; dans un autre, l'angioleucite siégeait dans les lymphatiques profonds. Les connaissances actuelles de l'anatomie pathologique de l'érysipèle font comprendre cette complication, qui n'avait pas échappé à Cruveilhier. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, n° 3, mai-juin 1873.)

EMPYÈME OUVERT DANS LE CANAL VERTÉBRAL, par le docteur FOET. — Il s'agit d'un empyème de la plèvre gauche qui s'est ouvert dans le muscle psoas et a pénétré dans le canal vertébral, produisant de la paraplégie. L'épanchement purulent siégeait à la face externe de la dure-mère. (*Dublin medical Journal*, avril 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

DES DIARRHÉES CHRONIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LES EAUX DE PLOMBIÈRES, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Plombières.— In-8° 128 pages, chez A. Delahaye. Paris.

L'auteur a eu pour principal but, dans ce travail, d'étudier les indications et les contre-indications des eaux de Plombières dans le traitement des diarrhées chroniques. Il a soin, dès le début, de préciser la signification qu'il donne à ce terme. « Nous nous garderons bien, dit-il, de vouloir présenter les diarrhées chroniques comme une maladie idiopathique et *sui generis*, car elle n'est à nos yeux qu'un syndrome pathologique, répondant à des lésions multiples de l'intestin ou survenant

dans le cours d'affections variées qui ne retentissent que secondairement sur l'intestin. » Dans la première partie de son travail, il passe en revue l'historique, les causes, la pathogénie et la symptomatologie des diarrhées chroniques. Puis il examine les cas où les eaux de Plombières sont efficaces et ceux où elles sont contre-indiquées.

Après un historique consciencieux, le docteur Bottentuit énumère les causes diverses des diarrhées chroniques, en indiquant leur différent mode d'action, et c'est sur cette donnée pathogénique qu'il essaye de fonder une classification très-analogue à celle qu'il a déjà proposée pour les gastrites chroniques, dans sa thèse inaugurale. Il les range en deux grandes classes (primitives et secondaires) comprenant chacune plusieurs subdivisions. Les premières, qui reconnaissent pour cause une action directe sur la muqueuse intestinale, doivent être divisées, d'après lui, suivant leur origine, en diarrhée : 1° chronique simple, succédant à une diarrhée aiguë ou subaiguë ; 2° par troubles fonctionnels et mécaniques (excès d'alimentation, ingesta irritants, etc...); 3° par intoxication (miasmatique — urémique). La seconde classe comprend les diarrhées chroniques, secondaires ou consécutives, accompagnant des maladies générales ou se rattachant à des lésions locales (arthritique, herpétique, syphilitique, tuberculeuse, cachectique). Les deux derniers groupes de cette seconde classe comprennent les diarrhées chroniques par obstacle à la circulation et la diarrhée nervo-motrice. Cette division purement étiologique pourrait assurément prêter à discussion; mais lorsqu'on la compare à la plupart de celles qui ont été proposées, il est aisé de s'apercevoir qu'elle est tout aussi complète et peut-être même moins défectueuse. Cependant elle est passible d'un reproche qui s'adresse surtout au chapitre qui va suivre ; l'auteur n'y a pas assez tenu compte des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels et sécrétoires qui jouent cependant un rôle capital dans la production du phénomène. Or, pour fonder une division sur la physiologie pathologique, il nous semble nécessaire de rechercher les liens qui rattachent un phénomène à sa cause. La complexité même du sujet rendait, il est vrai, cette tâche difficile, aussi aurait-on su gré à l'auteur de l'avoir tentée.

Dans le chapitre suivant consacré à la symptomatologie, le docteur Bottentuit étudie les caractères des garderobes et, d'après leur nature, il divise les diarrhées en stercorales, muqueuses, séreuses, exsudatives, à l'exemple de M. le professeur Sée.

Le dernier, en même temps que le plus important chapitre de cet ouvrage, est consacré au traitement des diarrhées chroniques par les eaux de Plombières. Après une description rapide, mais élégante de la station thermale et de l'aménagement de ses eaux, le docteur Bottentuit étudie le traitement des diarrhées chroniques primitives, en rapportant à l'appui des observations personnelles pleines d'intérêt qui démontrent suffisamment l'efficacité du traitement hydrominéral dans ce cas. Il en est de même des diarrhées arthritiques, herpétiques et nerveuses. Tout en attribuant une grande part à la présence de l'arsenic dans les eaux, l'auteur croit cependant que les procédés balnéothérapiques ont la plus grande importance dans le traitement. En résumé, le travail du docteur Bottentuit présente un intérêt réel et sera consulté avec fruit par tous les praticiens désireux de connaître les indications des eaux de Plombières dans le traitement d'une affection à la fois si commune et si rebelle.

DES RÉCENTS TRAVAUX SUR LES GAZ DU SANG ET LES ÉCHANGES RESPIRATOIRES, par le docteur I. STRAUS. — Brochure in-8, chez Asselin.

Résumé analytique et critique, très-bien fait, d'une des questions de physiologie les plus intéressantes et qui ont été le plus éclairées par les travaux modernes.

VARIÉTÉS.

BUREAU CENTRAL. — Le dernier concours pour la place de trois médecins au Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Rigal, Audhoui et Duguay.

Nous sommes particulièrement heureux d'enregistrer le succès de notre collaborateur, M. Audhoui. Nous ne blesserons personne en disant que ce succès a été vaillamment conquis et qu'il est la juste récompense d'une érudition solide et de qualités heureuses que le concours devait plus particulièrement mettre en relief.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Strauss, ancien rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, est nommé chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Liouville, appelé à d'autres fonctions.

CONCOURS D'AGRÉGATION POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — En vertu d'un arrêté ministériel du 26 avril, pris en exécution du statut du 19 août 1857, il sera ouvert à Paris, le 19 novembre 1873, un concours pour quatre places d'agrégés près l'école supérieure de pharmacie.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ce conseil se trouve composé comme suit : MM. Dumas, *vice-président;* Patin, *vice-président;* Ravaisson, *secrétaire;* de Montesquiou, Andral, de Gaillard, général d'Outrelaine, amiral de Cornulier-Lucinière, l'archevêque de Paris, le cardinal archevêque de Rouen, l'évêque d'Orléans, l'évêque d'Angers, Sardinoux, Fallot, Isidor, Devienne, Renouard, Giraud, Eggor, Beulé, Laboulaye, Wurtz, Milne-Edwards, Barth, Feray d'Essonnes, Galos, Martel, Faye, Balard, Valette, Bouisson, Wallon, Chevreul.

Quatre membres de l'enseignement libre sont à élire par le conseil.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Guitteau, préparateur de chimie et d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie, chargé en cette qualité de l'enseignement de l'histoire naturelle.

M. Alban de la Garde, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé provisoirement de l'enseignement de la thérapeutique à ladite école.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Millet, professeur d'histoire naturelle et de thérapeutique, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Crozat, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite. — M. Bodin, suppléant, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique en remplacement de M. Millet. — M. le docteur Guérault est nommé suppléant. — M. Thomas, suppléant, est chargé, à titre gratuit, d'un cours complémentaire d'ophthalmologie à ladite école.

LES CRÈCHES. — La Société protectrice de l'enfance a nommé, il y a quelques années, une commission chargée de visiter toutes les crèches du département de la Seine, de les étudier, d'en signaler les défauts, et d'indiquer les meilleures conditions d'hygiène qu'elles pourraient remplir. Le travail de cette commission, interrompu par les événements, a été repris et terminé, et le rapport a été présenté à la Société par le docteur Léon Duchesne. Nous empruntons à ce rapport les renseignements et les conclusions qui suivent :

Les crèches aujourd'hui existant dans le département de la Seine sont au nombre de 25, ainsi réparties : 21 crèches dans Paris, 4 crèches dans la banlieue.

La crèche doit être placée, autant que possible, au centre des quartiers populeux et à proximité des groupes scolaires. Le rez-de-chaussée nous semble devoir être préféré. On pourrait objecter que dans la plupart des cas les rez-de-chaussées sont humides, ce qui serait évidemment malsain pour les enfants. Mais les crèches ne sont pas habitées la nuit, et pendant le jour même doivent être suffisamment aérées. Chaque berceau ou couchette exige 8 mètres cubes d'air. Ainsi, le cubage de la crèche étant fait, on divisera par huit et l'on aura le nombre maximum de berceaux ou couchettes qu'on peut y installer.

Dans 6 crèches seulement sur 25, le médecin est appelé à se prononcer sur l'admission de l'enfant. C'est là une très-grande lacune. La directrice de la crèche ne doit recevoir les enfants que provisoirement. Ils doivent être présentés au médecin lors de sa première visite : il est seul compétent pour se prononcer sur l'admission, après avoir examiné si les enfants ont été vaccinés et s'ils ne présentent aucune affection contagieuse ; il appartient aussi à lui seul de se prononcer sur le renvoi immédiat d'un enfant qui viendrait à tomber malade à la crèche ou présenterait une maladie pouvant être communiquée aux autres. Il serait à désirer qu'un seul jour ne se passât pas sans qu'une crèche reçût la visite d'un médecin.

L'enfant, dont l'admission à la crèche ne doit pas, selon nous, être prononcée avant l'âge d'un mois, doit être allaité par sa mère deux fois au moins pendant le temps qu'il passe à la crèche.

Il est bon que chaque crèche possède une petite pharmacie pour parer aux besoins les plus pressants ; elle devra autant que possible posséder un jardin ou une terrasse, être située au sud et au nord et largement ventilée.

Plusieurs fois par jour les enfants doivent être lavés avec des éponges et essuyés avec des serviettes, le tout spécialement et exclusivement consacré à l'usage de chacun. L'usage de l'éponge pour la figure doit être proscrit, car un enfant qui aurait eu une ophthalmie purulente, par exemple, pourrait, après sa guérison, en ressentir de nouveau les cruelles atteintes par suite du contact du pus qui serait resté dans l'éponge.

Des trous de pots couverts et où l'eau passe avec force devront être installés dans un endroit bien aéré et séparé de la salle où sont réunis les enfants.

Un local particulier sera réservé au linge sali. Il sera, de préférence, placé dans le jardin ou sur la terrasse et sera contenu dans un endroit clos avec des volets à jours. Un autre emplacement servira à faire sécher les paillons.

Le chauffage sera fait tantôt par des poêles, tantôt par des bouches de chaleur. Les poêles devront contenir un réservoir d'eau à leur partie supérieure, ou bien on devra placer sur ce poêle un vase rempli d'eau, qui, en se vaporisant, évitera la sécheresse de l'air qui en résulterait. Chaque poêle devra être garni d'un garde-feu assez résistant. Un thermomètre placé dans la crèche permettra de maintenir une température toujours identique.

Enfin, une condition essentielle d'hygiène et de santé pour les enfants, ce sont les soins de propreté qui consistent à leur tenir la tête toujours nette.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. — *Ordre du jour de la séance du 16 juin :* Lecture d'un travail de M. le docteur Léon Marchand, intitulé : *De l'origine, de la provenance et de l'emploi thérapeutique de l'oliban.*

HOSPICE DE BECK-SUR-MER. — Cet hospice étant menacé par la mer, que les travaux exécutés à l'embouchure de l'Osthie ont fait refluer, le conseil municipal vient de voter une première somme (16 000 fr.) pour les travaux de protection à exécuter. La ville avait envoyé en Hollande des hommes de l'art chargés d'étudier les moyens employés dans ce pays contre l'envahissement des eaux.

— Le corps médical tout entier s'associe à la douleur qui vient de s'abattre sur un de nos plus éminents confrères, M. H. Bouley, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Madame H. Bouley vient de succomber. Ses obsèques ont eu lieu samedi au milieu d'un grand concours de savants et d'amis.

— On annonce aussi la mort de M. Ed. Auber, qui s'est fait connaître par des travaux estimés sur la philosophie médicale et sur la pathologie générale. M. Auber est mort à Saint-Germain, où il vivait retiré depuis un assez grand nombre d'années : il avait soixante-dix ans.

EXPOSITION DE VIENNE. — Le JOURNAL OFFICIEL du 9 juin publie la liste des membres du jury international. Nous y relevons les noms suivants : *Arts chimiques :* MM. Wurtz, vice-président du groupe, Sainte-Clair, Deville, Kulmann et L. Chiris. *Substances alimentaires:* MM. Drouin, Boucherot, Teissonnière, Groult, Arnaud-Jenti. *Arts graphiques et dessin industriel* : MM. Alf. Mame et G. Masson. *Instrument de précision et de l'art médical:* MM. Tardieu et Bréguet. *Éducation, enseignement* : MM. Levasseur, de Kœnigswarter, Gérard. — Parmi les membres suppléants, nous remarquons M. le docteur Onimus.

ALIMENTATION. — A la suite d'une lettre adressée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par M. le préfet du Nord, pour lui dénoncer la présence de la fièvre aphtheuse au marché des bestiaux de Lille, le préfet de police vient de rendre une ordonnance ayant pour but d'établir la surveillance la plus active sur le marché de la Villette et de prescrire les mesures nécessaires pour écarter du marché les animaux malades qui y arrivent en ce moment en quantité.

SERVICE MÉDICAL ALLEMAND. — Voici quelques détails sur le rôle que les étudiants allemands ont joué pendant la guerre : 3659 étudiants ont fait la campagne, un millier seulement étaient aux ambulances, les autres servaient dans le rang; 260 sont morts, dont 155 sur le champ de bataille ou à la suite de blessures. Les professeurs, au nombre de 268, ont également servi : 253 comme médecins, 15 comme soldats, 4 ont trouvé la mort. Ces chiffres s'appliquent aux étudiants inscrits dans les diverses Universités de la Prusse et des pays alliés, et aux professeurs titulaires et agrégés.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 31 mai au 6 juin 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 8. — Typhus, 0. — Érysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 51. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 250. — Affections chroniques, 303 (1). — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 20. — Total, 772.

Londres : Décès du 25 au 31 mai 1873 : 1182. — Variole, 2; rougeole, 29; scarlatine, 8; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 7; bronchite, 125; pneumonie, 77; dysentérie, 3; diarrhée, 16; diphthérie, 5; croup, 12; coqueluche, 43.

Rome: Décès du 19 au 25 mai 1873, 139. — Variole, 1; rougeole, 2; fièvre typhoïde, 7; érysipèle, 1; bronchite, 9; pneumonie, 26; diphthérie et croup, 14.

(1) Sur ce chiffre de 303 décès, 159 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Considérations critiques sur la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique. — **Travaux originaux.** Clinique chirurgicale : Observation de tumeur osseuse (myéloïde) du vomer (exostose spongieuse des fosses nasales, Richet, Ollivier) suivie de réflexions pour servir à l'histoire des exostoses de la face. — Physiologie pathologique : Considérations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Cercle médical liégeois. — **Revue des journaux.** Sur les ecchymoses et les suffusions sanguines d'origine nerveuse. — Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Index bibliographique : Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de l'aspiration des liquides morbides, méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement, par le docteur Georges Dieulafoy. 1 vol. in-8 avec figures. Paris, G. Masson. 8 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur A. Dechambre. 2e série, tome VII, fascicule 1. 1 vol gr. in-8. Paris, G. Masson. 6 fr.

De la névromyopathie périarticulaire, par le docteur Beni-Barde. In-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, par le docteur J. Baillarger. 1 vol. in-8 cartonné, avec 3 planches. Paris, G. Masson.

Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus, suivi de mémoires sur la saignée dans la grossesse, la conservation des membres, les contagions mystérieuses, la médication active dans les fièvres éruptives, etc., par le docteur Dechaux (de Montluçon). 1 vol. in-8 de 344 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. 5 fr.

Les eaux minérales et les bains de mer de la France, nouveau guide pratique du médecin et du baigneur, par le docteur Paul Labarthe, précédé d'une introduction comprenant un *parallèle des eaux minérales de France et d'Allemagne* par le professeur Gubler. 1 vol. in-12 de 400 pages, compacte. Paris, Reinwald. 4 fr., cartonné 5 fr.

Nouvelles recherches sur la trymethylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, in-8°. Paris, G. Masson. 2 fr.

Étude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par le docteur J. Grasset, 1 vol. in-4° de XVI-132 pages. Montpellier, Coulet.

Observation d'aphasie complète suivie de guérison, avec des spécimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie, par le docteur J. Grasset. In-8 de 36 pages. Montpellier, Coulet.

*Étude sur quelques formes compliquées de la fièvre intermittente et sur leur traitement par l'*Eucalyptus globulus *et par les eaux minérales de Lons-le-Saulnier (Jura)*, par le docteur Wasserzug. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Du choix du vaccin et du procédé à mettre en usage pour éviter dans l'opération de la vaccine des germes des maladies virulentes, par le docteur Bourdin. In-8. Paris, A. Delahaye. 50 c.

Traitement des maladies nerveuses et des affections rhumatismales par l'electricité statique, par le docteur Arthuis. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Les aliénés, étude sur la loi du 30 juin 1838, le projet Gambetta et le drame d'Évère, par Charles Desmaze, conseiller à la Cour d'appel de Paris. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

De la valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire, par le docteur Albert Cottard. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Recherches cliniques sur la goutte et la gravelle, de leur traitement par les eaux de Vichy, par le docteur G. Barudel. 1 vol. in-18 de 144 p. Paris, F. Savy. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 19 juin 1873.

LA RACE PRUSSIENNE : MM. DE QUATREFAGES ET VIRCHOW.

Quelques personnes se rappellent sans doute que dans cette mémorable année 1867, où la Prusse nous envoya un premier avertissement, qui fut méconnu, sous la forme des canons de M. Krupp, il y eut à Paris, en concordance avec l'Exposition universelle, nombre de congrès internationaux, nombre de banquets, par suite, où la fraternité des peuples, non moins universelle que l'Exposition, fut vigoureusement acclamée. La médecine, qui prompte aux congrès est non moins prompte aux banquets, eut le sien; l'anthropologie eut le sien, associée à l'archéologie préhistorique, banquet un peu improvisé, il est vrai, dont le but réel était de faire accueil à d'illustres étrangers qui passaient pour les champions du droit, de la liberté, des nationalités opprimées, et qui d'ailleurs représentaient dignement les sciences anthropologiques. MM. Vogt, Desor, Virchow, Bertani, Squier, s'y rencontraient à côté de MM. Broca, Verneuil, de Mortillet, de Longpérier, Trélat, etc.

Les toasts furent nombreux. Les « États-Unis d'Europe » avaient été accueillis avec enthousiasme, lorsque M. Virchow se leva, au bruit des applaudissements unanimes, et provoqua la plus furieuse tempête que vit et que verra sans doute jamais réunion de naturalistes. Le fond de son discours valait bien, de la part du chef de l'opposition libérale de la chambre prussienne, un «second avertissement»; c'était une sorte de déclaration de mépris pour le « chauvinisme » français, véritable obstacle à l'union des peuples et de revendication en faveur de la patrie allemande, du droit qu'elle avait acquis à la direction de l'esprit humain. La grande colère de M. Virchow datait du jour où il avait entendu M. Bouillaud, président du Congrès médical, donner la bienvenue aux confrères étrangers en leur disant «que Paris était la capitale de la France et que la France était la capitale du monde.» On voit que sur ce texte le savant prussien avait de quoi gloser.

Le banquet finit mal. Les États-Unis d'Europe s'étaient effondrés. M. Vogt, M. Bertani, eurent beau tenter un replâtrage, le patriotisme avait repris le dessus, et je vois encore un confrère distingué, alors journaliste, aujourd'hui bibliste amphigourique, monter sur la table, au mépris de toute cristallerie, s'efforcer de rappeler les titres de la patrie de Montaigne, de Montesquieu et de Voltaire au respect du député prussien, et soutenir que M. Bouillaud avait eu mille fois raison.

M. Virchow était alors fort novice en anthropologie; son esprit, véritablement encyclopédique, venait à peine de s'arrêter sur ce point de vue si vaste de la science; mais il fallait que le patriotisme y trouvât son compte. L'événement l'a bien prouvé. Depuis lors M. Virchow a fondé ou contribué à fonder une Société anthropologique à Berlin et un recueil estimé Zeitschrift fur Ethnologie; il est passé maître en crânologie comparative, et il n'est pas douteux que s'il veut bien désintéresser la science de la politique et oublier sa gallophobie, l'anthropologie ne lui soit un jour redevable de quelques beaux travaux.

En attendant, M. Virchow s'est livré à la polémique, qui est le caractère le plus manifeste de son génie, et c'est M. de Quatrefages qui lui en a fourni l'occasion, occasion dont le savant français a profité à son tour, de façon qu'un débat retentissant, dont la Revue scientifique a publié les documents (5 octobre 1872 et 19 avril 1873), a éclaté entre les deux écrivains sur de graves et saisissantes questions. En voici l'exposé :

Pendant le siége de Paris, M. de Quatrefages a écrit et publié dans la Revue des deux mondes (15 février 1871) un mémoire sur la *race prussienne*. Ce mémoire, amendé, amplifié, a été réédité sous le même titre quelques mois plus tard en un volume qui fit plus de bruit à Berlin, — où il y a des juges, — qu'à Paris, où l'on était trop fatigué de la race prussienne pour s'occuper d'où elle venait au fin fond.

M. de Quatrefages professe depuis longtemps que les Prussiens ne sont ni Germains ni Allemands, ou du moins qu'ils ne le sont qu'en minorité. «Au point de vue anthropologique, dit-il (page 8), la Prusse est presque entièrement étrangère à l'Allemagne.» M. de Quatrefages professe également que les applications de l'anthropologie ou de l'ethnologie à la politique reposent presque toujours sur des erreurs et conduisent à l'absurde. N'y a-t-il pas, entre la publication à sa date du livre sur la *race prussienne* et la seconde thèse de M. de Quatrefages une sorte de contradiction? Si la politique n'a rien à voir en anthropologie et *vice versa*, le moment était peut-être mal choisi pour s'occuper de nos vainqueurs et leur dire : Vous nous avez battus, cela est vrai, et, pour ajouter à votre gloire, vous avez bombardé le Muséum de 135 obus, mais vous n'êtes pas Allemands, vous êtes des Finno-Slaves quelque peu germanisés et francisés, et vos alliés, qui sont devenus vos vassaux, se laissent grossièrement duper, faute d'érudition, en vous permettant, sous prétexte de communauté d'origine, de les gouverner d'aussi haut.

Je doute cependant que M. de Quatrefages ait jamais cru que son mémoire dût avoir quelque influence sur la constitution future de l'empire d'Allemagne. Il n'y faut chercher que des aperçus ethnologiques absolument désintéressées sur les voies mystérieuses que la Providence a adoptées pour constituer l'Allemagne du Nord avec fort peu d'Allemands et pour inventer la plaisante histoire des *races germaniques*, digne pendant des *races latines*.

Or, il paraît qu'aux époques les plus reculées des temps préhistoriques, — supposons l'époque quaternaire, — il existait en Europe des populations qui, selon l'éminent professeur, offraient entre elles des différences analogues à celles qui

séparent de nos jours les peuples issus du même tronc. Elles offraient deux types bien distincts, l'un très-grand, l'autre petit, et deux *sous-types*. Ces populations constituaient la grande « formation humaine » que les Aryens, — dont les diverses familles portent les noms de Germains, Celtes, Hellènes, Slaves, etc. — ont envahie, vaincue, disséminée, et à laquelle ils ont imposé leur langue, dont les différents idiomes parlés en Europe, à l'exception du basque, ne sont que des dialectes plus ou moins défigurés. Ces populations, antérieures aux invasions aryennes, M. de Quatrefages les désigne sous le nom de *blancs allophyles*, expression pittoresque qui n'a jamais eu, en France du moins, une acception générale, et que M. Broca, entre autres, repousse absolument de la nomenclature anthropologique (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1865, page 134).

Parmi ces populations *allophyles*, c'est-à-dire non aryennes, M. de Quatrefages cite les Esthoniens, les Livoniens, les Finnois, comme les descendants de la petite race humaine qui a vécu en Europe pendant l'époque quaternaire, en même temps que les éléphants et les rennes. Or, ces populations constitueraient encore aujourd'hui le fonds de la race qui habite les provinces que baigne la Baltique, — la Courlande, la Livonie, les deux Prusses, la Poméranie, le Mecklembourg et le Holstein; sur ce fonds, les Slaves, les Goths, formèrent successivement des couches métisses, et ce n'est que vers le milieu du XIIe siècle que les Germains brêmois se constituèrent en colons d'abord, en vainqueurs et en maîtres ensuite. Plus tard les chevaliers teutoniques, débris des croisades, livrèrent de sanglantes batailles aux païens de la Baltique, et pendant près de deux siècles, c'est-à-dire jusqu'à l'avénement des Hohenzollern, germanisèrent et christianisèrent le pays du mieux qu'ils purent, à grands coups de sabre et à grand renfort de potences. Enfin, la révocation de l'édit de Nantes vint introduire un nouvel élément ethnique parmi ces croisements déjà nombreux, et 25 000 Français d'élite apportèrent dans le Brandebourg leurs industries, leurs talents, leur génie. Il paraît que ces Français-là produisirent les meilleurs Prussiens du monde, car l'on sait trop, dit M. de Quatrefages, « quelle source inépuisable de colère et de haine les hommes ont fait de cette doctrine que son fondateur résumait en deux mots : « Aimer Dieu, aimer le prochain. »

Voilà la *race prussienne*, dont les éléments ne sont pas encore fusionnés et qui, en dépit d'un vernis de civilisation emprunté surtout à la France, en serait encore à son moyen âge. On voit que, malgré la netteté des documents historiques sur lesquels elle s'appuie, la thèse du savant professeur laisse quelques points obscurs ou insuffisamment établis sur lesquels nous aurons à revenir. Disons cependant que l'érudition si rare de M. G. Lagneau n'a trouvé qu'à ajouter des documents confirmatifs à ceux que M. de Quatrefages avait cités, et qu'en concluant notre savant confrère a dit : « que les Prussiens actuels, dont le sang est au moins fort mêlé, sont moins fondés que la plupart des autres peuples de l'Allemagne actuelle à invoquer l'ethnologie lorsqu'ils se déclarent les promoteurs de l'unité allemande, du pangermanisme ». (*Sur l'ethnologie des populations du nord-est de l'Allemagne*. In *Bull. de la Soc. d'anthr.*, 1871, page 196.)

Quoi qu'il en soit de l'origine des Prussiens, il est difficile au fond d'y rattacher l'épisode du bombardemrnt du Muséum, et moins encore le motif attribué par l'auteur à cet épisode, à savoir : le désir de détruire un des éléments de supériorité de « cette Babylone ». Nous connaissons trop peu la psychologie comparée du Finno-Slave préhistorique et du Germain moderne pour pouvoir dire avec quelque vraisemblance que l'artillerie prussienne aurait agi autrement si elle eût été exclusivement composée des héros de Tacite. Une poudrière eût été admirablement placée sous le labyrinthe du Jardin des Plantes, qui offrait une cible d'ailleurs avantageuse; l'idée de la faire sauter a dû réjouir plus d'une fois l'artilleur en chef, et cela se comprend. D'ailleurs les Prussiens ayant pris l'habitude de mettre leurs poudrières sous la protection du drapeau de Genève, il se pourrait encore qu'ils eussent cru que tout le monde en faisait autant, et que quelques obus bien placés aux ambulances du Muséum et du Luxembourg pourraient avancer « le moment psychologique » ; mais, en vérité, envoyer 135 obus pour couper la tête d'un crocodille empaillé, éventrer des lézards ou casser les carreaux de la serre aux boutures, eût été d'une futilité à laquelle nos trop sérieux ennemis ne nous ont pas habitués. L'appendice du bombardement reste donc là comme un hors-d'œuvre qui offrait à M. Virchow l'occasion d'une critique dont il n'a pas su profiter.

Mais, dans une première réponse à M. de Quatrefages, le savant prussien a attaqué la thèse de son antagoniste par un côté que notre compatriote avait, il faut bien le dire, insuffisamment traité dans son livre, par le côté craniométrique. Si le type aujourd'hui représenté par les Finnois et par les Esthoniens constitue le fond des populations préhistoriques comme aussi le fond des races contemporaines du nord-est de l'Allemagne, la craniologie comparée doit nous montrer les analogies des formes osseuses de ces diverses provenances. Or, cette proposition, dont M. Pruner bey avait été le principal auteur, mais qui remontait à Retzius et à Serres, avait été si vigoureusement battue en brèche par M. Broca en 1868 qu'il ne semblait pas que de longtemps elle dût revenir sur le tapis. En effet, ni les crânes esthoniens, ni les crânes finnois, ni ceux des Livoniens, des Borusses et des Poméraniens n'étaient encore suffisamment étudiés pour qu'ils pussent être comparés entre eux, et d'un autre côté les crânes préhistoriques des cavernes de la Meuse, ceux du midi de la France et ceux des bords du Rhin éloignaient toute idée de l'existence, dans les temps quaternaires, d'une race homogène répandue sur tous les points de l'Europe.

Or, voici M. Virchow qui vient, avec une série totale de 31 crânes esthoniens, dont les séries partielles sont dues à MM. Broca, Welcker, Kopernicki et à lui-même; il déclare que le type esthonien ne peut pas être nettement déterminé à cause des trop grandes différences individuelles que présentent ces derniers; que dans tous les cas il ne ressemble en rien au crâne finnois franchement brachycéphale (84 d'indice céphalique); qu'il n'y a pas dans les races humaines de différences plus prononcées qu'entre les Finnois et les Lapons, et qu'enfin on ne peut rapporter à aucune de ces races les crânes préhistoriques trouvés entre l'Elbe et la Vistule. On voit que le problème craniologique s'est singulièrement compliqué.

Dans une première réponse au travail de M. Virchow, M. de Quatrefages a repris avec plus de force quelques-uns des arguments de son livre. Et tout d'abord, en ce qui concerne la taille, il a fait remarquer que si l'ethnogénie du nord-est de l'Allemagne ne comprenait que des Slaves, des Goths, des Vandales, on n'y rencontrerait pas ces inégalités

de taille qui faisaient dire à un auteur allemand, Heberstein, que la Prusse était peuplée de *géants* et de *nains*, observation qui se retrouve vraie, ajoute-t-il, même de nos jours; puis il fait ressortir avec finesse tout ce que l'exposé de M. Virchow renfermait de légèrement contradictoire, et déclare enfin que la race finnoise pourrait bien comprendre plusieurs *sous-types*, et entre autres *deux sous-types esthoniens.*

Six mois plus tard, M. Virchow publia sa longue réponse à M. de Quatrefages, et celui-ci, *currente calamo*, a clos le débat par une réplique finale, réponse et réplique où la place faite à la science s'est trouvée de plus en plus diminuée au profit de l'anecdote et des sentiments patriotiques les plus louables. La réponse de M. Virchow est intitulée : La méthode scientifique en anthropologie (*Revue sc.*, 19 avril 1873), et vise ce qu'il appelle la méthode *française;* cette méthode consiste, paraît-il, « à transformer les Prussiens en Finnois, puis à accumuler sur les Finnois une collection des plus mauvaises qualités ». Cependant, il faut bien le dire, les meilleurs arguments de M. Virchow, les seuls qui donnent à sa réponse une portée scientifique, sont empruntés à des Français, MM. Broca et Bertillon, dont les opinions, textuellement citées, arrivent fort à propos pour ruiner la théorie finno-esthonienne, du moins en ce qu'elle a d'exclusif. D'ailleurs, au fond, M. Virchow n'est pas très-hostile aux opinions de M. de Quatrefages; il est simplement hostile aux Français, et s'il a pris tant de peine à critiquer M. de Quatrefages, c'est pour avoir l'occasion de nous décocher en passant quelques traits vainqueurs; mais il reconnaît sinon les ancêtres finnois, du moins les slaves; il ne met point en doute que la *germanisation* du pays ne se soit accomplie qu'au bout de quelques siècles et « par la force ou volontairement ». Ce fait lui paraît même si étrange qu'il faut, à ses yeux, que des tribus germaniques aient occupé la Poméranie et les Prusses pour comprendre comment la chose a pu se faire si rapidement. « Peu de siècles » semble indiquer cependant un espace de temps fort notable. L'exemple que cite M. Virchow sur la germanisation des États-Unis d'Amérique est des plus contestable. Oui, la majorité des émigrants nord-américains est originaire des pays d'Allemagne; non la colonie n'est pas germanique : elle est profondément anglaise par la langue, les lois et les mœurs, et la minorité britannique domine de haut la plèbe teutonne. Nous ne pouvons donc nous rendre à l'hypothèse de la rapidité de la germanisation des races qui peuplaient le territoire prussien avant l'invasion germaine.

La réplique finale de M. de Quatrefages, sauf en ce qui concerte une citation malencontreuse, celle d'Heberstein, faite de troisième main et due originairement à Prichard (auteur facile aux citations suspectes), a été de toutes façons un chef-d'œuvre. Suivant M. Virchow sur le terrain politique, — pour démontrer une fois de plus que l'ethnologie et la politique n'ont rien de commun, — notre compatriote a rappelé qu'après tout c'était l'Allemagne qui avait de tout temps entretenu l'Europe dans l'esprit de guerre et de conquête; que c'était l'Allemagne qui avait mis en vogue la revendication de la nationalité par le langage, l'idée que la patrie de l'Allemand est partout où l'on parle tudesque, et qui depuis la Révolution réclamait l'anéantissement de la France au nom du repos public; mais autrefois elle trouvait des défenseurs et des admirateurs parmi les savants, tandis que les contemporains ont sacrifié leur indépendance à M. de Bismarck. Il est bon d'avoir l'air, les apparences du droit de son côté, mais, qui oserait le nier ? la Prusse a-t-elle jamais cessé de poursuivre *per fas et nefas* le but qu'elle a atteint?

M. de Quatrefages a d'ailleurs ajouté de nouveaux arguments en faveur du slavisme préhistorique et historique du territoire prussien; il a rappelé que la langue borussienne ou prussienne aujourd'hui disparue était une langue slave, puis, remaniant les chiffres fournis par Pruner bey, Wœlker, Broca, Kopernicki et par M. Virchow lui-même, il a réédité avec plus de précision et de clarté sa théorie des analogies des races préhistoriques du territoire prussien et des races finno-esthoriennes *allophyles*, point secondaire, qui n'est absolument intelligible qu'aux anthropologistes exercés.

Telles sont les pièces de la controverse. Si nous ajoutons que, dans la Revue d'anthropologie, M. Broca a durement traité M. Mantegazza, de Florence, qui déplorait comme entaché de pur chauvinisme le livre de M. de Quatrefages et le comparait au dernier accès de manie gallophobe de Carl Stark intitulé : Die psychische Degeneration des französischer Volker (*Revue d'anthrop.*, 1872, p. 163), tout aura été cité, car, je regrette de le dire, les déclamations injurieuses d'un artiste français, M. Rochet, sur le type prussien, dont la physionomie « est grossière et repoussante » et dont la barbe « pousse plus en largeur qu'en hauteur », ont, peut-être à tort, été prises au sérieux par M. de Quatrefages.

Certes, on n'attend pas de nous que nous portions un jugement sur le fond de la question. Ce que furent les populations préhistoriques de l'Europe, on commence à peine à le soupçonner, et ce que l'on en sait permet d'affirmer que, loin d'être plus homogènes, les populations européennes présentaient aux temps quaternaires des différences plus accentuées qu'elles n'en offrent aujourd'hui. Les troglodytes de la Meuse, ceux du midi de la France, ceux des bords du Rhin, ne paraissent avoir anatomiquement rien de commun entre eux. Les uns sont grands, énormes, dolichocéphales; les autres sont petits, brachycéphales et débiles. Mais ni la Prusse orientale, ni la Russie n'ont jusqu'à ce jour exhumé de crânes quaternaires, en sorte que la comparaison synchronique est impossible et qu'il serait bon de remettre à d'autres temps l'essai sérieux d'une répartition de races préhistoriques dans leurs rapports avec les contemporains.

Quant aux familles dites aryanes ou aryennes, elles sont le sujet d'une légende dont le seul trait incontestable est l'existence d'une langue mère de toutes celles qui sont parlées en Europe, langue que les linguistes considèrent comme parfaite au point de vue de la régularité des flexions et de la beauté des images, la langue aryenne, dont l'indoustan est une sorte de patois corrompu.

Oui, nous sommes assuré qu'il existe des groupes de langues, helléniques, celtiques, slaves, germaines, etc., que d'étroits rapports et des affinités grammaticales et phonétiques permettent de rattacher à une souche commune. On est donc porté à croire qu'une race que l'on appelle comme la langue, aryenne, mais qui est inconnue, a transmis son idiome à des races diverses qui l'ont modifié, altéré, mêlé, déformé et réformé selon leurs besoins, tout en lui conservant son mécanisme et ses flexions.

Mais cette race aryenne, dont on place le berceau dans les plaines de la Bactriane ou sur les hauts plateaux de l'Asie centrale et dont les migrations successives vers l'Inde et vers l'Eu-

rope sont si inexplicables, quelle était-elle? Est-ce que les Germains, les Celtes, les Slaves, les Gréco-Italiotes en sont les vrais descendants? Que l'on juge cependant de leurs différences qui portent sur la chevelure, la taille, les proportions des membres, les formes crâniennes! Si l'on peut avoir indifféremment la tête longue ou large, les cheveux blonds ou noirs et la stature courte ou élancée et être de la même race, pourvu que l'on parle la même langue, l'anthropologie n'a mieux à faire que de céder la place à la linguistique. Mais s'il en est autrement, que l'on nous rende les types primitifs de ceux qui parlaient les idiomes aryens; que l'on nous dise à quelles conditions on est un Slave et si, pour être Celte, il faut être noir comme un bas Breton d'Émile Souvestre ou rouge comme les Gaulois du peintre Luminais.

Or, ce travail n'est pas fait pour les populations européennes, et il n'est suffisamment précis que pour un petit nombre de races inférieures que des caractères saisissants permettent dès l'abord de distinguer des autres. Faire intervenir autre chose que l'histoire et la linguistique dans la répartition actuelle des races est donc prématuré. Le seul procédé logique est de déterminer ces races sans parti pris, sans divisions préconçues et sans aide linguistique, par les procédés géométriques de mensurations dus presque tous à M. Broca, labeur immense qui sera la gloire de l'école française et dont la Société et la Revue d'anthropologie se sont fait l'organe.

Et maintenant nous pouvons nous demander pourquoi M. Virchow, qui n'avait pas grand'chose à dire dans cette question, et qui de fait n'a guère ajouté à ce que nous connaissions des origines ethniques de l'Europe, a pris si passionnément la thèse de M. de Quatrefages, applicable, de l'aveu même de ce savant, à tous les pays de l'Europe. Je n'en trouve qu'une explication plausible : c'est l'addition des épisodes sur la guerre prussienne et sur le bombardement du Muséum. Là le professeur du Muséum a frappé juste; on pourra contester l'opportunité de ses coups, mais non leur sûreté, et de l'oubli où M. Virchow a laissé ces faits on peut conclure à la conscience des barbaries inutiles qui ont déshonoré les vainqueurs. Nous félicitons donc l'illustre médecin berlinois de n'avoir même pas allégué d'excuse. Le silence et le remords convenaient ici à un esprit véritablement philosophique, jadis libéral et généreux.

E. Dally.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique chirurgicale.

Observation de tumeur osseuse (myéloïde) du vomer (exostose spongieuse des fosses nasales : Richet, Olivier) suivie de réflexions pour servir a l'histoire des exostoses de la face, par M. Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 24.)

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que l'unguis, le vomer ou le cornet inférieur sont le siége d'ostéomes au même titre que d'os plus considérables, comme l'omoplate, par exemple, ainsi que j'en ai observé dernièrement un remarquable exemple.

Nous sommes loin des théories émises par MM. Dolbeau et Richet, et acceptées par la plupart des chirurgiens, sur le siége et l'origine des ostéomes des fosses nasales. D'après M. Dolbeau la membrane muqueuse de Schneider, et principalement celle qui double les cellules ethmoïdales, serait le siége de ces ossifications (*loc. cit.*, p. 19). Il base cette assertion sur l'existence de petites tumeurs perlées trouvées par M. Verneuil dans la muqueuse des sinus, sur la présence dans toute l'étendue des fosses nasales d'éléments anatomiques qui, d'après les recherches de M. Sappey, rendent compte de cette tendance à l'ossification, enfin sur l'absence de surface d'implantation constatée par les divers opérateurs qui ont enlevé des exostoses.

En admettant la justesse des vues de M. Dolbeau, on ne saurait nier que notre observation en diminue l'importance. Les tumeurs analogues à celles que nous avons observées auraient une tout autre origine; l'absence du pédicule, sur laquelle M. Dolbeau insiste tant, trouverait ici une tout autre raison d'exister.

Je n'insisterai pas sur la valeur des autres preuves anatomiques; elles ont trouvé un rude adversaire dans M. Giraldès. M. Guyon, de son côté (*loc. cit.*, p. 496), n'a pu s'empêcher d'écrire que la présence de la muqueuse de Schneider autour de ces ostéomes concordait mal avec le mode d'origine soutenu par M. Dolbeau. Ajoutons que Virchow (*Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 45, trad. d'Aronsshonn), se fondant sur une dissection de Wenzelgraber, le repousse également. Évidemment, à notre point de vue, M. Richet est tombé dans une autre exagération en voulant à tout prix trouver des pédicules adhérents au squelette dans toutes les exostoses des fosses nasales. Notre observation proteste contre une telle généralisation. On ne saurait invoquer contre elle les préoccupations qui, assiégeant l'esprit du chirurgien pendant l'opération, l'empêcheraient de porter son attention sur un point secondaire.

Cette réserve faite, je suis convaincu qu'un certain nombre d'exostoses des cavités nasales sont pourvues de pédicule, mais il reste à prouver qu'ils ont une origine périostale ou qu'ils résultent d'adhérences tardives survenues entre le néoplasme et une partie voisine du squelette, comme semble l'affirmer M. Richet.

Dans mon opinion, basée sur mon observation et sur d'autres prises sur des points différents du squelette, ce chirurgien oublie trop le rôle du tissu médullaire. Dans cet ordre d'idées, les ostéomes éburnés et spongieux ont une commune origine; leur développement est lié à l'intervention de deux facteurs qui président à toute formation osseuse, le périoste et le globule médullaire. Tout changement apporté dans leur activité physiologique respective peut donner une explication satisfaisante du développement de ces néoplasmes.

L'ossification régulière, personne n'en doute, dépend de leur harmonie fonctionnelle, tandis que le premier forme les couches extérieures de l'os, le second aide à celle de l'intérieur, tout en remplissant les vides des canaux destinés aux capillaires sanguins. Supprimons ou diminuons par la pensée ce pouvoir ossifiant du globule médullaire, tout en admettant sa multiplication numérique, l'ossification interne cessera, les cavités intérieures augmenteront pour loger les produits de cette prolifération; vous aurez forcément ces intumescences osseuses à coque extérieure solide, à contenu sous forme de pulpe rougeâtre comme on le voit dans la tumeur décrite dans cette note, et comme on l'observe dans les os frappés de rachitisme. Dans cette dernière affection, la lésion anatomopathologique est la même jusqu'à la sclérose terminale.

Supposons maintenant le pouvoir ossifiant du périoste soutenu, augmenté dans cette direction par l'activité du globule médullaire, et vous aurez les exostoses éburnées. La structure des ostéomes connus témoigne même de la part proportionnelle qui peut revenir à l'un ou à l'autre de ces deux facteurs. Ainsi, sur la coupe de ceux opérés par Nilton et Virchow on peut compter leurs lignes concentriques très-serrées, témoignage irrécusable de leur origine périostale (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, p. 615). Dans les autres, au contraire, sur la coupe la

structure est uniforme, semée même parfois de petites lacunes, preuve de la coopération inégale du globule médullaire.

Ces explications, loin d'être des hypothèses, ne sont que l'expression des données de l'histologie normale et pathologique.

Joignez à cette double activité organique les effets mécaniques dus à la forme, à la disposition des os limitant les cavités de la face, et l'on pourra facilement se rendre compte des variétés signalées dans l'aspect extérieur et la constitution intime de ces néoplasmes. On aura vraisemblablement la clef de ces pédicules si minces qu'ils semblent parfois faire défaut, à l'aide desquels ils se rattachent à l'os sur lequel ils ont pris naissance. Et comme preuve à l'appui de cette idée, je dirai que dernièrement j'ai observé un ostéome, moitié éburné, moitié spongieux, de la grosseur d'une petite tête d'enfant nouveau-né. Il naissait de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre cervicale. Son pédicule était tellement étroit qu'il se détacha sans peine de son lieu d'origine. La tumeur faisait relief dans la région sous-claviculaire gauche; elle l'occupait en entier.

En relisant les diverses observations d'exostoses faciales, on voit, ainsi que l'a déjà relevé M. Richet, qu'un certain nombre d'ostéomes se sont éliminés à la suite d'inflammation suppurative spontanée ou provoquée par l'emploi chirurgical d'un caustique.

Dans l'un et l'autre cas, le mécanisme est facile à comprendre.

Un os tel que l'unguis, le vomer et le cornet inférieur, peut en se gonflant comprimer tout à coup les voies de nutrition, surtout dans les ostéomes éburnés, où le calibre des canaux de Hawers est réduit. Privés de vie, ils deviennent des corps étrangers, de vrais séquestres provoquant autour d'eux un travail d'élimination. Cette terminaison n'est pas spéciale aux tumeurs osseuses. J'ai en ce moment sous les yeux une dame chez laquelle un lipome situé dans la gouttière vertébrale gauche a subi une élimination analogue.

M. Richet rapporte dans son Mémoire sur les exostoses de la face (*Gaz. des hôp.*, 1871, p. 257 et 261), deux remarquables exemples empruntés l'un à Middlemore, l'autre à Lucas. Dans ces deux observations la nécrose survint à la suite d'incisions et de dissections de parties molles faites pour extraire les ostéomes. Les premières tentatives avaient été infructueuses. Une année après, dans les deux cas, l'os était carié. Le chirurgien agrandit l'incision primitive, qui ne s'était pas cicatrisée, et, après quelques faibles tentatives, il extrayait dans l'une un morceau d'os long d'un pouce et demi, de forme oblongue, pesant une once deux drachmes, d'une circonférence de deux pouces cinq huitièmes. Dans l'autre le morceau d'os, de forme oblongue, pesait de un à deux gros; sa longueur était d'un pouce et demi, sa circonférence de deux pouces cinq huitièmes. Ces deux tumeurs éburnées faisaient relief à l'angle interne de l'œil. Leur extirpation ne fut suivie d'aucune hémorrhagie, l'une et l'autre furent trouvées sur une fille âgée de vingt-huit ans et à l'orbite gauche.

J'avoue qu'il y a tant de points de contact entre ces deux faits qu'il pourrait bien avoir une commune origine et se réduire à un seul publié par Middlemore en 1802 (t. II, p. 601), et réédité en 1805, par Lucas (Edinburgh, *Med. and chir. Journ.*, p. 405, 407, année 1805).

Au lieu de se détruire par son propre développement, l'ostéome peut frapper de nécrose les os ou portions d'os du voisinage; le fait de M. Legouest me semble devoir être rangé dans cette catégorie. On lit, en effet, cette phrase dans son observation (*loc. cit.*, p. 856) : « Portant les doigts dans la vaste cavité que j'avais sous les yeux, j'en retirai plusieurs séquestres. »

Les ostéomes nécrosés et des séquestres d'os voisins peuvent être trouvées en même temps. L'observation du docteur Hilton est un bel exemple de ce genre (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 392). J'en extrais les passages suivants :

« Thomas M..., à l'âge de treize ans, s'aperçut d'une petite grosseur à côté du nez, à la pointe supérieure de l'orbite gauche. A l'âge de trente ans, une suppuration abondante s'établit. Vers l'âge de trente-quatre ans, des portions d'os ont été rejetées par les ouvertures fistuleuses qui s'étaient formées, et ensuite la masse entière de l'exostose fut expulsée spontanément par la brèche suppurante. Il en était résulté une énorme caverne, au fond de laquelle on voyait la lame criblée de l'ethmoïde, le sinus frontal et le pharynx.

« La tumeur pesait près de quinze onces. Elle est d'une densité remarquable. Elle mesure onze pouces anglais de circonférence. Sa surface est irrégulière. Sciée, elle offre la densité de l'ivoire, et des lignes circulaires concentriques, au nombre de cinquante, s'élargissant à mesure qu'on s'éloigne de la base. La caverne se combla petit à petit, et dix-huit mois après l'expulsion le malade était presque complétement guéri. »

Serait-il invraisemblable de supposer que certaines tumeurs à pédicules très-petits pourraient se séparer de l'os où elles ont pris naissance par un mécanisme analogue, la nécrose frappant surtout le pédicule.

Les observations d'élimination d'ostéomes faciales à la suite de l'emploi de caustiques sont rares. Le fait de Brassant rapporté par Louis (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, édit. 1819, t. V, p. 120) pourrait, avec des commentaires, être compté dans cette série; mais il laisse beaucoup de vague et d'incertitude.

Je comprends mieux l'observation publiée par Mackensie (*Traité pratique des maladies des yeux*, 4e édit., t. Ier, p. 61) : « Le malade était un homme de trente-cinq ans. La tumeur avait acquis le volume d'une grosse noix, expulsant presque complétement l'œil de l'orbite et affaiblissant la vision. Un chirurgien essaya de la détruire par exfoliation, mais la plaie saigna tant qu'il fut trop heureux de la fermer. Plus tard un paysan fut appelé; il fit aussi une incision qui donna beaucoup de sang et appliqua à deux reprises un remède secret qui fit beaucoup souffrir le malade. Au printemps suivant, l'exostose entière tomba, l'œil expulsé reprit sa place et la vision se rétablit. »

Évidemment ici, à en juger par l'hémorrhagie, on avait affaire à une exostose spongieuse. Le remède secret dont l'application fut si douloureuse ne pouvait être qu'un caustique; son action fut analogue à celle du fer rouge appliqué dans le canal médullaire d'un os long : il provoqua la nécrose de toute la masse osseuse. Au surplus, l'emploi des caustiques n'est possible que dans cette forme d'exostose.

Traitement. Médecine opératoire. — Créer une voie large et facile pour désenclaver et extraire les ostéomes des fosses nasales, telle devait être et telle a été la marche suivie par tous les opérateurs. M. Dolbeau a cru pouvoir élever cette pratique à la hauteur d'une formule générale, en s'étayant sur l'indépendance des néoplasmes par rapport aux os voisins. Nous savons que penser maintenant de cette généralisation. Des dissections sérieuses ont prouvé parfois l'existence des pédicules, et dans les observations analogues à la nôtre, s'il n'y a pas de pédicule il existe une membrane muqueuse ferme et solide qui entoure de toute part le produit pathologique (1). Si M. Richet a donné le conseil, à l'exemple de Fergusson, de couper ou de casser le pédicule, nul chirurgien, que nous sachions, n'a recommandé l'isolement de l'enveloppe muqueuse, et cependant on a vu l'avantage de cette manière d'agir dans l'opération que nous avons pratiquée; l'extraction n'a plus offert aucune difficulté. Nous n'hésitons pas à croire qu'un tel oubli a pu rendre très-difficile, sinon impossible, ce dernier temps de l'opération. Chez le malade de Michon, la masse osseuse fut extraite d'une seule pièce à la suite d'énergiques tractions. Mais une portion du maxillaire et le vomer tout entier furent arrachés avec la tumeur. L'examen de la pièce, fait par M. Lebert, montra qu'elle était recouverte par la muqueuse. Je ne doute pas que la dissection préalable de

(1) Le développement du néoplasme détruit les sutures en effaçant les inégalité osseuses.

cette dernière n'eût diminué l'effort du chirurgien et allégé les dégâts chez l'opéré.

L'exécution opératoire comprendra les trois temps suivants : 1° découvrir l'ostéome et lui ouvrir un chemin; 2° l'isoler; 3° l'extraire.

Premier temps. Découvrir l'ostéome et lui ouvrir un chemin. — Malgré le succès obtenu par M. Pamard, nous pensons que le chemin par l'orifice nasal antérieur sera toujours fort étroit, malgré la section intermaxillaire. L'expérience cadavérique prouve que l'on obtient ainsi un écartement presque insignifiant, à moins qu'on y joigne, à l'exemple de Roux de Touton, les sections des autres articulations du maxillaire supérieur. Nous préférons beaucoup pénétrer dans les fosses nasales par l'incision, qui, partant de l'angle interne de l'œil, se dirige vers l'aile du nez en suivant le sillon génio-nasal. Cette voie a été choisie par MM. Legouest, Richet et nous-même. Déjà, depuis 1852, nous l'avions mise en usage pour extraire des polypes développés dans les cavités ethmoïdales; on peut consulter sur ce sujet la thèse de M. Duval, agrégé de la Faculté de Paris (thèses de Strasbourg, 1869). L'incision faite, nous disséquons dans un même lambeau toute l'épaisseur des parties molles, y compris le périoste. On met ainsi à nu la branche montante du maxillaire supérieur, une partie de la paroi antérieure de l'antre d'Highmore et l'os unguis. Avec le ciseau, on enlève la paroi osseuse. Je préfère cette résection définitive à la résection temporaire mise en usage par MM. Legouest et Richet. On obtient ainsi une voie plus large, l'opération est plus facile, et dans les trois cas où je l'ai pratiquée la cicatrice n'a consisté qu'en une ligne blanche à peine visible, sans enfoncement des parties molles.

Deuxième temps. Isoler la tumeur. — Persuadé que la tumeur est libre, M. Dolbeau supprime ce temps de l'opération; il parle seulement du désenclavement. En coupant le pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales, M. Legouest nous a donné un bel exemple à imiter. M. Richet insiste sur la section ou la rupture du pédicule. Elle doit être faite avec le ciseau, la scie ou des leviers d'une certaine puissance.

A notre avis, avant de détruire les adhérences avec le squelette, il faut disséquer la muqueuse qui recouvre l'ostéome. Cette dissection, commencée avec le bistouri, peut être achevée avec le doigt. On fait ainsi une véritable énucléation. Chez notre opérée, elle a donné lieu à de médiocres difficultés.

Troisième temps. Extraction de la tumeur. — Lorsque l'ostéome est éburné, l'extraction doit être faite d'un seul coup. Il est inutile d'insister sur les efforts infructueux tentés par M. Maisonneuve et autres pour fragmenter ces tumeurs. J'aurais peu de confiance, le cas échéant, malgré le conseil de M. Richet, dans ces pinces fortes nouvellement construites par MM. Robert et Collin pour briser les calculs vésicaux; mieux vaudrait agrandir la voie avec un ciseau habilement conduit sur les os voisins.

Dans les tumeurs mixtes, en partie éburnées et en partie spongieuses, on peut, avec des efforts de traction énergique aidés de quelques mouvements de torsion, obtenir des fractures et extraire plus facilement les morceaux. Cet heureux hasard est arrivé à MM. Legouest et Dolbeau.

Toutefois, l'exemple de M. Michon doit nous donner la mesure des torsions à exercer. On n'oubliera pas qu'en agissant ainsi il fit céder la tumeur en masse, mais en extrayant avec elle une portion du maxillaire supérieur et le vomer en totalité.

Pour les exostoses spongieuses, la fragmentation est facile, et l'on peut ainsi diminuer le volume de la masse. M. Richet l'a mise en pratique dans la première opération. Je n'ai pas agi autrement chez mon opérée. Dans ces deux cas il y eut de fortes hémorrhagies. Elle inquiéta même M. Richet chez la jeune fille chlorotique de quatorze ans. Nous ne partageons pas l'avis de ce chirurgien sur l'origine de l'écoulement du sang; il l'attribue à un suintement en nappe dû aux capillaires de la membrane de Schneider. Nous osons affirmer que nous n'avons rien vu de semblable; l'hémorrhagie provient en entier de l'intérieur même de l'ostéome, et il nous a suffi d'enlever le tissu médullaire et de tamponner légèrement avec de la ouate pour arrêter l'écoulement sanguin. Nous avions déjà eu occasion d'observer le même accident, ainsi que je l'ai rappelé dans le courant de notre observation. Cette simple notion est rassurante pour le chirurgien; il peut aisément parer à l'accident et continuer tranquillement sa besogne, au lieu d'apporter une précipitation troublée qui peut être nuisible à l'opérée (1).

Je n'ai rien à relever pour le pansement d'une telle plaie. Il suffit de laisser l'ouverture extérieure libre dans une partie de son étendue, afin de balayer facilement chaque jour avec des lotions ou de petites injections les produits sécrétés.

Conclusions. — 1° Les ostéomes des fosses nasales peuvent avoir pour siége un os entier, comme le vomer, l'unguis, le cornet inférieur.

2° Un des temps opératoires importants consiste dans le décollement de la membrane muqueuse de Schneider sur toute la surface de la tumeur.

3° Les hémorrhagies qui surviennent à la suite de la résection d'une portion d'ostéome spongieux dépendent du tissu médullaire qui remplit ses cavités.

4° On arrête facilement ces hémorrhagies en enlevant ce tissu médullaire et en tamponnant les cavités qui le renferment.

Clinique médicale.

Note sur les phlegmasies cardiaques liées a l'érysipèle de la face, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

C'est en 1866, à l'hôpital de la Charité, que j'ai observé le premier exemple de complication cardiaque dans le cours de l'érysipèle de la face. Depuis lors, les cas se sont multipliés, et, chaque année me fournissant, plus ou moins riche, son contingent de faits, j'ai pu sans témérité repousser l'idée d'une simple coïncidence, et me dégager aussi de ces sages hésitations que doit imposer à tout observateur l'interprétation d'un complexus pathologique nouveau. L'année suivante, à l'hôpital Saint-Antoine, j'apprenais à mes élèves à s'enquérir de l'état du cœur dans l'érysipèle spontané avec la même sollicitude que dans le rhumatisme articulaire, les fièvres éruptives, les typhus ou l'état puerpéral; en 1868 et 1869, à la Maison municipale de santé, je constatais de nouveaux exemples de ces déterminations morbides, et je les signalais incidemment dans la première édition de mon Traité de pathologie, en reproduisant la courbe thermique d'un érysipèle grave accompagné d'endopéricardite; plus tard enfin, mes conclusions, appuyées sur un plus grand nombre de faits, sont devenues plus larges et plus solides, et j'ai pu, en 1872, dans ma Clinique de l'hôpital Lariboisière, résumer en quelques propositions tout ce que l'observation m'avait appris jusqu'alors touchant les rapports cliniques de l'érysipèle de la face et des phlegmasies cardiaques aiguës.

Néanmoins ces rapports, à ce qu'il me semble, sont encore peu connus; leur vulgarisation, en tout cas, n'est point en raison de leur importance, et je crois utile de les rappeler en peu de mots. Un de mes élèves les plus distingués, M. Sevestre, que j'ai eu la bonne fortune d'avoir pour interne et à la Maison de santé et à l'hôpital Lariboisière, prépare sur ce sujet un travail *in extenso*; ici je veux simplement énoncer les faits fondamentaux, dans le but de répandre dans une plus large mesure ces notions cliniques nouvelles, et d'assurer à mes

(1) Comme seconde preuve à ajouter à l'appui de notre manière d'intepréter le siége de l'hémorrhagie, je rappellerai qu'une fois l'opération achevée, rien n'a paru, cependant l'écoulement de sang eût dû persister si la membrane muqueuse de Schneider en avait été le siége.

conclusions la priorité à laquelle elles me paraissent avoir droit.

Voici les propositions que mes observations me permettent de formuler; ce sont, avec quelques développements de plus, celles que j'ai consignées dans ma Clinique de Lariboisière.

L'érysipèle de la face doit être rangé parmi les maladies aiguës qui présentent les phlegmasies du cœur au nombre de leurs déterminations possibles; il réalise cette possibilité dans le plus petit nombre des cas, et sous ce rapport il peut être rapproché de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives.

Les cardiopathies observées dans le cours de l'érysipèle sont, par ordre de fréquence décroissante, l'ENDOCARDITE, la péricardite, la myocardite; la première est sans contredit la plus commune.

Par ses rapports chronologiques avec l'exanthème, qu'elle peut exceptionnellement précéder ou suivre, par sa fréquence relative, par l'uniformité de ses caractères, cette endocardite s'affirme une détermination véritable de l'érysipèle, et non point l'effet capricieux d'une coïncidence de hasard.

L'endocardite de l'érysipèle ne donne presque jamais lieu aux symptômes subjectifs de l'endocardite primitive; à peine provoque-t-elle dans quelques cas une ascension imprévue de la température; elle ne se dénonce pas elle-même, et partant elle ne peut être reconnue que si elle est recherchée de propos délibéré. En fait, elle n'a d'autres signes positifs que des phénomènes d'auscultation en rapport avec le siége de la phlegmasie.

Cette endocardite occupe l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, c'est une *endocardite mitrale*. Une fois, chez une femme de vingt-six ans, elle a coïncidé avec une *endocardite tricuspidienne*, et l'autopsie a montré que les lésions étaient plus accusées à droite qu'à gauche. Dans aucun cas l'inflammation n'a siégé au niveau des orifices artériels.

En raison de son siége, l'endocardite de l'érysipèle donne lieu aux signes physiques d'une insuffisance mitrale aiguë; elle est caractérisée, avec ou sans frémissement à la palpation, par un souffle systolique à la pointe. Ce souffle peut empiéter sur le petit silence; je ne l'ai jamais vu modifier le second claquement normal. Dans ce cas où l'orifice tricuspide était également intéressé, il y avait en outre un souffle systolique xiphoïdien.

Les autres symptômes de l'endocardite faisant ordinairement défaut, le diagnostic repose entièrement sur la constatation du souffle dont je viens d'indiquer les caractères. Ce fait impose au jugement clinique une extrême réserve; de même, en effet, qu'on pécherait par défaut et qu'on laisserait passer l'endocardite inaperçue si l'on n'avait soin de pratiquer jour par jour l'auscultation du cœur; de même, on pécherait par excès si l'on attribuait à une endocardite aiguë tous les souffles que l'on peut entendre chez les érysipélateux. Voici quelles ont été, quelles sont à cet égard les règles de mon appréciation.

Je ne tiens pour significatif, en d'autres termes je n'impute à une endocardite récente que le souffle qui répond aux conditions suivantes : il est systolique et à la pointe; — il naît dans le cours d'un érysipèle ou quelques heures avant; — il est indépendant du degré thermique de la fièvre, à laquelle il peut survivre; — le malade n'a jamais été affecté de rhumatisme articulaire ni d'inflammation pleuro-pulmonaire; — l'érysipèle n'est pas actuellement compliqué de pleurésie ni de pneumonie. Par là sont évitées les causes d'erreur qui peuvent dans l'espèce égarer le jugement : les premières conditions éliminent les souffles anémiques et les souffles fébriles; les dernières préviennent la faute qui consisterait à attribuer à l'érysipèle une endocardite dépendant en réalité d'un autre état morbide. L'observation rigoureuse de ces règles garantit la justesse du diagnostic dans les cas où l'autopsie fait défaut; et c'est parce que je ne me suis jamais départi de cette sévérité d'appréciation que je puis affirmer les rapports pathogéniques de l'érysipèle et de l'endocardite, encore bien qu'à l'exception de deux mes observations soient purement cliniques.

Dans mes leçons de l'hôpital Lariboisière, j'ai indiqué l'évolution de cette endocardite dans les termes que voici : « Les cardiopathies érysipélateuses peuvent tuer dans la période d'état de la maladie; mais lorsque ce danger actuel est conjuré, elles arrivent ordinairement (la myocardite exceptée) à une résolution parfaite; je n'ai pas encore vu un seul cas dans lequel l'endocardite de l'érysipèle soit devenue le point de départ d'une lésion valvulaire persistante; si l'observation ultérieure confirme ce fait négatif, cette endocardite serait, à ce point de vue, beaucoup moins grave que celle du rhumatisme. » L'observation, dont je réservais ainsi les enseignements, ne me permet plus un jugement aussi favorable; j'ai vu cette année un garçon de vingt-sept ans, affecté d'endopéricardite dans le cours d'un érysipèle de la face, conserver après guérison parfaite un souffle systolique de la pointe qui ne laisse pas de doute sur la persistance d'une insuffisance mitrale. En conséquence, l'endocardite de l'érysipèle est passible du même pronostic prochain et éloigné que celle du rhumatisme : elle peut abontir à une résolution complète, c'est le fait ordinaire; — elle peut tuer dans la période d'acuité; — elle peut laisser sur les valvules des traces définitives de son passage. Lors donc que l'on recherche l'étiologie d'une lésion valvulaire, il convient de s'enquérir des érysipèles antérieurs, tout comme on s'enquiert du rhumatisme, des fièvres éruptives ou typhiques ou des maladies aiguës de l'appareil respiratoire.

La PÉRICARDITE est bien plus rare; elle n'a jamais dépassé le degré de la péricardite sèche, révélée par des frottements plus ou moins étendus, avec ou sans bruit de galop; elle n'a jamais survécu à la terminaison de l'érysipèle; elle n'a jamais été isolée, je ne l'ai observée qu'avec l'endocardite. Pour ces motifs, elle n'a pas à beaucoup près l'importance clinique de cette dernière.

La MYOCARDITE, plus rare encore, accompagne l'endocardite ou existe seule; elle ne peut être soupçonnée que d'après la défaillance parétique du cœur succédant à une agitation désordonnée de l'organe; elle ne peut donc être affirmée qu'à l'autopsie. Cette myocardite, qui est sans doute toujours mortelle et qui peut rendre compte de la terminaison inopinément funeste d'un certain nombre d'érysipèles, n'a point, selon moi, la même signification que l'endopéricardite; ce n'est plus une véritable détermination de l'érysipèle, c'est le résultat direct de l'élévation excessive de la température, c'est une myosite par hyperthermie. Les deux malades (hommes de vingt-sept ans et de quarante-cinq ans) à l'autopsie desquels les altérations initiales de la myocardite ont été constatées, avaient présenté une température bien supérieure à celle qui est ordinairement observée dans l'érysipèle. Des cas analogues, concernant l'érysipèle chirurgical, ont été publiés en 1868 par Ponfick.

Je ne m'arrête pas davantage sur les faits de cet ordre; ils n'ont trait qu'aux érysipèles mortels et sont absolument exceptionnels. La démonstration de l'endocardite et de l'endopéricardite liées à l'érysipèle de la face *chez des individus non rhumatisants*, voilà ce qui fait l'importance de mes observations et le but de cette note; l'intérêt clinique et théorique de ces faits nouveaux est assez grand, je crois, pour justifier l'insistance avec laquelle je les ai signalés à l'attention de mes confrères.

Épidémiologie.

MARCHE GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE DE 1869-1872, par L. COLIN, professeur au Val-de-Grâce (1).

Cette épidémie, dont le début pour la France, et en particulier pour la population parisienne, remonte aux derniers mois de 1869, couvre tout notre pays en 1870; puis, dès le

(1) Extrait d'un travail sur la *Variole au point de vue épidémiologique et prophylactique*, qui va paraître chez J. B. Baillière.

commencement de 1871, le mal fait simultanément explosion en Allemagne, en Angleterre (1), aux États-Unis (2).

La dissémination en tous sens était telle qu'au début de cette année 1871, la variole sévissait à la fois à Philadelphie, à Londres, à Hamborg (3), à Berlin, à Vienne, à Rome.

A Berlin, l'épidémie fut très-intense; en cinq ans, de 1863 à 1867, il n'y avait eu, en cette ville, que 705 décès par variole, et cette mortalité représentait moins du quart des malades, 24 0/0 (4); à ces chiffres, comparons la mortalité absolue et proportionnelle causée à Berlin, en 1871, par la variole : du 1er janvier au 26 novembre seulement il y eut, en cette ville, 14 358 cas de variole dont 4218 décès (5), ce qui fait une mortalité de 34 sur 100 malades, mortalité identique avec celle des varioleux de la population civile de Paris pendant la période des plus grandes misères du siége. Cette gravité du mal à Berlin peut nous faire prévoir déjà combien, malgré des affirmations contraires, la pratique des vaccinations et revaccinations laisse aussi à désirer chez nos voisins; nous verrons plus loin, à propos de l'épidémie de Leipzig, que la négligence systématique de la prophylaxie vaccinale a eu également, pour la population de cette dernière ville, les conséquences les plus funestes.

Mais le fléau devait continuer, en 1872, son mouvement d'expansion épidémique : il pénètre d'une part en Russie, et à partir du mois de mai 1872, sans subir, là non plus, de décroissance correspondante à la saison chaude, il fait des ravages de plus en plus considérables à Saint-Pétersbourg; d'autre part, il se répand aussi de plus en plus dans le nouveau monde, et à la dernière session de la Société épidémiologique de Londres (6), l'inspecteur général Lawson, président de cette Société, démontrait l'extension de la variole en Amérique où, durant l'année 1872, elle régnait du Chili au Canada. Le mal, en ces trois ans (1869-72), s'est donc progressivement répandu en tous sens, gagnant peu à peu les pays les plus éloignés de son point de départ, quelle que soit la direction de ces pays, et prouvant ainsi que sa dissémination ne reconnaissait guère d'autres lois que celle du contage. Il suffit, au reste, d'étudier avec attention quelques-uns des faits particuliers à cette dernière épidémie, pour comprendre la raison de sa gravité, soit à son berceau, soit dans dans les différents lieux qu'elle a parcourus; on verra une fois de plus que nous n'avons plus le droit aujourd'hui, pour expliquer la gravité des épidémies de ce genre, de nous en référer uniquement à l'action mystérieuse d'influences insaisissables, surnaturelles, dont la conséquence serait de nous faire admettre une fatalité insurmontable, et de nous faire ainsi renoncer à tout moyen d'action là où l'hygiène doit intervenir avec la puissance la plus absolue.

Ainsi, quel est le point de la France où, avant son explosion pandémique sur les deux hémisphères, cette épidémie s'était peu à peu constituée? C'est, comme nous l'avons indiqué plus haut, dans nos départements de l'ouest, c'est-à-dire sur un terrain qui lui était éminemment favorable, et où l'on pouvait expliquer facilement sa généralisation; le mal avait pris racine en Bretagne, parce que, là, il avait trouvé celle de nos populations qui lui était plus spécialement exposée par l'insuffisance des pratiques vaccinales.

Puis, par le fait de créations rapides d'armées sur divers points de notre territoire, la maladie trouve subitement, pour se développer, une masse considérable de sujets qu'on n'avait pas eu le temps de revacciner, et c'est ainsi qu'elle se répand par toute la France et, par les mouvements de la guerre, pénètre en Allemagne.

Pourquoi s'appesantit-elle si gravement sur ce dernier pays? Encore pour le même motif : par l'absence ou l'insuffisance de préservation vaccinale chez cette population allemande, dont nous croyons à tort l'immunité assurée par une pratique plus rigoureuse de ces lois de l'hygiène. En voici la preuve pour une des villes le plus cruellement atteintes dans ce dernier pays, la ville de Leipzig : la variole qui, en dix-huit ans (de 1852 à 1870), n'avait frappé que 681 habitants de Leipzig, et causé seulement 29 décès (4 1/4 p. 100), prend, en cette ville, une telle intensité à partir du mois de novembre 1870, qu'en une période de quinze mois (novembre 1870 à février 1872), 1727 malades sont envoyés à l'hôpital spécial, dans le service de Wunderlich, et qu'il en meurt 253 (14,7 p. 100) (1). Mais ce n'est là qu'un coin du tableau; d'après la statistique complète de cette épidémie, statistique rapportée par le professeur L. Thomas (2), la population totale de Leipzig, dont le chiffre s'élève à 106 922 habitants, en a perdu 1027 dans cette seule épidémie de variole, c'est-à-dire 1 mort sur 100 habitants, mortalité qui, proportionnellement, est plus considérable que celle de notre armée par variole pendant le siége de Paris. Ce qu'il y a d'extraordinaire surtout dans cette mortalité, c'est sa répartition suivant les âges des victimes; ainsi de ces 1027 décès, 715 se rapportent à des malades âgés de moins de quinze ans; 312 seulement à des adultes. Les chiffres suivants établissent même, pour chacune de ces catégories, le rapport de la mortalité à la population d'âge correspondant :

	Sujets ayant moins de 15 ans.	Adultes.
Cas de morts par variole....	715	312
Chiffre de la population de cet âge..................	23 892	65 434
Mortalité sur 100 vivants...	2,99	0,48

Cette mortalité, par variole, de 2,99 enfants sur 100 vivants; est complétement inouïe dans les pays où s'est généralisée la vaccine. Pour représenter toute la gravité d'un tel chiffre, il suffit de remarquer qu'en tenant compte de la différence des populations, 715 décès d'enfants à Leipzig correspondent à 15 000 décès environ du même âge pour une ville comme Paris; or, le chiffre total des décès par variole de la population parisienne, tous âges compris, durant toute la période épidémique (de novembre 1869 à mars 1871) n'a guère dépassé 12 000; et, de plus, les enfants ont été relativement préservés.

Comment donc expliquer cette gravité générale de l'épidémie de Leipzig? Comment, surtout, expliquer cette effrayante mortalité des enfants, alors que nous devons, plus loin, démontrer une fois de plus que, parmi les populations vaccinées, la variole est en général d'autant plus grave que les individus atteints sont plus avancés en âge?

La raison de ces faits si graves et si exceptionnels est donnée par les auteurs mêmes de ces relations, Wunderlich et Thomas, et les calomniateurs de la vaccine y trouveront un grave

(1) Le 31 janvier 1871, le *Small pox Hospital* de Londres fonctionnait avec son chiffre habituel de lits (102); à cette époque le mouvement des malades s'accrut si rapidement qu'en trois jours il fallut augmenter de 130 ce nombre de lits.

Le 6 mars, l'hôpital des fiévreux était à son tour transformé en *Small pox Hospital*, et l'on y disposait pour les varioleux 176 lits d'abord, puis 224.

Enfin, en avril, l'affluence croissante des varioleux nécessita leur admission dans d'autres établissements qui renfermaient environ 600 lits, spécialement dans les maisons de convalescents d'Islington et de Clapton. (*The Lancet*, 13 juillet 1872.) Toutes les villes du *Royaume Uni* furent atteintes à différents degrés, parfois plus gravement que la métropole. L'hôpital de Glascow reçut 972 varioleux du 1er janvier 1871 au 30 avril 1872. (*Revue des sciences médicales*, Paris, t. I, p. 680.)

(2) A New-York, où l'arrivée incessante d'immigrants européens a une part énorme dans l'aggravation de la variole, il n'y avait eu en 1868 que 24 décès par cette maladie :

En 1869,	il y a, dans cette même ville,		593 cas	dont	109 décès.
En 1870,	—	—	1093	—	293
En 1871,	—	—	3084	—	805

(*The Lancet*, 23 mars 1872.)

(3) Du mois d'août 1871 au mois de février 1872, l'hôpital spécial (*Pockenhaus*) de Hambourg reçut 1413 varioleux. (Voy. *Revue des sciences médicales*, t. I, p. 679.)

(4) *Schmidt's Jahrbücher*, t. CLI.

(5) *Union médicale*, 25 janvier 1872.

(6) 13 novembre 1872.

(1) Wunderlich, *Mittheilungen über die gegenwärtige Pocken Epidemie in Leipzig* (*Archiv der Heilkunde*, 1872, p. 17).

(2) L. Thomas, *Beiträge zur Pockenstatistik insbesondere aus der Leipziger Epidemie von 1871* (*Archiv der Heilkunde*, 1872, p. 167).

enseignement. Depuis quelques années s'était constituée, dans le public, une véritable ligue contre la vaccination, ligue qui, au nom de certains dogmes aussi obscurs que mensongers, avait lutté contre la découverte de Jenner par tous les moyens possibles, par la presse, les clubs, la formation d'associations, et, en somme, était parvenue au double résultat d'empêcher la vaccination première d'un grand nombre d'enfants et la revaccination de beaucoup d'adultes (1). On comprend dès lors la mortalité plus considérable des enfants dans cette épidémie, la plupart des adultes ayant été vaccinés dans leur enfance avant ces accusations contre la vaccine.

Voilà donc en Europe, dans un pays civilisé, chez un peuple qui se considère comme étant à la tête du progrès social, dans une ville célèbre par son université, et malgré l'exemple fourni depuis vingt ans de la toute-puissance des revaccinations par l'immunité de l'armée prussienne contre la variole, voilà, disons-nous, la preuve des terribles dangers enfantés par les dépréciateurs de la vaccine. On y a sciemment, intentionnellement, refusé aux nouveau-nés cette protection vaccinale à laquelle, depuis Jenner, ils ont droit comme à un baptême à leur entrée dans la vie; et l'on a ainsi voué d'avance, comme victimes à la première épidémie de variole, une série de jeunes générations; la question n'est pas de savoir si, en cette ville de Leipzig, la variole a été importée par un prisonnier français; ce qu'on peut affirmer c'est que, par cette négligence systématique de la vaccine, la population de la ville offrait à la maladie une prédisposition spéciale, dont la première occasion de contage devait démontrer la redoutable influence.

Et, malheureusement, ces tristes doctrines contre les bienfaits du vaccin n'ont pas été propagées uniquement dans quelques localités d'Allemagne par de faux savants, prétendus admirateurs de l'ordre naturel des choses auquel la science humaine n'aurait le droit de rien opposer. Nous voyons ces mêmes théories préparer également en Angleterre le retour des graves épidémies d'autrefois; là aussi des insensés ont trouvé, dans les classes pauvres de la société, un public assez crédule pour lui faire admettre que, dans cette habitude de s'assujettir à l'inoculation vaccinale, il y avait quelque chose de contraire à la dignité humaine, et aux lois de la nature (2).

En France, on regarde encore partout comme un devoir la vaccination des enfants; malheureusement, au début de l'épidémie que nous étudions, la pratique des revaccinations était devenue presque hésitante; on alla jusqu'à révoquer en doute non-seulement l'efficacité, mais même l'innocuité de cette pratique, et il fallut les affirmations réitérées de plusieurs sociétés médicales pour ramener le public à de plus saines convictions. Combien de gens, ignorant que la vaccine ne peut être préservatrice dès le moment de son inoculation, en refusèrent les bienfaits pour avoir vu la variole se développer chez des personnes récemment revaccinées.

Avions-nous au moins quelque autre barrière à opposer aux progrès de cette épidémie de variole? Dans les pays à population clair-semée, où il n'y a ni relations commerciales, ni voies de communications rapides, l'isolement des divers groupes de la population peut obvier à l'extension d'une maladie contagieuse; mais, dans une région comme la nôtre, peut-on compter sur cette prophylaxie qui est le bénéfice des nations les plus arriérées et la compensation d'une absence presque absolue de vie sociale? Les circonstances où nous plaçait la guerre n'allaient-elles pas, du reste, provoquer en France les mouvements les plus nombreux et les plus rapides de masses considérables, et produire le mélange le plus intime de tous les éléments de la population? Les armées en marche pendant les épidémies n'ont-elles pas, au même titre que les caravanes, les colonnes d'émigrants, cette triste destinée d'apporter au fléau du moment, que ce soit le choléra, le typhus ou la variole, un nouvel appoint de victimes, et de devenir, en outre, le véhicule de la contagion pour les populations qu'elles vont ensuite traverser?

Aussi le mal fut-il général et, en même temps que l'armée concentrée à Paris y prenait le germe de la variole, les armées de province, le rencontrant aussi sur leur route, étaient également frappées dans leurs divers cantonnements.

(1) D'après les documents officiels, il y avait eu à Leipzig :

En 1869	3443 vaccinations.
En 1869	1979 —
En 1970	1340

(Wunderlich, *loc. cit.*)

(2) « There was something injurious and innatural in the simple operation of vaccination. » (Voy. *the Lancet*, 13 juillet 1872.)

CORRESPONDANCE.

Mortalité des médecins de la marine (1).

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Le 25 avril dernier, la GAZETTE HEBDOMADAIRE publiait, à propos du corps de santé de la marine, un article établissant que : sur 100 médecins, 29 seulement arrivaient à la retraite; le reste donnant sa démission ou mourant au service.

Ces conclusions ont provoqué une réponse, et celui qui l'a faite, tout préoccupé qu'il soit du recrutement de nos écoles, ne démontre pas cependant que le nombre des retraités soit très-supérieur à 29, ce qui laisse toute leur valeur aux causes *quelconques* qui finissent par éclaircir nos rangs.

De ces causes, il n'en prend qu'une : la mortalité, il la soumet aux épreuves du calcul et trouve que les décès ne vont même pas, en moyenne, à 2 pour 100 par an.

La vérité ne me semblant point si belle, quand, reculant de vingt années, je songeais à ceux qui ne sont plus, j'ai voulu voir si réellement nos pertes n'étaient pas plus grandes.

De novembre 1853 à novembre 1857, on a reçu 198 chirurgiens de 3e classe, soit : 200 — et, parmi eux, je trouve que le nombre des décès s'élève *aujourd'hui* à 35. C'est, pour vingt ans, une moyenne annuelle de 1,75.

Si je m'arrêtais là, je donnerais gain de cause à l'auteur de la dernière statistique, et tel n'est point le but de cette lettre.

Je n'arrive, en effet, à un chiffre si minime que grâce aux énormes concessions suivantes : J'admets qu'en 1873 la classe de 1857 aura, comme ses aînées, vingt ans de service. Je suppose que, jusqu'en novembre 1873, il n'y aura pas, chez nous, de nouveaux décès. La mortalité portant sur les quinze dernières années (de trente ans à quarante-cinq), j'abandonne encore le compte de cinq terribles annuités, puisque je ne cherche point au delà de quarante ans. Enfin, sur l'ANNUAIRE, je n'ai marqué d'une croix que ceux dont j'avais un souvenir. C'est important à noter; car on peut être d'une même promotion sans se connaître, servir vingt ans sans se rencontrer jamais; et, dans ces listes d'autrefois que j'ai parcourues, il est plus d'un nom que je n'avais jamais entendu prononcer.

J'aimerais à me persuader qu'il s'est glissé quelque erreur au nécrologe de la première enquête; — je serais heureux que, sur la pire façon de quitter le service, on fût à même de diminuer, et de beaucoup, les craintes des nouveaux-venus dans la carrière; — mais je ne puis plus maintenant me rallier à un optimisme qui, en fait de professions, présente la médecine et la marine réunies comme un mélange d'une grande innocuité.

UN MÉDECIN DE LA MARINE.

(1) Nous n'avons pas cru devoir refuser l'insertion de cette lettre à un confrère dont nous pensons savoir le nom, et des plus recommandables. Nous pensons cependant que la question en litige ne pourrait plus rien gagner à ces calculs partiels. (*La rédaction.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

LA PAROLE A L'ÉTAT NORMAL ET ANORMAL. Note de M. BOUILLAUD. — L'auteur communique un cas d'*aphasie* survenue chez un homme de cinquante-sept ans, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie droite.

La perte de la parole avait été d'abord complète; puis le malade avait prononcé les mots *oui* et *non*, et au dire de l'infirmier, quelques jurons, enfin, trois mois et demi après l'attaque, l'hémiplégie faciale ayant disparu et la jambe n'exécutant que quelques mouvements difficiles, le malade prononce, toujours très-difficilement, un plus grand nombre de mots simples, mais sans pouvoir les assembler en phrases, malgré tous les efforts qu'il fait, surtout quand je vais le voir, ce qui lui cause une satisfaction qu'il me témoigne par des gestes très-vifs. Il continue à donner les preuves les plus manifestes de l'intégrité de son intelligence (de la faculté de compter en particulier). « Un jour, dit M. Bouillaud, je lui présente sa pancarte et le prie de m'en lire quelques mots. Il parvint avec effort, en s'y prenant à plusieurs fois et en épelant, à prononcer son nom : *Pi-car-da*, puis *Picarda*. Il n'a pu prononcer celui de *charretier* (sa profession), mais, au milieu de ses gestes et de ses cris d'impatience, il a proféré d'une manière distincte et sans s'arrêter ce juron : *nom de D...!*

» Comme il sait écrire, j'aurais bien voulu qu'il essayât d'*écrire* quelques mots, mais la paralysie de sa main droite ne le lui permettait pas (j'ai vu des personnes privées de la parole, sans nulle paralysie du membre supérieur droit, écrire avec plus ou moins de facilité). Le 28 février, Picarda prononce assez librement les chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, etc., ainsi que les lettres de l'alphabet, épèle (toutefois certaines lettres, l'*r* en particulier et quelques syllabes, sont pour lui très-difficiles ou même impossibles à articuler). »

L'état du malade était encore le même à la date du 9 juin. M. Bouillaud se propose de démontrer, dans une séance ultérieure, que ce genre d'affection résulte d'une lésion des lobes antérieurs du cerveau.

SOMMEIL. — M. *Ch. Pigeon* adresse une « Théorie du sommeil ». Ce travail sera soumis à l'examen de M. Cl. Bernard.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie : *a.* Une lettre de rappel relative à un mémoire de M. le docteur Girard sur l'emploi de l'oxalate de fer. — *b.* Une lettre par laquelle le sieur *Bidon* demande l'autorisation d'exploiter pour le service médical une source d'eau minérale située à Balaruc. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit *a.* Une note de M. le docteur *Rabuteau* sur les effets physiologiques et thérapeutiques du protochlorure de fer. — *b.* Une lettre de M. *Netter* sur l'absence de tout rapport entre la dysentérie et le typhus. — *c.* Une lettre de M. le docteur *Joulin* qui informe l'Académie qu'il vient de découvrir un nouveau cowpox naturel dans la propriété de M. *Riverain*, à Fleury sous-Meudon.

M. *Broca* présente, au nom de M. *Crétès*, opticien, un ophthalmoscope à réfraction construit d'après les indications de M. le docteur *Wecker*.

M. *Bonnafond* présente un nouveau perforateur du tympan.

M. *Gobley* dépose sur le bureau un ouvrage de M. *Léon Soubeyran* sur l'hygiène alimentaire.

M. *Gubler* offre en hommage à l'Académie : 1° Un travail sur la valeur thérapeutique de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. le docteur *Al. Cottard*.— 2° Une brochure de M. le docteur Antonio Evaristo d'Ornellas sur le vomissement. — 3° Un travail de M. le docteur *Adolphe Brunel* (de la Plata) sur l'emploi de l'*Eucalyptus globulus* dans les fièvres intermittentes.— 4° Une biographie d'Aimé Bonpland, compagnon de voyage et collaborateur d'Al. de Humboldt, par le même auteur.

M. *Barth* présente, de la part de M. *Logerais*, un travail intitulé: DU DIABÈTE SUCRÉ, DE SON TRAITEMENT PAR L'EAU MINÉRALE DE POUGUES (SOURCE SAINT-LÉGER).

RACHITISME. — M. *Barth* donne lecture d'une lettre relatant un cas de rachitisme constaté sur le squelette d'une femme ayant appartenu à l'époque préhistorique de la pierre taillée, et remontant par conséquent à la plus haute antiquité de l'apparition de l'homme sur la terre.

TUBERCULES.—Au début de la séance, M. *Colin* communique à l'Académie une lettre de M. Persillet, vétérinaire à Magnac-Laval, sur la consommation de la viande d'animaux tuberculeux. M. Persillet a fait manger à des canards des morceaux de poumons farcis de tubercules. Les canards s'en sont très-bien trouvés, on n'a pas trouvé traces de tubercules dans leurs organes, et M. Colin le constate avec bonheur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE — M. *Chauffard* prend ensuite la parole pour répondre à ses honorables contradicteurs. Les raisons qu'ils ont données ne l'ont pas convaincu; au contraire, il en conclut qu'il a raison.

Il commence par éliminer M. Briquet, qui part d'un point de vue complétement différent du sien et ne peut naturellement arriver aux mêmes conclusions. M. Briquet admet, en effet, en dépit des faits, des autopsies et de l'opinion générale, que le typhus n'est qu'une forme grave de la fièvre typhoïde; M. Chauffard nie cette identité, il n'y a donc pas moyen de s'entendre.

Arrivant ensuite aux solutions proposées par MM. Fauvel et Bouchardat, l'orateur se demande si ces solutions sont pleinement satisfaisantes et s'il faut admettre sans réserves ces causes banales généralement invoquées : la famine et l'encombrement. Il ne nie pas leur influence sur le développement et l'évolution de la maladie, mais il les croit impuissantes à créer le mal de toutes pièces.

M. Chauffard invoque, à l'appui de sa thèse, des raisons nosologiques et l'examen des faits.

Au point de vue nosologique, qu'est-ce que le typhus? Une fièvre exanthématique et contagieuse qui se range naturellement à côté des fièvres éruptives, avec lesquelles elle offre d'ailleurs une ressemblance singulière par la régularité de sa marche aux différentes périodes de son évolution et jusque dans la marche de la température. On admet, pour ces fièvres éruptives, l'idée de contagion, d'importation ; pourquoi la refuser au typhus exanthématique?

Que disent maintenant les faits? M. Bouchardat a cité trois épidémies consécutives à trois famines : la première en Irlande en 1846, la seconde en Finlande et la troisième, la plus terrible de toutes, celle qui sévit en 1868 dans nos possessions algériennes. Ces faits confirment-ils la théorie de la genèse spontanée du typhus exanthématique? En aucune façon ; car le typhus existait endémiquement dans ces contrées, et la famine ou des misères exceptionnelles n'ont fait que favoriser et activer le développement et l'extension du mal dans ces pays malheureux.

Les faits sur lesquels s'appuie M. Fauvel ne prouvent pas davantage, car en Crimée la contagion de l'armée russe à l'armée anglaise vient s'expliquer par les relations qui existaient incessamment entre les assiégés et les assiégeants; le typhus a pu, en outre, être importé par les prisonniers, et de plus l'armée anglaise se trouvait en partie composée de soldats venus de pays où le typhus est endémique. Les mauvaises conditions hygiéniques invoquées par M. Fauvel ont sans doute favorisé l'extension du mal, elles n'ont pu créer le typhus. Plus tard l'armée française fut atteinte ; elle campait côte à côte avec l'armée anglaise; ici l'importation ne peut être mise en doute.

Pour l'émigration tartare, M. Fauvel admet volontiers la possibilité de cette importation : « Il se peut, dit-il, que les émigrants aient emporté avec eux les germes de la variole et du typhus. » Il est moins positif à propos de l'émigration circassienne ; il rejette l'idée d'importation, et l'on se demande pourquoi; car elle est aussi probable que pour l'épidémie précédente.

Quant aux petites épidémies locales observées sur les côtes de la Bretagne, l'idée d'importation est encore la seule admissible, « à moins de supposer, dit M. Chauffard, une petite famine spéciale, un encombrement limité, localisé, qui aurait été le point de départ, la source de la maladie, ce qui n'est guère probable. »

Les faits que rapportent MM. Fauvel et Bouchardat ne suffisent donc pas pour faire admettre comme causes uniques de la genèse du typhus la famine et l'encombrement, car il est des pays où le mal persiste même quand ces causes ont disparu. « Il y a là, dit M. Chauffard, un je ne sais quoi qui entretient le mal; peut-être est-ce une influence de climat ou de race. Je ne puis naturellement résoudre le problème et je me contente de l'exposer. »

Quant à la partie doctrinale du travail de M. Fauvel, M. Chauffard l'a lue avec peine ; il s'étonne qu'un esprit aussi élevé, aussi lucide, puisse trouver quelque analogie entre le typhus et la septicémie de M. Davaine.

En somme, M. Chauffard maintient sa doctrine de l'influence de la race sur l'étiologie du typhus, et les discours de MM. Fauvel et Bouchardat n'ont guère modifié ses idées. Il fallait s'y attendre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 MAI 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CHASSAIGNAC.

DE LA RÉSECTION DU COCCYX COMME MOYEN DE FACILITER LA DÉCOUVERTE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RECTUM DANS LES CAS D'IMPERFORATION DE L'ANUS.

M. *Verneuil* a remarqué depuis longtemps que la résection du coccyx agrandit considérablement le champ opératoire pour la recherche de l'extrémité inférieure du rectum dans les cas d'imperforation de l'anus. Il y a plus de dix ans, on lui apporta un enfant dont l'anus était normalement configuré; mais une cloison se trouvait à un centimètre au delà. La recherche de l'extrémité inférieure du rectum ne donna aucun résultat ; M. Verneuil dut pratiquer l'opération de Littre. A l'autopsie de l'enfant, on vit que l'ampoule rectale n'était qu'à un centimètre au-dessus de la cloison et la résection du coccyx eût permis d'y arriver facilement.

En 1857, puis en 1862, M. Verneuil proposa l'excision du coccyx dans les discussions qui eurent lieu à la Société de chirurgie; il rejetait la ponction, qui peut à peine être de quelque utilité pour le diagnostic.

En 1869, M. Verneuil fit l'entérotomie périnéale sur un enfant âgé de quatre jours; l'anus était bien conformé, mais imperforé. Un médecin avait déjà fait sans succès une ponction avec le bistouri. M. Verneuil incisa couche par couche, ponctionna l'ampoule rectale, qui fut fixée à la peau par des points de suture; guérison. L'enfant retenait bien ses matières; mais il mourut quelques semaines après à la campagne; les parents ne purent donner des renseignements sur la cause de la mort. Dans ce cas, la résection du coccyx n'avait pas été nécessaire.

M. Verneuil a eu l'occasion de faire cinq fois la résection du coccyx.

En 1864, on lui apporta un enfant âgé de dix jours : la région périnéale n'était pas distendue même pendant les cris. Incision médiane depuis la racine des bourses jusqu'au coccyx; dissection jusqu'à 15 millimètres de profondeur. Vers le coccyx, on voit une saillie brunâtre ; résection de 6 millimètres de cet os : la tumeur devient plus apparente et on l'incise. Issue d'une grande quantité de méconium. Pour retrouver l'intestin vidé, il fallut retrancher encore 5 millimètres du coccyx. L'intestin fut alors abaissé et rapproché de la peau, de manière à éviter une infiltration des matières fécales. Guérison en trois semaines. Un rétrécissement se produisit dans l'espace compris entre la peau et le bord inférieur de l'intestin; la dilatation avec le doigt en eut raison. Le malade guérit sans incontinence.

En 1866, on présenta à M. Verneuil un garçon âgé de quatre jours. Ventre ballonné; état général mauvais; périnée bien conformé; infundibulum anal ayant la profondeur de 13 millimètres. Incision de la pointe du coccyx à l'anus; arrivé à 2 centimètres de profondeur, le chirurgien ne rencontre pas le rectum. Résection de 1 centimètre de coccyx; alors se présente une saillie livide; la dissection est continuée. Avant d'ouvrir l'ampoule, on la fixe par quatre fils, deux de chaque côté. L'incision donne issue au méconium. On serre les sutures, mais l'intestin reste distant de la peau de 7 ou 8 millimètres. L'enfant meurt quarante-huit heures après l'opération.

En 1868, M. Verneuil eut l'occasion d'opérer une fille née depuis quelques heures seulement. Au niveau de l'anus, raphé convexe ; la sonde introduite dans le vagin ne donne aucune indication. Incision allant du coccyx à la commissure de la vulve. Dissection vers le coccyx, en se guidant avec la sonde restée dans le vagin. La résection du coccyx permet d'arriver facilement sur l'ampoule rectale. L'enfant meurt neuf jours après l'opération.

En 1872, un enfant du sexe masculin né avant le terme de la grossesse fut opéré quarante-huit heures après sa naissance. Résection de 8 millimètres de coccyx; la tumeur stercorale apparaît; on la fixe avec des fils d'attente avant de l'ouvrir. Huit points de suture métallique. L'enfant perdit beaucoup de sang ; l'hémorrhagie se reproduisit les jours suivants. Au huitième jour, épididymite aiguë ; au vingt et unième jour, hydrocèle et plus tard érysipèle partant du scrotum et gagnant le périnée. Mort au trente-cinquième jour par péritonite.

Le 29 novembre 1872, on apporta à M. Verneuil un garçon né cinquante et une heures auparavant. Ventre ballonné, quelques vomissements. Le périnée paraissait fluctuant; il existe un petit tubercule rougeâtre au niveau de l'anus ; saillie au périnée pendant l'effort. Incision profonde de 2 centimètres ; rien. Alors, résection du coccyx, ce qui permet de continuer la dissection. M. Verneuil rencontre un cordon qu'il ponctionne : issue de quelques bulles de gaz. Le cordon peu mobile qui représente le rectum se continue en bas ; il est fixé à la peau par une suture. A la fin du premier mois, l'enfant eut une pneumonie. On fit régulièrement la dilatation de l'anus ; l'enfant guérit sans incontinence. De temps en temps l'urine s'écoulait en partie par l'anus ; il y avait une fistule uréthro-rectale, mais le plus souvent la miction s'opérait par la verge.

En résumé, M. Verneuil a opéré cinq garçons et une fille ; il n'existait aucun autre vice de conformation. Quatre fois l'anus était bien conformé. Rien n'a indiqué à l'avance la profondeur de l'ampoule rectale : il fallut aller sans guide à la recherche de l'intestin. M. Verneuil considère la ponction de l'ampoule comme dangereuse et ne pouvant être qu'un moyen de diagnostic. Dans les six cas, il n'a pas été obligé de recourir à l'opération de Littre ; en faisant la dissection sur la ligne médiane, on ne lèse pas d'organes importants. Dans les cinq dernières observations, le succès opératoire est attribué par M. Verneuil à la résection du coccyx.

La résection du coccyx, même lorsqu'elle n'est pas indispensable, facilite beaucoup l'opération et en abrége les temps. Après cette résection, M. Verneuil a toujours rencontré l'intestin après quelques minutes de recherches. Cette résection facilite également la suture de l'intestin à la peau et prévient ainsi l'infiltration des matières et les rétrécissements consécutifs. Si le cul-de-sac du rectum est très-élevé et peu mobile, on doit craindre d'en déchirer par les tractions les parois si fragiles ; après la résection du coccyx, l'abaissement du rectum est moins nécessaire, car on peut le porter plus en arrière pour le fixer à la peau. C'est ce qu'a fait M. Verneuil dans trois cas ; l'anus ainsi reporté plus en arrière fonctionne très-bien plus tard. Les opérations de M. Verneuil ont été faites deux fois sur des enfants chétifs et nés avant terme, et deux fois sur des enfants presque *in extremis*. En voici le résultat : une guérison datant de neuf ans ; une guérison datant de six mois; deux succès opératoires confirmés au bout d'un mois; un enfant mort au neuvième jour; enfin, un enfant mort au deuxième jour. En tout quatre morts, par sclérème, érysipèle, épuisement, et le quatrième sans cause connue.

Ces résultats sont encourageants. L'anus reporté en arrière ne donne pas d'incontinence des matières fécales; il y aurait plutôt une tendance à la coarctation, que l'on arrive à vaincre par l'introduction journalière du petit doigt. En résumé, l'entérotomie périnéale est la méthode d'élection, et la résection du coccyx atténue les difficultés de l'opération et en abrége la durée. Cependant la résection du coccyx n'est pas toujours nécessaire.

M. *Trelat.* L'opération de M. Verneuil est un agrandissement de la méthode anale, qui permettra de trouver au périnée l'intestin plus souvent qu'autrefois. En reculant l'incision en arrière, on se rapproche naturellement beaucoup plus de l'ampoule rectale; on l'atteint plus facilement. Mais quand l'intestin est très-haut, même avec la résection du coccyx, on ne le trouvera pas et il faudra en venir à l'opération de Littre, à moins de remonter jusqu'au sacrum.

M. *Verneuil* veut, avec son procédé, aller vite et arriver aux dernières limites de l'entérotomie périnéale. Mais il est évident qu'il y aura des cas qui resteront au-dessus des ressources périnéales.

M. *Guyon* a mis en pratique le procédé de M. Verneuil; cela n'est ni difficile ni dangereux. Il n'a pu trouver l'intestin et a dû recourir à l'opération de Littre.

M. *Tillaux* a fait la ponction avec un gros trocart et a obtenu des guérisons. Dans les cas faciles où l'on sent le cul-de-sac, la ponction est sans danger; pourquoi ne pas la faire? pourquoi alors compliquer le manuel opératoire? Les enfants ainsi opérés auront-ils un rétrécissement plus tard?

M. *Verneuil.* Les succès analogues à ceux de M. Tillaux peuvent être notés; il y en a peu de durables; des rétrécissements se formeront plus tard. Quand M. Verneuil trouve l'intestin, il ne fait pas la résection du coccyx; et dans les cas rencontrés par M. Tillaux il n'aurait pas fait cette résection. La chose fondamentale dans la méthode, c'est la suture de la muqueuse à la peau; c'est ainsi qu'on peut réussir d'une façon durable.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

OBSERVATION D'INTOXICATION MERCURIELLE ET SATURNINE : M. BOUCHARD. — LA CONTRACTION MUSCULAIRE EST LA CAUSE DE L'ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE DANS LE TÉTANOS ARTIFICIEL : M. MURON. — OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE URÉMIQUE AVEC ÉLÉVATION DE TEMPÉRATURE : M. CORNIL. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA TRIMÉTHYLAMINE : M. LABORDE.

M. *Bouchard* complète l'observation qu'il a rapportée dans la dernière séance, par le compte rendu de l'autopsie du malade qui avait succombé à des accès éclamptiques. On a trouvé entre autres particularités des altérations très-profondes des reins, dans les glomérules, dans les tubes urinifères, ceux-ci présentaient des concrétions pierreuses; du mercure a été retrouvé dans les reins, et dans le cerveau on a constaté la présence du mercure et du plomb. L'analyse du sang n'est pas encore terminée. M. Bouchard pense que les reins étaient encore perméables aux sels, mais que l'élimination de l'urée surtout et de l'acide urique était considérablement diminuée. M. Rabuteau remarque à propos de ce fait que, à l'état physiologique, l'élimination de l'urée et celle de l'acide urique semblent diminuer ou augmenter simultanément, mais qu'il n'y a pas un rapport inverse entre les quantités d'acide urique et d'urée éliminées, ce qui devrait être observé si l'acide urique provenait de la décomposition de l'urée.

— M. *Muron* a institué une série d'expériences destinées à démontrer la cause de l'élévation de température dans le tétanos artificiel produit par l'action toxique de la strychnine. Il en conclut que l'élévation de température imputable à l'action du système nerveux central est très-faible, elle équivaut à un dixième de degré. Lorsqu'on supprime par le curare l'action musculaire, la strychnine ne produit pas d'élévation de la température, mais plutôt un abaissement. En outre, l'asphyxie lente ne produit pas d'élévation de température. La seule cause pouvant expliquer suffisamment l'augmentation de la température dans le tétanos strychnique est donc la chaleur produite par la contraction tonique musculaire, contraction qui ne produisant pas de travail mécanique extérieur accumule la chaleur. Ces faits seraient susceptibles d'applications dans la pathologie du tétanos lorsqu'il y a augmentation de température.

Une discussion s'engage au sujet de l'importance et de la valeur de ces applications, il en résulte les conclusions générales suivantes : d'une part, MM. Charcot et Bouchard, se basant sur les observations cliniques et sur des expériences, ne croient pas que les données expérimentales sur le tétanos strychnique soient applicables à l'étude du tétanos pathologique, dont les phénomènes sont bien plus complexes. Les contractions toniques s'accompagnent d'élévation de la température générale; cependant il y a des cas où l'élévation n'est pas observée; les contractions toniques seules, dans le tétanos par la fadarisation et même par la fève de Calabar peuvent augmenter la température. M. Liouville rappelle ses expériences sur l'action du carbonate d'ammoniaque injecté sous la peau, dans lesquels il y avait des convulsions toniques et cloniques avec dépression de la température générale.

M. Carville a observé, chez un chien empoisonné par l'extrait thébaïque des convulsions toniques sans augmentation de température. D'autre part, MM. Cl. Bernard, Laborde, Muron, Rabuteau, rappellent que, s'il est un fait bien démontré expérimentalement, c'est l'augmentation de température produite par la contraction musculaire statique, c'est-à-dire sans travail mécanique extérieur. Compris dans ces termes, les arguments invoqués dans le cours de la discussion conservent toute leur valeur. Mais ils ne suffisent ni les uns ni les autres pour conclure à une théorie de l'élévation de la température dans le tétanos pathologique.

— M. *Cornil* a cité une observation d'urémie chez un saturnin, apparue brusquement, suivie de coma et de mort, dans laquelle il y a eu élévation de température (39°,2 C.), au lieu de l'abaissement ordinairement signalé. Malheureusement l'autopsie manque et aurait pu donner à ce fait une explication, ou lui assurer une plus grande valeur.

— M. *Laborde*, ayant à compléter sa communication sur l'action physiologique de la triméthylamine, donne les conclusions suivantes que l'heure avancée l'empêche de développer :

1° La propylamine dite impure ou triméthylamine dont on a fait usage récemment dans le traitement du rhumatisme articulaire, exerce primitivement son action sur le système nerveux central, spécialement sur le centre myélitique. Cette action se traduit à la dose physiologique par une excitation et une exaltation des troubles fonctionnels de la moelle, notamment de l'excito-motricité et consécutivement par l'excitation des fonctions respiratoire et circulatoire, d'où l'accélération des mouvements cardiaques. A la dose toxique, la dépression générale succède à cette action excitatrice, et à cette période seulement, c'est-à-dire sous l'influence de hautes doses, il y a ralentissement du pouls cardiaque et abaissement de la température. La mort se produit par asphyxie cardio-pulmonaire terminale. Absorbée par l'estomac, la triméthylamine peut être tolérée, chez le chien, jusqu'à la dose moyenne de 3 grammes sans provoquer le vomissement. Elle détermine localement, surtout à la longue, une irritation locale qui se traduit sur la muqueuse des organes digestifs, notamment de l'estomac et du duodénum, par de l'inflammation catarrhale, de l'injection, des ulcérations superficielles; — et dans le tissu cellulaire sous-cutané, lorsqu'elle y est injectée, par de

véritables eschares; elle peut déterminer aussi l'*hématurie* liée à la congestion hémorrhagipare des reins.

2° L'action physiologique du *chlorhydrate de triméthylamine* est, au fond, la même que celle de la triméthylamine, mais elle en diffère grandement par sa moindre intensité : c'est à peine si le sel produit, à dose double, les effets de la base. Pas plus l'une que l'autre ne doivent être considérées comme des modificateurs directs des éléments et de la contractilité musculaire, ni par conséquent comme des poisons dits cardiaques.

3° Au point de vue de l'action physiologique primitive sur le système nerveux central, la triméthylamine et le chlorhydrate de triméthylamine offrent une réelle analogie avec les composés ammoniacaux, en général, notamment avec le chlorydrate et l'acétate d'ammoniaque; mais ils s'en éloignent totalement quant à l'intensité des effets produits, toutes choses égales d'ailleurs. Les effets du chlorhydrate et de l'acétate d'ammoniaque, en particulier, vont jusqu'à l'action convulsive tétanisante; c'est à peine si l'action de la triméthylamine et de son chlorhydrate arrive jusqu'au tremblement musculaire et à l'exagération des principaux actes fonctionnels de la moelle.

4° Relativement aux applications thérapeutiques qu'il est permis de déduire de ces résultats expérimentaux, elles semblent être en harmonie avec celles que l'empirisme a jusqu'à présent suggérées.

A la dose physiologique, la triméthylamine et le chlorhydrate de triméthylamine, la première surtout, sont des excitants fonctionnels généraux; ils activent et accélèrent, momentanément d'ailleurs, la circulation plutôt qu'ils ne la dépriment et la calment; cette dépression n'est le résultat que des doses élevées et continues, et les doses ne sont pas d'une entière innocuité, en raison de l'action irritante locale de ces substances sur les organes digestifs et uro-poiétiques. On ne saurait donc voir, d'après les données expérimentales, dans la triméthylamine, pas plus que dans son sel, de véritables antipyrétiques. Et quant à leur action excitante et stimulante, elle est bien inférieure en efficacité et en sûreté à celle des autres composés ammoniacaux déjà en usage, certainement du chlorhydrate, de l'acétate d'ammoniaque, lesquels peuvent et doivent être employés à doses moindres.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Action comparée de l'éther et du chloroforme comme agents anesthésiques.

L'agitation qui s'est faite en Angleterre sur la question du choix des anesthésiques, depuis un an, a eu pour résultat de provoquer l'attention des praticiens sur les divers symptômes, sur l'étude de la marche de l'anesthésie par ces deux agents. Il semble que l'éther ait repris faveur, dans les hôpitaux de Dublin en particulier.

Le nombre d'inhalations pratiquées dans les hôpitaux de Dublin jusqu'au 1er avril, et sur lesquelles le *Comité d'éther et de chloroforme*, nommé par la Société chirurgicale d'Irlande, a recueilli des informations précises, est de 226. Les premiers résultats de cette enquête semblent favorables à l'éther. En effet, en les comparant, on voit que sur 210 cas où l'inhalateur de Morgan a été employé, il n'y a eu que 11 cas de vomissements, dont 6 après l'administration de l'éther et 5 pendant l'administration; dans aucun cas on n'a observé d'accidents pouvant faire craindre un danger. Les limites du temps nécessaire pour produire l'anesthésie ont varié entre 2 minutes et 8 minutes en moyenne, et de 1 à 18 minutes comme termes extrêmes. La durée de l'anesthésie a varié entre 3 et 25, 50, même 80 minutes. La quantité d'éther variant entre ces limites très-éloignées de 1 à 6 onces, soit 180 grammes et même jusqu'à 200 grammes.

Le chloroforme n'a été administré que 9 fois; la plus grande quantité s'élevant à 15 grammes, la plus petite à 4 grammes. La durée de la période nécessaire pour produire l'anesthésie a varié de 3 à 8 minutes. La période de l'anesthésie complète a varié entre 4 et 15 minutes. Ces chiffres confirment en général ce que l'on connaît sur la puissance comparée de l'éther et du chloroforme : action plus prompte et avec petites doses du chloroforme; action moins rapide, plus facile à prolonger de l'éther, à condition d'employer des doses considérables (8 onces, 250 grammes d'éther!). Ces documents sont intéressants, parce que l'argument principal opposé à l'emploi de l'éther est que les éthérisations étant moins nombreuses que les chloroformisations, il était difficile d'établir la proportion relative des accidents. Les partisans de l'éther ont pris une détermination très-logique et qu'on aurait peine à blâmer à un moment où les morts par le chloroforme semblent se multiplier, à savoir, de multiplier les statistiques de l'éthérisation; nous souhaitons qu'elles tendent à prouver que l'éther est plus inoffensif que tout autre agent, sans espérer qu'elles en démontrent l'innocuité complète. (*Medical Press and Circular*, mai 1873.)

Injections d'ammoniaque dans les veines contre la morsure des serpents et le choc traumatique, par le docteur Halford.

Nous avons déjà signalé les succès du docteur Halford dans la cure des accidents produits par les morsures de serpents (*Gaz. hebd.*, 1870, page 95). Ce médecin rapporte six nouveaux cas ainsi traités. Dans tous, les symptômes d'empoisonnement étaient très-marqués. La guérison s'est produite cinq fois, et dans le cas suivi de mort il s'agissait d'un enfant de cinq ans. Dans un cas, l'ammoniaque ayant été administrée par la bouche, avait été rejetée par les vomissements. Le docteur Halford pense que l'injection veineuse d'ammoniaque peut être appliquée dans d'autres accidents. Ainsi le docteur Tibbits (*Medical Times and Gazette*, 2 novembre 1872) rapporte l'observation d'une injection veineuse pratiquée avec le plus grand succès chez un homme présentant un collapsus profond à la suite d'un accident de chemin de fer. On ne peut injecter l'ammoniaque dans le tissu cellulaire à cause de ses effets inflammatoires, et d'ailleurs cet agent est bien plus rapidement absorbé par les veines. La dose employée par l'auteur est de 10 minimes d'ammoniaque liquide pour 20 minimes d'eau, c'est-à-dire, chez l'adulte, 50 centigrammes d'ammoniaque pour 1 gramme d'eau. Chez les enfants la dose doit être diminuée, suivant l'âge, soit 25 centigrammes d'ammoniaque pour 15 décigrammes d'eau. On peut répéter les injections autant de fois qu'il est nécessaire. Ce mode de traitement paraîtra peut-être trop chirurgical, mais quand il s'agit d'accidents aussi rapidement mortels que les morsures de serpent les produisent, on concevra que la hardiesse est excusable en présence des faits heureux déjà nombreux, signalés par le docteur Halford. (*Australian medical Journ.*, décembre 1872.)

Vaginisme dans l'empoisonnement saturnin, par le docteur Neftel.

L'auteur a eu l'occasion de constater plusieurs fois ce phénomène peu connu de la production du vaginisme dans l'empoisonnement par les sels de plomb. En 1868 il publiait (dans le *Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaft*) trois observations de jeunes femmes ayant souffert à un haut degré de vaginisme, par suite de l'emploi de cosmétiques renfermant des sels de plomb. Dans le fait nouveau, il s'agit d'une actrice qui fut atteinte de vaginisme; il y avait du plomb dans les urines, et il se produisit une attaque de coliques de plomb. Le traitement de l'empoisonnement saturnin dans ces divers cas amenait la guérison du vaginisme. (*Brown-Sequard's Archives of Practical medicine*, mai 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Du service de la pharmacie militaire, son importance, sa situation actuelle, réformes à introduire dans son organisation, par C. Roucher. — Paris, J. B. Baillière. (Septembre 1871.)

Réflexions sur les rapports entre la pharmacie et la médecine militaires, par le même. — Paris, J. B. Baillière, 1872.

Du corps des pharmaciens militaires, son rôle dans les établissements hospitaliers, aux armées actives et près de l'administration supérieure de la guerre, par le même. Paris, — J. B. Baillière. (Mars 1873.)

L'Académie venant d'être priée par le ministre de la guerre de donner son opinion sur une question qui, sans passionner beaucoup le grand public, pourrait cependant avoir un certain retentissement, le moment paraît opportun pour jeter un coup d'œil d'ensemble sur une série de brochures qu'un pharmacien de l'armée, M. C. Roucher, a publiées depuis deux ans. La dernière, plus complète que les précédentes, vient de paraître il y a trois mois seulement. Inspirée par les circonstances, elle semble devoir être un véritable *mémoire à consulter* pour les juges du camp, c'est-à-dire les membres de l'Académie.

Au fond, ces brochures ont toutes les trois sinon la même forme, du moins une grande similitude d'idées; chose d'ailleurs toute naturelle. M. C. Roucher a pris en main la cause de la pharmacie militaire; il combat, non pas seulement *pro aris et focis*, mais bien plus (dit-il), pour l'intérêt du service, pour celui de l'armée. Nous n'en voulons pas douter; et c'est en effet sur ce terrain, plus vaste, plus élevé, qu'il faut se placer, en se dégageant de toutes idées de personne ou d'intérêt de corporation.

Il convient donc de détacher complétement du débat la question du mérite des pharmaciens militaires actuels. M. Roucher rappelle leurs travaux, leurs succès, les honneurs académiques dont ils sont couronnés; personne ne saurait les contester. Le corps des pharmaciens militaires a renfermé de brillantes individualités devant lesquelles chacun s'incline; il en renferme encore, nous n'en doutons pas, que l'on pourrait citer ici même si ce n'était blesser leur modestie. La moyenne du corps est aussi très-bonne, l'habitude du travail y est générale, et, grâce aux loisirs que laisse en temps de paix le service dans les hôpitaux aux pharmaciens comme aux médecins, les premiers en profitent pour se perfectionner dans l'étude de la chimie pure ou appliquée, des sciences naturelles, etc. Par une réserve facile à comprendre, M. Roucher n'a pas cru devoir beaucoup insister sur les mérites de ses collègues; nous sommes heureux de le faire à sa place.

Il ne s'agit donc pas des personnes, que nous respectons, mais du service en lui-même, dont le fonctionnement paraît prêter à la critique.

M. Roucher, dans un chapitre spécial de ses brochures, retrace les attributions complexes du service pharmaceutique de l'armée, le rôle et la nécessité des pharmaciens militaires. Il comprend, suivant lui : l'achat des médicaments et l'examen de ces mêmes substances par les commissions pharmaceutiques, auxquelles un médecin est admis pour être *témoin de la manière dont opèrent ces commissions*; la manipulation des drogues aux pharmacies centrales de Paris ou de Marseille, la préparation des médicaments dans les hôpitaux et la comptabilité qu'entraîne naturellement ces opérations. En campagne, ils sont encore utiles, suivant l'auteur, pour la répartition des denrées médicamenteuses dans les ambulances actives; la présence de pharmaciens y serait nécessaire pour la distribution des médicaments, qui, si elle était confiée à des médecins, tendrait à les détourner de leur but spécial : la chirurgie active, et cela au moment même où, quoi qu'on fasse, leur nombre sera toujours en disproportion des besoins. De plus, les infirmeries régimentaires et les infirmeries vétérinaires des corps de troupe s'approvisionnent en temps de paix dans les pharmacies centrales, en temps de guerre à la réserve du corps d'armée. Enfin, les pharmaciens militaires sont, par la nature de leurs études, des experts naturels auxquels le ministère de la guerre adresse des demandes d'informations ou d'analyses sur une foule de questions intéressant l'alimentation, le vêtement, l'équipement des troupes. M. Roucher prouve l'importance de cette branche du service en citant les questions ainsi adressées à un seul pharmacien pendant une période de temps relativement minime.

Que veut-il prouver ainsi? La nécessité d'un service pharmaceutique fonctionnant dans l'armée et pour l'armée; la nécessité de déférer à des experts-chimistes des analyses importantes? Mais il serait insensé de la contester un seul instant, et personne n'a vraisemblablement émis un doute à ce sujet. Aucun médecin sérieux ne pourra mettre en question l'avantage qu'il retirerait à avoir à sa disposition et à côté de lui un pharmacien dévoué qui s'associerait à ses recherches, à ses tentatives. Cependant, dans l'état actuel de la législation militaire, le médecin n'a pas, croyons-nous, le droit de s'adresser ainsi au pharmacien de son hôpital; n'ayant sur lui aucune action directe, il ne peut que demander au sous-intendant d'inviter le pharmacien à procéder à telle ou telle analyse, ce qui dans la pratique rend la chose à peu près impossible ; M. Roucher en conviendra lui-même. Que dans maintes circonstances une entente basée sur une estime commune et sur le désir de bien faire, puisse suppléer à cette lacune, c'est évident, mais en somme un peu aléatoire. Du reste, liés par le formulaire des hôpitaux militaires, les médecins militaires ne peuvent en aucune façon se livrer à des recherches sur les médicaments nouveaux, et puisque M. Roucher cite l'exemple des heureux résultats obtenus à l'hôpital civil de Strasbourg par les travaux communs des professeurs chefs de service et du regretté pharmacien de cet hôpital, M. Hepp, que nous avions appris à aimer et à estimer, croit-il qu'une semblable association soit possible dans les hôpitaux militaires? Lorsqu'un médecin veut expérimenter de nouveaux médicaments, il doit au préalable adresser une demande au sous-intendant, qui la transmet au ministre, lequel consulte le Conseil de santé; ce dernier étudie la question, adresse un rapport; le ministre, ou plutôt les bureaux incompétents statuent; on transmet un ordre d'achat aux pharmacies centrales, qui achètent puis préviennent qu'on peut leur adresser des demandes. Tout cela dure... six mois ou un an, pour le moins, et en attendant le médecin ou bien s'est passé de la substance, ou bien s'en est procuré comme il a pu.

«Jamais, dit M. Roucher (brochure, 1871, page 6), une main posée sur la loi, l'autre sur le fruit légitime de ses veilles, le pharmacien ne consentirait à devenir le servant du médecin. C'est là une des conquêtes de l'esprit des temps modernes sur les préjugés surannés d'un régime tombé sous la force du droit et sous le ridicule à lui infligé par l'un des génies littéraires de notre France.»

Molière n'a que faire en pareille discussion. Il avait couvert du même ridicule apothicaires et médecins; il avait eu raison et rendit service à la corporation même en lui signalant ses défauts. Pour avoir changé de forme, peut-être n'en existent-ils pas moins encore aujourd'hui. Mais là n'est point la question. Non, les pharmaciens ne doivent point être les servants du médecin, mais, comme lui, ceux du *malade*, que l'on perd généralement de vue dans cette discussion. Or, que se passe-t-il donc dans une salle d'hôpital? Le médecin croit utile dans tel cas clinique particulier de faire appel à tel ordre de médicaments; il détermine celui qui paraît le plus approprié, formule la dose, le mode d'administration, et adresse au pharmacien sa prescription. A partir de ce moment, le médecin doit-il se désintéresser de la cause et ne pas avoir le droit d'ap-

préciser si le médicament prescrit a été donné ainsi qu'il l'avait dit, avec ses mêmes doses, dans des conditions de préparation telles que l'effet thérapeutique puisse être obtenu. Est-ce qu'une telle ingérence du médecin dans le traitement du malade constitue un *servage* pour le pharmacien ?

Dans l'ordre civil, si un médecin n'est pas satisfait des préparations pharmaceutiques, il invite le client à changer de pharmacien, au besoin il lui indique même l'officine à laquelle on devra s'adresser; malheureusement certains abusent quelquefois de cette faculté. Mais dans les hôpitaux civils ou militaires on ne peut pas changer de pharmacien. Il faut donc qu'il y ait là un contrôle permanent, de tous les instants. Voudra-t-on que le médecin soit obligé d'écrire une réclamation officielle au directeur de l'Assistance publique ou au sous-intendant militaire pour lui dire que la potion prescrite à tel numéro de telle salle ne lui a pas paru bien préparée? Ce serait presque de la délation; aussi ne le fait-on jamais. Le médecin en chef aura le droit de s'adresser au pharmacien en chef, mais à titre purement officieux, car ces deux fonctionnaires n'ont aucune prise l'un sur l'autre et sont également soumis à la direction du fonctionnaire de l'intendance.

Tout ceci paraîtra peut-être trivial, mais c'est cependant ce qui arrive tous les jours; un service ne doit pas seulement être vu de haut, mais aussi dans les détails qui constituent son ensemble.

Si, du reste, on veut voir de haut, prenons le texte même de la première brochure, M. Roucher dit, page 21 : « Nous arrivons à un point délicat que nous traiterons néanmoins franchement et sans embarras — il s'agit de la suprématie de l'intendance sur le corps de santé —. Quelle que soit son importance pour la constitution administrative de l'armée, *c'est une question fort secondaire*, et par conséquent en dehors de nos propres préoccupations, que celle de la réunion, dans les mêmes mains, de la direction et du contrôle administratif. *Les médecins ont peu à faire dans ce débat*, auquel ils ne se sont parfois mêlés que dans le but de profiter d'une chute qu'ils poursuivaient de leurs vœux. »

Voilà qui est bien entendu, les médecins n'ont pas à se mêler des grands intérêts sanitaires de l'armée ; c'est une question fort secondaire et qui ne touche que les intendants, et ils n'ont que faire dans le débat qui se livre en ce moment sur la constitution des services dits administratifs, dont ils ont jusqu'à présent fait partie ! Agents modestes d'exécution, ils doivent donc se borner à traiter seulement les malades qu'on leur confie, et lorsque leur service devient impossible, emprisonnés qu'ils sont par une réglementation surannée, cela ne fait rien encore; que les malades succombent sous le coup d'épidémies qu'on aurait pu prévoir ou tout au moins amoindrir (typhus de Crimée par exemple) ; que des blessés restent deux et trois jours sans soins sur le champ de bataille; cela ne regarde pas les médecins, qui sont irresponsables.

Cette théorie est celle de l'égoïsme, et les médecins de l'armée ne s'y soumettront pas, au moins sans protester. Ils ne cherchent point à s'agrandir en profitant de la chute de tel ou tel système administratif; ils demandent que le sort des blessés et malades militaires soit regardé comme assez important pour qu'on assure à ces derniers des ressources suffisantes en nombre et en qualité. C'est à ce titre qu'ils réclament la direction des services sanitaires où *seuls* ils se croient compétents. Certaines branches de ce service comme la pharmacie, l'administration, ne peuvent être remplies par des médecins; il y faut des spécialités, des hommes distingués par leur savoir, par leur zèle; mais les médecins français partagent avec toutes les autres armées européennes cette opinion qu'un médecin seul est compétent pour diriger l'ensemble.

C'est bien là qu'est le nœud de la question ; M. Roucher, qui déjà, en 1852, occupait une position éminente dans la pharmacie militaire, se souvient sans doute qu'à cette époque, lorsqu'un decret eut réuni les pharmaciens aux médecins sous le nom générique et injuste d' « officiers de santé », un des plus hauts fonctionnaires de l'intendance se félicitait d'avoir ainsi retardé l'émancipation des médecins en leur associant les pharmaciens, et rendu nécessaire l'existence d'une autorité supérieure, celle de l'intendance. Il se servit même, dit-on, d'une expression dont la trivialité, empruntée à la langue de Molière, paraîtrait déplacée. Avec le maintien du système de 1852, avec le parallélisme maintenu entre les pharmaciens et les médecins, il devient impossible de confier à ces derniers la direction du service. Cela ne veut pas dire que les pharmaciens doivent pour cela être amoindris, qu'on les atteigne dans leurs grades ; on a trop parlé de ces choses, du reste, et envenimé un débat que les pharmaciens tendent à transformer en questions personnelles.

Il est certain que M. Roucher fait fi des modifications apportées aux services sanitaires à l'étranger (brochure de 1871, p. 12), et qu'il s'élève contre cette manie d'importation « *grâce à laquelle* la France s'est constamment laissé devancer par d'autres puissances ». — On pourrait dire, au contraire, que si nous avons été abaissés, c'est grâce à notre orgueilleuse indifférence pour tout ce qui se faisait à l'étranger et pour n'avoir pas assez sacrifié à la *manie* des importations.

Mais n'allons pas plus loin. M. Roucher veut le maintien du *statu quo* en ce qui concerne la direction des services sanitaires de l'armée; il trouve sans doute que tout y est au mieux, sauf cependant pour la pharmacie qu'il importe d'agrandir, de fortifier, qu'il faut bien se garder de fusionner avec la médecine ou de lui subordonner. Du malade, il n'en est pas question ; on discute des intérêts de corps, mais les siens jamais. Tel nous paraît être l'esprit de ces brochures que le public impartial lira certainement avec intérêt et qu'il pourra mieux apprécier que par une critique dans laquelle nous aurions été désolé de faire entrer une pensée, un mot qui pussent blesser leur auteur.

D[r] G. Morache.

P. S. -- La commission nommée par l'Académie pour présenter un rapport sur la question des pharmaciens militaires n'a pas encore nommé son rapporteur. M. Dumas aurait demandé à être entendu par la commission.

Index bibliographique.

Essai sur le cancer du rein, par le docteur Em. Neumann, chez Delahaye, 1873.

Cette monographie est un travail d'ensemble intéressant sur une maladie dont la description est généralement négligée dans les traités classiques. A l'occasion d'un fait observé à la clinique de la Charité, l'auteur a réuni les diverses observations les plus modernes éparses dans différents recueils et a fait avec ces éléments un travail d'ensemble qui résume bien l'histoire du cancer rénal.

Du traitement de la coqueluche par l'hydrate de chloral et par le bromure de potassium, par le docteur Pierre Armand.

Les résultats de ce traitement sont établis sur vingt-trois observations recueillies à la Charité de Lyon, dans le service du docteur Chatin. La médication paraît avoir donné des résultats encourageants. Tantôt les deux médicaments étaient successivement administrés ; d'autres fois ils étaient donnés isolément. La dose du bromure variait chez les enfants de $0^{gr},50$ à 1 gramme ; celle du chloral de $0^{gr},40$ à $2^{gr},50$.— L'auteur a soin de noter les contre-indications. Nous croyons avec lui que le chloral, en particulier, serait dangereux dans les cas de coqueluches compliquées de bronchite intense ou de broncho-pneumonie. Sous ces réserves les essais peuvent être continués. Il résulte des observations de M. P. Armand que, sous l'influence de la médication indiquée, les vomissements cessent, le nombre et l'intensité des quintes diminuent sensiblement, et la durée totale de la maladie est notablement abrégée.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE — On nous écrit de Berlin qu'une grande célébrité médicale, le professeur Romberg est mort dans cette ville le 16 juin. Un jubilé avait eu lieu en son honneur le 29 mars 1867.

La SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE (*Association française contre l'abus des boissons alcooliques*) a tenu sa première séance solennelle, sous la présidence de M. Hippolyte Passy, membre de l'Institut, le dimanche 15 juin.

Après une allocution chaleureuse et vivement applaudie du Président (que nous publierons dans le prochain numéro), et un compte rendu sommaire du secrétaire général, M. le docteur Lunier, l'Assemblée a entendu deux excellents rapports sur les prix par MM. Edmond Bertrand et Magnon, et une lecture très-intéressante de M. le docteur Achille Foville sur les asiles d'ivrognes aux États-Unis.

Voici les noms des lauréats :

Pour la première question mise au concours (nouvelle, conte, sentence ou publication illustrée) : — *Prix* de 500 francs et une médaille d'argent à mademoiselle Louise Gérald, du département du Gard. — *Récompenses* de 200 et 100 francs et médaille d'argent à MM. Alfred des Essarts, conservateur à la Bibliothèque Sainte-Geneviève, et Victor Champier, publiciste, à Paris. — *Médailles d'argent* : A madame Pauline Boulanger, professeur à Paris; à MM. Brecherie, bibliothécaire de la ville de Château-Gontier; Frédéric Pelon, chef d'institution, à Valence (Drôme); le docteur Barbier, à Saint-Symphorien-de-Lay (Loire), et Jules Volade, homme de lettres, à Paris. — *Médailles de bronze* : à MM. Nonus, instituteur à Maresquel (Pas-de-Calais); Antony Rouillet, avocat, à Paris; Josse, instituteur à Boursies (Nord); Fleury, instituteur à Ormes (Eure), et le docteur Fournier, à Rambervillers (Vosges).

(32 mémoires avaient été envoyés.)

Pour la seconde question (moyens pratiques de substituer l'usage des boissons salubres à celui des liqueurs alcooliques) : — *Récompense* de 200 francs avec médaille d'argent : à M. Leclerc, pharmacien à Versailles. — *Médaille d'argent* : A M. Cornevin, vétérinaire à Montigny-le-Roi (Haute-Marne). — *Médaille de bronze* : A M. Nada. — *Encouragement* : A M. Fleury, instituteur à Ormes.

(7 mémoires avaient été envoyés.)

SAGES-FEMMES. — Il paraît que le gouvernement se dispose à donner satisfaction à un vœu formulé il y a peu de temps à l'Académie de médecine, en autorisant les pharmaciens à délivrer le seigle ergoté sur la prescription des sages femmes diplômées, moyennant certaines garanties.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Une commission vient d'être désignée pour procéder à l'examen : 1° de la proposition de M. Le Royer et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine et d'une École supérieure de pharmacie à Lyon; 2° de la proposition de M. Fourcand et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine et de pharmacie à Bordeaux; 3° de la proposition de M. Gatien-Arnoult et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine à Toulouse; 4° de la proposition de M. Lallié et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine à Nantes; 5° de la proposition de M. Vente et de plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine à Lille.

Ont été élus : 1er bureau, M. Paul Besson. — 2e, M. Emmanuel Arago. — 3e, M. Lallié. — 4e, M. Thomas. — 5e, M. Michal-Ladichère. — 6e, M. Roussel. — 7e, M. Naquet. — 8e, M. de Mahy. — 9e, M. Paris (Pas-de-Calais). — 10e, M. Ducarre. — 11e M. Jourdan. — 12e, M. Bert. — 13e, M. de Salvandy. — 14e, M. Bouisson. — 15e, M. Bertauld.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Nous avons donné, dans notre dernier numéro, la liste des membres du conseil. Il restait à élire, par le conseil lui-même, quatre membres pris dans l'*enseignement libre*. Ont été élus : Le frère Joseph, directeur de l'École commerciale du faubourg Saint-Antoine; M. de la Ruelle, directeur de l'École industrielle de Rouen; M. l'abbé Bourgeois, directeur de l'École d'enseignement secondaire libre de Pontlevoy; M. Aubert, président de l'Association des chefs d'institutions libres des départements de la Seine, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise.

En outre, MM. Patin et Beulé ayant donné leur démission, l'Institut, réuni le 11 juin en assemblée générale, a élu à leur place MM. Nisard, de l'Académie française, et Delaborde, de l'Académie des beaux-arts.

CHOLÉRA. — On écrit de New-York, 17 juin : « Le choléra a éclaté à Cincinnati. A Memphis et à Nashville, il y a journellement une moyenne de 15 morts, parmi les nègres principalement.

— La quarantaine est levée à Widdin, ainsi qu'à Routschuk, le choléra ayant entièrement disparu des pays qui sont en relations maritimes avec ces deux ports.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. — D'après le relevé des étudiants de l'Université de Strasbourg qui vient d'être publié, on compte pour le semestre d'été actuel 472 étudiants et 28 auditeurs bénévoles : ensemble 500. Dans ce nombre, la Faculté de médecine figure pour 128. Sur la totalité des étudiants, on ne compte que 2 Français.

EXPOSITION DE VIENNE. — Les médecins qui visiteront l'Exposition de Vienne seront heureux d'apprendre que, dans une de ses dernières séances, la proposition du docteur Jurié, d'admettre les médecins étrangers à assister à ses discussions, a été adoptée à l'unanimité.

— Par décision en date du 6 juin, M. le ministre de l'instruction publique a ajourné au 15 janvier 1874 l'ouverture du concours pour quatre places d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Paris, qui devait avoir lieu le 19 novembre 1873. Les sujets de thèses seront communiqués immédiatement aux candidats, qui devront se présenter pour cet objet au secrétariat de l'École.

OPHTHALMOLOGIE. — Viennent d'être nommés professeurs d'ophthalmologie, MM. Jacobson à Kœnisberg, Forster à Breslau, de Graefe à Halle, Voelekers à Kiel, Schmidt à Marbourg, et Soemisch à Bonn. Par décret impérial, ces confrères passent de la situation de professeurs extraordinaires à celle de professeurs ordinaires.

— Une doctoresse du New Hampshire, graduée par le *Female College* de Philadelphie, vient d'être admise par le sultan Abdul-Azis pour le service spécial de ses femmes et de ses enfants.

— Sur l'autorité même du docteur Farr, directeur du *General Registrar*, la plus grande irrégularité règne à Londres dans la *certification* des décès. Cette omission est de 16 pour 100 à Londres, de 25 environ dans le pays de Galles, et de 8, en moyenne, pour toute l'Angleterre. 2,50 pour 100 des décès inscrits étant déclarés sans nom de médecin traitant ayant pu déclarer la nature de la maladie, il s'ensuit que, dans 5,50 pour 100 des décès, cette formalité est négligée par les médecins traitants ou ceux qui sont préposés à cet effet. De là le projet de loi présenté à la chambre des Communes pour rendre cette obligation plus efficace. (*Union médicale*).

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 7 au 13 juin 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 0. — Érysipèle, 11. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 46. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 313 (1). — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 21. — Total, 742

(1) Sur ce chiffre de 313 décès, 152 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** La race prussienne : MM. de Quatrefages et Virchow. — **Travaux originaux.** Clinique chirurgicale : Observation de tumeur osseuse (myéloïde) du vomer (exostose spongieuse des fosses nasales, Richet, Ollivier), suivie de réflexions pour servir à l'histoire des exostoses de la face. — Clinique médicale : Notes sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face. — Épidémiologie : Marche générale de l'épidémie de variole de 1869-1872. — **Correspondance.** Mortalité des médecins de la marine. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Action comparée de l'éther et du chloroforme comme agents anesthésiques. — Injections d'ammoniaque dans les veines contre la morsure des serpents et le choc traumatique. — Vaginisme dans l'empoisonnement saturnin. — **Bibliographie.** Du service de la pharmacie militaire. — Réflexions sur les rapports entre la pharmacie et la médecine militaire. — Du corps des pharmaciens militaires. — Index bibliographique. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude générale des maladies régnantes et des constitutions médicales observées à Lyon de 1864 à 1873, recueil des comptes rendus présentés à la Société de médecine de Lyon au nom de la Commission permanente des maladies régnantes, par le docteur Fonteret. 1 vol. in-8 de XVI-490 pages. Paris, G. Masson. 4 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 26 juin 1873.

Académie de médecine : La septicémie

Depuis nos appréciations premières sur les expériences désormais célèbres de M. Davaine (voy. *Gazette hebdomadaire*, nos 45 et 47, novembre 1872), des études nouvelles, des expériences multipliées, des faits très-intéressants, ont alimenté à l'Académie la discussion sur la septicémie. Nous avons signalé les divers travaux au fur et à mesure qu'ils se produisaient. La complexité croissante des sujets qui ont eu pour origine la discussion sur l'infection purulente était de nature à décourager les impatients qui espéraient la solution de problèmes dont les inconnues semblent se multiplier; ceux qui demandaient et veulent encore qu'on se contente de la distinction établie, mais non inattaquable, entre la fièvre traumatique, l'infection putride et la pyohémie, peuvent applaudir à ce résultat; mais leur bonne foi ne saura méconnaître l'importance des faits que la discussion a mis en lumière.

A rester dans le domaine des faits et à ne considérer que les communications faites par MM. Bouley, Béhier, Vulpian, etc., on est amené nécessairement à cette conclusion que, dans leurs points les plus importants, les résultats annoncés par M. Davaine sont confirmés. De plus, ces expériences ont mis en relief certaines conditions de la septicémie expérimentale sur lesquelles M. Davaine n'avait pas insisté.

On peut admettre comme démontré que le sang putride acquiert, en traversant plusieurs organismes, des propriétés pyrogènes et phlogogènes progressivement développées, lesquelles sont produites sur le lapin à un degré véritablement surprenant, mais qui, chez les cobayes, les chiens et même le cheval, s'affirment par des accidents graves et par des lésions inflammatoires.

Les propriétés pyrogènes et phlogogènes du sang et des liquides putrides sont démontrées par l'expérimentation, et de plus, en variant les dilutions et la nature des liquides putrides, on a obtenu des phénomènes variables dans leur expression, mais qui semblent représenter les lésions de l'infection putride et même celles de l'infection purulente; enfin, dans certaines conditions, sur le lapin en particulier, la septicémie offre l'allure foudroyante de l'infection putride aiguë.

Outre les lésions locales, outre l'étude des variations de température, ces expériences ont mis en lumière un mode d'altération du sang que M. Davaine avait signalé dès 1869, qu'il a reconnu dans le cours de la discussion, et qu'il admettait de fait en établissant que la septicémie est une putréfaction du sang. Ce mode d'altération consiste dans la présence des bactéries dans le sang des animaux atteints de septicémie expérimentale; il a été maintes fois constaté par MM. Vulpian, Liouville et Béhier, et par la plupart de ceux qui ont répété ces expériences. Cette présence constante des bactéries devait appeler l'attention sur leur rôle en pathologie, et M. Vulpian a bien défini l'état de la question en considérant la septicémie expérimentale du lapin comme une sorte d'affection parasitaire interne, pour laquelle il propose le nom de bactériémie ou mycétémie; mais ce nouveau terme ne peut être considéré que comme l'expression d'un symptôme; il appelle l'attention sur la présence des vibrions dans le sang des animaux mis en expérience, et offre cet avantage de circonscrire la discussion sur un point spécial; en effet, si la bactériémie est synonyme de septicémie expérimentale, on sera autorisé à considérer celle-ci comme une putréfaction, et les bactéries comme le ferment de cette putréfaction. Mais alors il faut qu'il n'y ait pas de bactériémie sans septicémie, pas plus que de septicémie sans bactériémie.

Les documents sont plus nombreux que démonstratifs à cet égard. D'un côté, M. Vulpian a montré que la cyclamine appliquée sur l'œsophage de la grenouille développe la bactériémie chez ces animaux et que celle-ci est transmissible; l'extrait de douce amère produit également une bactériémie transmissible; enfin, M. Chauveau a établi qu'il suffit d'injecter dans le sang un liquide putride renfermant des bactéries pour déterminer la gangrène dans l'opération du bistournage. Mais d'un autre côté, les expériences de M. Onimus prouvent que des bactéries développées au voisinage d'un liquide putride ne produisent pas les accidents septicémiques que détermine le liquide putride.

Si nous rapprochions de ces travaux ceux de Klebs, Wolff, Riess, Hueter et Greveler, nous montrerions qu'en Allemagne, grâce à l'impulsion donnée par Roser à l'étude de l'influence des vibrioniens sur l'organisme des blessés, la question de la septicémie s'est pour le moment concentrée sur ce point particulier des phénomènes septicémiques, à savoir, quel est le rôle et l'influence des vibrioniens dans la septicémie. Actuellement, il n'est pas possible de déterminer la part qui doit être faite à la bactériémie dans la septicémie. On ne connaît pas suffisamment les caractères histologiques ou les caractères génériques et spécifiques des bactéries et des vibrioniens pour oser conclure à leur rôle pathogénique. Il est donc sage de prendre patience, d'attendre que l'on connaisse bien l'histoire des bactéries; nous dirions volontiers qu'il vaudrait mieux pour le moment étudier le rôle des bactéries par rapport à l'organisme animal, que de vouloir faire la moindre déduction de pathologie générale à propos de ces bactéries, si peu connues qu'on en est encore à savoir, comment elles naissent, et, de plus, comment on pourrait distinguer entre elles les bactéries septiques et les bactéries non septiques, celles des boutons de la variole, celles des squames de la scarlatine et de la rougeole.

Quel que soit le point de vue duquel on parcoure le vaste champ des expériences faites sur la septicémie, on trouve donc un grand nombre de faits, des délimitations dans leur classement, mais partout des lacunes qui ne permettent pas encore une vue d'ensemble.

Cependant, à chercher une conception générale, on trouverait que les notions modernes sur la septicémie se rapprochent singulièrement des notions anciennes sur la putridité; et puisque nous arrivons à la partie théorique de notre sujet, nous examinerons rapidement la théorie de M. Davaine telle qu'elle résulte de ses dernières communications.

M. Davaine affirme, avec une netteté de plus en plus accentuée, les déductions que ses expériences peuvent fournir à la pathologie générale. La septicémie expérimentale est une putréfaction; le lapin est un réactif d'une sensibilité extrême, démontrant la putréfaction du sang, la septicémie; par conséquent, dans toutes les affections où le réactif produira son effet, c'est-à-dire où la mort sera déterminée chez ce lapin par inoculation à dose presque infinitésimale du sang du malade, on conclura qu'il y a septicémie. En d'autres termes, si le sang d'un typhoïde, d'un pyohémique, d'un malade atteint de gangrène pulmonaire, produit la réaction septicémique, il faut conclure que la putréfaction existait chez ce malade, que le sang vivant était le siége d'une putréfaction. Comprise dans ces termes, la conclusion de M. Davaine, appuyée sur des expériences contrôlées, ne nous paraît nullement incompatible avec les données de la pathologie générale; nous admettons volontiers que l'élément septicémique peut se rencontrer dans les circonstances les plus variées : la septicémie peut exister comme accompagnement ou comme complication des lésions les plus simples, de pyrexies dans lesquelles les lésions intestinale, cutanée, pulmonaire, peuvent être la cause seconde de la septicémie. Il ne nous répugne nullement de croire que toute maladie infectieuse est une cause de nature toxique ou virulente qui favorise dans le sang le développement de la putréfaction; bien plus, en nous plaçant à un point de vue quasi vitaliste, nous penserions que tout affaiblissement des forces vitales est une condition favorable à l'envahissement de l'économie par la putréfaction, par les germes mycodermiques, par les bactéries et la cohorte des vibrioniens de toute espèce; mais ce que nous ne saurions admettre comme définitivement démontrée, c'est, non pas la valeur du réactif lapin, mais l'application qu'on en viendrait faire à l'étude ou au groupement pathogéniques des maladies. M. Davaine, ayant obtenu la septicémie par inoculation du sang typhoïde, semble tout disposé à considérer la fièvre typhoïde comme une affection septicémique; mais aussi il nie la septicémie dans certains cas de gangrène, dans un cas d'anthrax de la face suivi de pyohémie (fait de Reverdin, dans lequel j'ai constaté la phlébite et la thrombose).

En somme, M. Davaine, confiant dans son réactif, pourrait avec lui passer en revue toute la pathologie, et montrer que l'élément septicémique, la putréfaction, jouent dans un grand nombre de cas un rôle considérable. Nous applaudirons à ces recherches, à condition qu'on ne concluât pas de la présence de la putréfaction ou de la présence des bactéries à la nature septicémique de toute maladie qui produit la *réaction physiologique sur le lapin*, parce que la putridité, la septicémie, peuvent être considérées comme une complication, et non comme la cause de la maladie. La septicémie a été trouvée et se trouvera à ce titre dans la variole, la scarlatine, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, comme affection spéciale. Elle constitue simplement l'infection putride avec ses formes variées; peut-être aussi est-elle la cause qui favorise la pyohémie ou détermine la gravité et la multiplicité des lésions. Toutes ces hypothèses sont séduisantes; mais elles restent soumises au jugement et n'ont pas encore reçu la consécration expérimentale suffisante pour les faire définitivement admettre.

Cette campagne de discussion et d'expérimentation n'en reste pas moins féconde. M. Davaine, en associant son nom à ceux de Coze et Feltz, Chauveau, Pasteur, dans une question qui comprend à la fois l'étude des fermentations et les problèmes les plus vastes de la pathologie générale, a donné une impulsion puissante à l'étude de la septicémie. Grâce à lui et aux expérimentateurs qui l'ont suivi, l'histoire de la septicémie est entrée dans une phase nouvelle; on voit clairement qu'avant de pouvoir établir une théorie de la septicémie, il faut encore poursuivre bien des recherches pour connaître même les premiers phénomènes de la septicémie expérimentale, et avant tout établir le rôle de la putréfaction, le rôle des bactéries ou de tout autre agent analogue représentant le ferment putride.

La longue discussion académique sur la septicémie n'eût-elle eu pour résultat que de montrer quels sont les sujets des recherches à poursuivre, que nous la trouverions profitable. Elle renaîtra sans doute avec de nouveaux documents; pour le moment, elle s'est transformée, et nous verrons, nous voyons déjà, à propos du typhus exanthématique, reparaître des faits et des arguments qui, sous un aspect varié, sont les analogues de ceux dont nous avons suivi le développement depuis deux ans. Nous souhaitons que cette nouvelle période mette en évidence des recherches aussi originales que celles que nous avons eu à signaler. Une autre plume, des plus compétentes, la suivra dans ses diverses phases.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathogénie.

Contribution a l'étude de la septicémie, par le docteur Onimus.

Nous avons, par des expériences personnelles, été entraîné dans la question si complexe de la septicémie; nous nous sommes trouvé en opposition avec les opinions généralement admises et avec celles des savants les plus autorisés et les plus justement écoutés.

Nous allons essayer de répondre aux objections qui nous ont été faites (1) et, sans aborder tous les points de cette question, nous voulons surtout démontrer que les proto-organismes que l'on trouve dans les liquides organiques ne sont pas la cause des affections virulentes et qu'ils ne sont que le résultat et la manifestation de l'altération de ces humeurs. Commençons par examiner quelle est l'hypothèse contraire à celle que nous venons de formuler. Cette hypothèse, que l'on peut appeler la théorie de la fermentation, peut se résumer ainsi : il existe dans l'air des germes de vibrions et de bactéries qui, trouvant un milieu convenable, s'y développent et déterminent par ce

(1) Rapport de M. Davaine sur un mémoire de M. Onimus. — Observations de M. Pasteur (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 22 avril 1873).

fait la putréfaction des matières organiques qui les renferment, ou, en d'autres termes, en considérant la septicémie expérimentale : des proto-organismes, étant introduits dans l'économie, s'y développent et, par leur présence, amènent l'altération du sang et par suite la mort.

La septicémie serait donc une pure fermentation, identique avec les fermentations ordinaires, et l'agent de ces transformations organiques serait uniquement les proto-organismes.

Cette théorie est des plus séduisantes, et nous avouons qu'il y a peu de temps encore elle nous paraissait exacte ; on subit toujours l'influence du milieu scientifique dans lequel on vit, et il est certain que sous ce rapport les recherches de M. Davaine, et surtout les travaux de M. Pasteur sur les fermentations, exercent sur les esprits une grande et légitime influence.

Examinons comment les faits de la septicémie rentrent dans la théorie de la fermentation, et prenons une comparaison avec une fermentation bien étudiée, la fermentation des liquides sucrés par exemple Une spore de levûre de bière est introduite dans un liquide sucré ; aussitôt elle se développe, donne naissance à une spore semblable, et bientôt le liquide est rempli de ces corps. En même temps, le sucre est transformé en acide carbonique et en alcool. Cette spore est un élément défini, toujours le même; d'un autre côté, plus la fermentation est active, plus il se trouve en grande quantité, et il détermine la fermentation en plus ou moins de temps, mais *constamment*, qu'il soit en petite quantité ou en grande quantité, qu'il soit pris dans un liquide en pleine fermentation ou qu'il soit isolé et délayé dans l'eau. Ceci est vrai d'ailleurs pour tous les mycodermes, pour tous les ferments organiques.

Rien de pareil n'a lieu pour le ferment septicémique. Les vibrions ou les bactéries qui constituent ce ferment n'agissent nullement en proportion de leur quantité. Voilà un dix-millième de dilution d'un sang septicémique renfermant à peine un vibrion, qui va donner la mort rapidement ; tandis que, pour obtenir le même effet avec du sang putréfié, il faudra injecter une bien plus grande quantité de liquide renfermant des milliers de proto-organismes. Mais ce n'est pas tout. Je prends du sang d'un animal sain et je le laisse douze heures exposé à l'air à une température de 10 à 12 degrés, et je le donne à examiner à un micrographe en même temps que du sang provenant d'un animal mort de septicémie. Eh bien, il trouvera que le premier sang renferme beaucoup plus de proto-organismes que le second, et cependant celui-là ne déterminera rien, absolument rien, injecté même en assez grande quantité, tandis que le second sera mortel à la dose de un dix-millionième de goutte.

Il faut bien remarquer que le sang d'un animal mort de septicémie expérimentale, surtout lorsque la mort est rapide, ou bien, en examinant le sang de l'animal quinze heures après l'injection, alors que ce sang est déjà toxique, ne présente que fort peu de proto-organismes. Il faut rechercher bien attentivement pour en trouver, et l'on ne constate la plupart du temps que des granulations mobiles. Cela est tellement vrai, que M. Davaine même, dans une communication à l'Académie des sciences (1864), s'exprime ainsi : « Le sang que j'ai laissé pourrir a été inoculé à des lapins ou à des cobayes, les a tués à fortes doses, mais ce sang examiné *au moment de la mort ne m'a jamais offert aucun infusoire.* »

Il semble donc assez étrange que ces ferments organiques agissent moins lorsqu'ils sont en grande quantité, et que souvent même ils n'agissent pas malgré leur vitalité et leur identité. Cela ne se voit dans aucune fermentation, et le contraire a toujours lieu.

Mais on répondra que la quantité n'est pour rien et que la qualité fait tout, que l'un de ces vibrioniens est seul actif et que l'autre est complétement inoffensif. Nous aurons à examiner ce point plus loin, mais nous ferons tout d'abord remarquer que rien de pareil n'a lieu dans les fermentations, qu'une spore, du moment qu'elle est identique à une autre dans sa forme, agit toujours de la même manière et que, pour avoir le droit de faire une pareille hypothèse, il faudrait au moins me dire, selon l'expression de M. Sales-Girons, quel est le vibrion coupable et quel est le vibrion innocent. A quoi le reconnaître, la forme étant identique ? Dans une fermentation quelconque, y a-t-il un seul fait qui permette une pareille supposition ?

D'un autre côté, je sais et je vois comment certaines spores se multiplient, mais n'a-t-on pas admis trop facilement la reproduction des vibrions. Quelle observation exacte a-t-on à cet égard ? On dit bien que les vibrions s'étranglent en grandissant et qu'il s'en détache alors un second vibrion, mais ce fait est loin d'être démontré. En effet, ce que la plupart des observateurs ont vu, c'est avant tout des granulations mobiles (microzymas) qui apparaissent en grand nombre en même temps et sans qu'on puisse en déterminer l'origine. Ces granulations s'accolent et forment ainsi des bactéries; ce n'est que lorsque les bactéries souffrent, lorsqu'on les met dans de l'acide chlorhydrique ou dans l'acide phénique par exemple, ou qu'elles s'altèrent que l'on voit se former sur sa longueur des étranglements qui bientôt font disparaître la bactérie et donnent naissance à deux ou trois granulations.

Ainsi, ce sont des granulations qui en se soudant donnent lieu à des corpuscules plus grands ; c'est là un fait de développement et non de génération.

Avant de quitter cette comparaison entre la septicémie et les fermentations, faisons encore remarquer cette autre contradiction : du sang septicémique pris sur l'animal vivant ou sur un animal qui vient de mourir est toxique; mais si on laisse ce sang se putréfier, il perd de sa virulence. Or, que se passe-t-il pendant ce laps de temps au point de vue des proto-organismes? Loin de se détruire, ils ont considérablement augmenté de nombre, et cela revient à dire qu'une liqueur sucrée en fermentation, si elle est mise en contact avec une autre liqueur sucrée non fermentée, agira plus énergiquement pour transmettre la fermentation lorsqu'elle renferme peu de spores que lorsqu'elle en renferme un grand nombre.

Enfin, une spore de ferment, une fois en contact avec une substance fermentescible et les conditions restant les mêmes, détermine forcément la fermentation de tout le liquide ; elle ne s'arrête pas à mi-chemin, tandis que l'on trouve des vibrions et des bactéries dans le sang d'animaux malades, mais qui ne succombent point, et lorsque la santé revient, tous ces corpuscules disparaissent peu à peu et ne laissent aucune trace.

De l'innocuité des vibrions et des bactéries.— Plusieurs liquides renferment des vibrions et des bactéries en grand nombre, et cependant leur injection dans les tissus ne détermine aucun effet toxique.

Il y a quelques années (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, août 1864), MM. Leplat et Jaillard ont cherché à démontrer, par des expériences nombreuses, l'action des bactéries sur l'économie animale. Ils ont injecté à des animaux des vibrions et des bactéries provenant d'infusions végétales, de liquides chargés de matières animales en putréfaction, d'urine putréfiée, et ils sont arrivés à cette conclusion :

« Que les vibrioniens (bactéries ou vibrions) provenant d'un milieu quelconque ne produisent aucun accident chez les animaux dans le sang desquels on les a introduits, à moins toutefois qu'ils ne soient accompagnés d'agents virulents qui, eux seuls, sont responsables des effets fâcheux qui peuvent survenir. »

M. Davaine a reproché à ces expériences d'avoir été faites avec des liquides complétement différents de ceux qu'il avait expérimentés (sang charbonneux). D'un autre côté, il y a quelque différence entre les corpuscules bactériformes que l'on trouve dans les macérations et dans le sang septicémique ; cette différence ne tient probablement qu'à une différence d'âge, car elle consiste dans des dimensions plus considérables en grandeur et en longueur pour les bâtonnets des macérations. Néanmoins, les défenseurs de la théorie de la fermenta-

tion ont fait remarquer ces différences, et M. Vulpian, dans son discours à l'Académie de médecine, a tout récemment insisté sur ce point.

Dans l'expérience que nous avons faite, aucune de ces objections ne peut être reproduite. Nous séparons le sang pendant sa putréfaction d'eau ordinaire par du papier à dialyse, qui laisse passer plusieurs des principes de la masse sanguine et qui empêche le passage des substances albuminoïdes. Il se forme en même temps dans les deux liquides des granulations mobiles, des vibrions et des bactéries, et tous ces proto-organismes sont *absolument identiques ;* ils se sont formés au même moment, dans les mêmes conditions, ils ont la même forme, les mêmes réactions.

De ces deux liquides séparés uniquement par du papier à dialyse et renfermant tous deux des proto-organismes identiques, l'un, le sang, est toxique, et l'autre ne détermine aucun accident. La conclusion est nécessairement celle-ci : c'est que dans le sang il y a quelque chose de plus que dans l'autre liquide, que ce quelque chose est toxique et que ce quelque chose ne peut être les vibrioniens, puisqu'ils existent dans les deux liquides. Il semble, en effet, que si j'ai deux substances composées l'une par A+B+C et l'autre par B+C, et que la première soit toxique et non la seconde, je pourrai en conclure que B, existant dans les deux, n'a pas de propriété toxique, et qu'il faut rapporter cet effet à A ; car, si c'était B ou C, l'une et l'autre substance auraient la même propriété. Or, A représente les substances albuminoïdes du sang, B représente les proto-organismes et C l'eau, qui certainement n'est pas virulente par elle-même.

Ce simple calcul a subi des objections qui, je ne puis m'empêcher de le dire, ont quelque chose de métaphysique et peuvent faire ressembler cette discussion aux anciennes discussions théologiques sur la grâce suffisante, efficace, nécessitante ou concomitante.

On nous dit, en effet, que nos proto-organismes, qui sont à l'extérieur des papiers à dialyse, sont bien semblables à ceux qui se trouvent à l'intérieur, mais qu'ils n'ont ni une action suffisante, ni une activité efficace. On ajoute qu'ils peuvent être très-différents quoique identiques, et que leur ressemblance ne peut être qu'apparente. Et la preuve qu'ils sont différents, c'est qu'ils agissent différemment; les uns tuent et les autres ne déterminent aucun phénomène toxique. Mais ce raisonnement n'est autre qu'une pétition de principes, car il faudrait me prouver que les uns agissent par eux-mêmes et non par le milieu dans lequel ils sont plongés, et c'est là toute la question. Je pourrais également renvoyer à ses auteurs la sommation qui m'est faite de démontrer que les vibrioniens renfermés dans le papier à dialyse sont de la même espèce que ceux qui se trouvent dans l'eau extérieure, et j'aurais le droit de demander, à mon tour, qu'on me démontre qu'ils sont d'espèce différente. Mais nous acceptons de donner les preuves de l'identité de l'espèce.

M. Pasteur a fait remarquer que le ferment lactique ressemble à s'y méprendre au *Mycoderma aceti*, et que les vibrions du ferment butyrique ressemblent aux vibrions des infusions exposées à l'air ; que cependant ils diffèrent les uns des autres en ce que le vibrion butyrique et la bactérie lactique sont tous deux des organismes *anaérobies*, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas besoin de gaz pour vivre, tandis que les autres sont *aérobies*, c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'air pour vivre. M. Pasteur suppose que l'eau qui entoure la poche du dialyseur, plus ou moins chargée de principes alimentaires et soumise à l'action de l'air, est favorable au développement des bactéries *aérobies* qu'elle renferme, tandis que dans l'intérieur du sac les conditions d'aération ne sont plus les mêmes et les vibrions doivent être *anaérobies*. « De ces différences spécifiques et d'activité physiologique, ajoute M. Pasteur, entre les vibrions contenus dans le sac et hors du sac dialyseur, pourraient provenir les différences signalées dans les expériences de M. Onimus. »

L'objection que nous a faite M. Pasteur est, comme il le dit lui-même, une objection à priori, car elle n'est point confirmée par les faits. Les vibrions de l'extérieur comme ceux de l'intérieur du sac sont en effet tous deux *aérobies*, et l'on obtient absolument les mêmes résultats, que l'on mette le sang putréfié à l'extérieur ou à l'intérieur du sac dialyseur. On peut encore agiter tant que l'on veut à l'air le sang putréfié, les vibrions continuent à vivre aussi bien et peut-être même mieux qu'auparavant.

Voilà donc une première objection qui tombe d'elle-même et qui, alors même qu'elle fût exacte, n'aurait pas encore donné l'explication de l'innocuité des vibrions et des bactéries lorsque ces organismes sont dans un liquide non virulent. En effet, de ce que la bactérie lactique a beaucoup d'analogie avec le *Mycoderma aceti*, il ne s'ensuit nullement que l'un soit actif et l'autre inoffensif; tous deux au contraire agissent comme ferments, tous deux ont une activité physiologique analogue, tandis que pour les vibrions de la putréfaction les uns seraient alors absolument sans action et les autres amèneraient une mort rapide.

Nous ferons la même observation pour les objections de M. Davaine, qui peuvent se résumer ainsi : *il est possible* qu'il y ait une grande différence spécifique entre des organismes absolument semblables dans leur forme. Comme preuves, M. Davaine emprunte des faits à l'histoire naturelle et pose cette loi, que le nombre des espèces dans une même famille augmente avec l'infériorité de l'organisation, et que ces espèces se diversifient avec les milieux où elles vivent. Ainsi, un même champignon peut donner la pourriture blanche ou la pourriture noire, et le champignon diffère en général d'espèce avec la qualité du milieu qu'il envahit, quoiqu'il existe aussi des champignons qui se développent assez indifféremment dans des milieux différents. « Les végétaux et les animaux, dit M. Davaine, dans les premières phases de leur existence, ne possèdent point de caractères spécifiques propres ; il en doit être de même chez les vibrioniens, s'ils sont en effet un état *de jeunesse* de certains champignons. Nous avons montré que dans la pourriture ces derniers végétaux diversifient considérablement leurs espèces, suivant les milieux qu'ils envahissent ; pourquoi n'en serait-il pas de même des vibrioniens dans la putréfaction, s'ils sont aussi des champignons ? »

« Cela posé, si nous examinons les faits de M. Onimus, nous constaterons que les bactéries contenues dans le sang d'une part, et dans l'eau avec les substances dialysables d'une autre part, se trouvaient dans des milieux tout à fait différents, car par le fait même de la dialyse, tout un ordre de substances se trouvait séparé de l'autre. Nous pouvons donc regarder les bactéries qui s'étaient développées de l'un et de l'autre côté comme formant des espèces distinctes, malgré l'identité de leur forme. Et il ne faut pas croire qu'une différence minime dans la nature du milieu puisse être indifférente pour la transformation de ces infusoires. »

Nous ferons d'abord observer que les milieux sont loin d'être aussi différents; ils ont, en effet, tous deux la même réaction alcaline et renferment, sauf les substances albuminoïdes, les mêmes principes minéraux. Ajoutons de plus que non-seulement la forme de ces organismes est identique, mais que les mouvements sont les mêmes et qu'ils apparaissent en même temps. D'un autre côté, ce n'est pas seulement les premiers jours, lorsqu'ils sont à l'état de jeunesse, qu'ils ont la même apparence, mais l'identité dure pendant toute leur existence ; dix, quinze, vingt jours à partir de leur naissance on ne peut en aucune façon les différencier les uns des autres.

Enfin, ils vivent et se développent quand on les change alternativement de milieu, et les vibrioniens qui se sont développés dans l'eau à l'extérieur du sac à dialyse ne périssent jamais lorsqu'on les place dans le liquide sanguin. Ils ne subissent aucune modification et l'on peut s'en assurer en les mettant dans du sang frais. Ils vivent et se développent également dans de l'eau albumineuse.

Si le milieu seul influait sur l'activité de ces organismes, il

est évident que lorsqu'ils sont placés dans un milieu sanguin, du moment qu'ils y vivent, ils devraient en même temps reprendre leur action spécifique et déterminer les mêmes effets de virulence. Il n'en est rien pourtant, car si l'on prend comme nous l'avons fait des vibrions et des bactéries qui proviennent de l'eau qui se trouve à l'extérieur du sac du dialyseur, qu'on les mêle avec du sang frais et normal et qu'on laisse ce sang pendant six à sept heures en contact avec ces proto-organismes à une température de 10 à 12 degrés, ce sang ne possède aucune action toxique.

Nous avons répété cette expérience plusieurs fois : on mélange en proportion égale du sang frais et normal et de l'eau remplie de vibrioniens; ceux-ci conservent toute leur vitalité et existent en grande quantité dans chaque goutte de sang. Eh bien, ce sang injecté sous la peau de lapins ne détermine aucun accident. Dans ce cas cependant nous avions des proto-organismes identiques comme forme avec ceux qui se trouvent dans le sang putréfié, et vivant dans le même milieu. Que peut-on objecter à ces faits? D'ailleurs, si l'on cherche des comparaisons dans certains ferments de forme semblable, mais d'espèce différente, de quelle manière pourra-t-on répondre à cette question : Comment se fait-il que des vibrions et des bactéries provenant de substances animales en putréfaction arrivent à ne déterminer aucun phénomène morbide? Quels que soient l'espèce et le milieu, les champignons de la pourriture donnent toujours de la pourriture, qu'elle soit blanche ou noire. Le *Mycoderma aceti* produit la fermentation acétique, et la bactérie lactique la fermentation lactique; tandis que dans notre expérience un ou deux champignons arriveraient à donner la mort en seize heures et d'autres ne détermineraient aucun effet! Ceux-ci, alors même qu'ils seraient d'espèce différente, devraient au moins avoir un résultat quelconque. Nous doutons que l'on puisse jamais répondre d'une manière satisfaisante à cet argument.

Enfin, on a cru trouver des preuves en faveur de la théorie de la fermentation dans les dernières expériences de M. Chauveau. Ces expériences consistent, comme on le sait, à faire chez un bélier l'opération du bistournage et à injecter immédiatement après de la matière putride. Dans ces conditions, les testicules qui ont subi le bistournage sont atteints de gangrène humide. Pour faire ces injections de matière putride, M. Chauveau mélange 10 centimètres cubes de pus putride avec de l'eau et, après une série de filtrations, il constate que les particules qui sont restées sur le filtre ont une action bien plus active que la partie filtrée; cette dernière finit même par ne plus avoir aucune virulence, et comme les proto-organismes sont bien plus nombreux sur les dépôts du filtre que dans le liquide qui a traversé le filtre, on en a conclu que ce sont eux qui amènent la gangrène.

Cette conclusion est loin d'être logique, car M. Chauveau a ajouté dans sa communication verbale à la Société de biologie que jamais il n'était parvenu à débarrasser complétement les liquides filtrés, *et que toujours, malgré une série de filtrations*, et malgré les plus grandes précautions, *il existait des vibrions dans les liquides filtrés*. Or, ces liquides n'ayant eu aucune action, on doit, il nous semble, nécessairement en conclure que les vibrions n'ont aucune influence nuisible, et cette conclusion paraîtra encore plus logique lorsqu'on songe à l'action toxique d'une dilution au dix-millième, où les proto-organismes sont évidemment très-rares, certainement moins nombreux que dans les liquides des expériences de M. Chauveau. Ces expériences, loin de démontrer la corrélation qui existe entre les vibrioniens et les phénomènes de putréfaction, prouvent, au contraire, l'innocuité de ces proto-organismes lorsqu'ils sont dans un milieu non virulent.

Quant à l'objection qu'on pourrait faire que la sérosité du pus putride n'a eu également aucune action toxique, elle ne nous atteint pas, car ce n'est pas là ce qui est en discussion; et sur le filtre il reste, en même temps que des vibrions, des granulations, et il est probable que ce sont ces corpuscules solides qui sont les agents de cette action putride.

Nous ajouterons cependant que lorsqu'on dilue une matière putride ou virulente dans de l'eau, on ne peut pas conclure absolument de l'innocuité de la partie filtrée que la sérosité n'a aucune influence, car celle-ci est altérée *isomériquement*, et même assez profondément, par son mélange avec de l'eau, tandis que les granulations, qui ne sont que cette même sérosité solidifiée, et par conséquent rendue plus stable, gardent leurs propriétés spécifiques plus longtemps et ne s'altèrent que difficilement au contact de l'eau. Elles conservent donc seules l'action de la masse totale.

Avant de passer à un autre ordre d'expériences qui démontrent que les proto-organismes n'ont pas d'influence toxique par eux-mêmes, nous ferons remarquer que dans notre expérience avec le papier à dialyse, il se peut parfaitement que les vibrions qui sont dans le sang soient entraînés, grâce à leurs dimensions microscopiques, à travers les pores du papier à dialyse. On nous a bien fait cette objection pour d'autres expériences sur la genèse des leucocytes, et l'on a admis que des leucocytes, qui n'ont que des mouvements très-limités et qui ont un volume bien supérieur, passaient à travers ces membranes; mais ici on s'est bien gardé de présenter cette remarque, car si ce sont les proto-organismes du sang putréfié qui traversent le papier à dialyse pour venir dans l'eau extérieure, on ne peut supposer qu'ils sont d'espèce différente, et par là tombent toutes les objections.

Il nous reste actuellement à analyser d'autres expériences faites sur le sang septicémique même. Dans une communication à l'Académie de médecine, nous avions indiqué que la congélation prolongée pendant douze heures et à une température très-basse tuait les proto-organismes du sang, et que ce sang, injecté à des lapins, déterminait néanmoins leur mort.

En effet, lorsqu'on fait congeler du sang septicémique à une température de 17 à 20 degrés pendant douze heures, et qu'alors on élève brusquement la température, on n'observe plus au microscope les mouvements de translation des bactéries. En même temps les globules ont été dissous, et l'on ne voit plus de granulations ou de bâtonnets possédant des mouvements propres. Ce fait est constant lorsqu'on examine du sang *pur*, mais dès qu'on ajoute de l'eau, comme l'a fait M. Porchefontaine, on voit des quantités de granulations et de bâtonnets avoir des mouvements très-vifs et très-marqués; mais même dans ces conditions on ne voit pas les mouvements de translation et de locomotion dans le champ du microscope, et les mouvements que l'on constate sont des mouvements de tournoiement, d'oscillations, et, pour les petits bâtonnets, de latéralité. Dans nos premières expériences, nous n'avions pas dilué le sang congelé dans l'eau, et c'est pour cela que nous n'avions pas observé ces mouvements. Néanmoins, nous le répétons, les mouvements nets de translation et de projection en avant ont disparu, et les mouvements que l'on observe sont les mêmes que ceux que l'on constate dans le sang mélangé avec de l'alcool pur ou avec de la teinture d'iode, ou avec d'autres substances telles que l'acide chlorhydrique, l'ammoniaque, etc., ce qui démontre que ces mouvements sont dus à des phénomènes de vie propre; ils ne sont pas plus détruits par la congélation que par l'alcool ou la teinture d'iode.

Avant de prouver que ces mouvements ne sont que des mouvements browniens ou analogues aux mouvements browniens, comme plusieurs observateurs soutiendront peut-être encore longtemps que ce sont là des mouvements vitaux, nous allons admettre un instant cette dernière opinion et discuter à ce point de vue les expériences suivantes :

1° Lorsqu'on injecte du sang congelé, l'animal meurt rapidement.

2° Lorsqu'on injecte du sang qui a été en contact avec l'alcool ou la teinture d'iode (ou l'acide phénique) (1), l'animal ne meurt pas.

(1) Dans ces expériences, il faut, après avoir laissé plusieurs heures en contact

Dans les deux cas cependant, nous avions dans les liquides les mêmes granulations mobiles, les mêmes corpuscules doués de mouvement, et si l'un des liquides est toxique tandis que l'autre est inoffensif, il faut évidemment en chercher la cause en dehors des proto-organismes; en même temps, il paraîtra certain que la virulence réside dans les substances albuminoïdes, puisque dans le cas d'action toxique ces substances n'ont pas été modifiées par la congélation, tandis que dans le cas d'innocuité elles ont été précipitées par l'alcool ou par la teinture d'iode.

Mais une des erreurs les plus communes, que beaucoup d'observateurs ont dû faire, et que nous-même nous avons faite, est de considérer comme mouvements vitaux et autonomes la plupart des mouvements qu'on observe dans ces liquides organiques altérés, car la comparaison de ces mouvements avec les mouvements browniens, avec ceux que l'on obtient, par exemple, en diluant un peu d'encre de Chine, montre entre eux une grande analogie.

D'un autre côté, les proto-organismes sont des êtres dont la vitalité a besoin de conditions et de milieux spéciaux, puisque les uns ne peuvent vivre sans oxygène et que d'autres meurent dès que le milieu vient à changer. Dans tous les cas, aucun de ces êtres inférieurs ne peut continuer à vivre dans l'alcool, la teinture d'iode, les acides chlorhydrique, azotique, etc.; et cependant dans ces milieux les granulations mobiles du sang putréfié et les bâtonnets (petites bactéries) continuent à présenter les mêmes mouvements.

Les seuls mouvements qui disparaissent, comme nous l'avons déjà indiqué pour le sang congelé, ce sont les mouvements de translation et de projection; ceux-ci disparaissent dans tous ces milieux, et quant aux autres on les retrouve plus ou moins vifs, selon la densité du liquide, ce qui est encore une grande analogie avec le mouvement brownien. On sait, en effet, que celui-ci cesse dans l'eau albumineuse ou sucrée, et c'est aussi pour cela que l'on ne trouve pas de mouvements bien nets dans le sang pur congelé, tandis qu'ils apparaissent dès que le liquide devient moins dense par l'addition de l'eau.

Lorsqu'on coagule le sang putréfié par l'alcool, on obtient un précipité d'un beau rouge, que nous avons filtré, puis desséché à l'air libre, et redissous dans l'eau. Le précipité que l'on obtient ainsi peut rester desséché cinq, six jours et même plus, et, dès qu'on ajoute un peu d'eau, on voit aussitôt les mouvements reparaître et tellement nets et accentués, que ce n'est que difficilement et grâce à l'affirmation si autorisée de M. Robin, et une étude comparative avec le mouvement brownien, que nous avons été persuadé que les mouvements que l'on aperçoit dans l'alcool, mouvements de granulations et de petites bactéries, ne sont autres que des mouvements browniens. Les mouvements de translation et ceux des grandes bactéries ont disparu. Si au lieu d'alcool on emploie de la teinture d'iode, ou de l'iode, les résultats sont les mêmes. Nous avons mélangé avec du sang putréfié de la teinture d'iode et de l'iode, et *douze* jours après on retrouvait encore des mouvements des corpuscules, aussi vifs qu'avant le mélange, et en comparant avec du même sang qui n'avait pas été en contact avec de la teinture d'iode, on ne voyait que cette seule différence due à la présence, dans ce dernier, de corspuscules ayant des mouvements très-prononcés de locomotion.

Il faut bien noter que pour l'alcool, comme pour la teinture d'iode et pour l'iode, ce ne sont pas seulement des granulations qui ont ces mouvements, mais encore de petits bâtonnets.

Avec l'acide phénique concentré, les bâtonnets et tous les corpuscules bactériformes disparaissent, et l'on n'aperçoit plus qu'une grande quantité de granulations qui toutes ont des mouvements d'oscillation.

Dans l'acide chlorhydrique pur, on retrouve des granulations mobiles et des bactéries. Lorsque cet acide est étendu de son volume d'eau, on voit très-bien, au bout de quelques moments de contact, les grandes bactéries s'étrangler en un ou deux points, puis chaque partie devient libre et forme une granulation séparée qui acquiert aussitôt un mouvement bien plus vif. Cette observation concorde avec celles qu'ont faites MM. Béchamp et A. Estor.

On observe les mêmes faits avec l'acide azotique.

Avec l'acide sulfurique pur on obtient une masse amorphe, qui est parsemée de corpuscules dont les mouvements sont très-nets, surtout lorsqu'on ajoute de l'eau.

On retrouve ces mouvements même dans une solution de sublimé corrosif concentrée, et, après quinze heures de contact, on y aperçoit même quelques corpuscules bactériformes ayant des mouvements. La coagulation déterminée par le sublimé corrosif a lieu en forme de membranes; les granulations réunies en masse sont immobiles, mais celles qui sont libres ont des mouvements assez vifs.

Les sels de strychnine et de morphine, qui ne déterminent aucune coagulation, finissent par arrêter les mouvements de translation; mais tous les autres mouvements, soit des microzymas, soit des corps bactériformes, continuent avec la même vivacité, malgré un contact de plusieurs jours.

L'ammoniaque pure fait pâlir ces corpuscules, mais ne détruit pas les petites bactéries, qui ne viennent à disparaître pour la plupart que lorsqu'on fait bouillir l'ammoniaque. Mais on retrouve encore alors un grand nombre de granulations très-mobiles.

La potasse caustique avec ébullition agit un peu plus énergiquement, mais de la même façon que l'ammoniaque.

Le chloroforme et l'éther, qui arrêtent les mouvements de tous les animaux, de tous les infusoires, de toutes les plantes douées de mouvements, et des cellules vibratiles, ne modifient en rien, même après un contact de plusieurs heures, les mouvements de ces corpuscules, et ne font cesser que les mouvements de translation.

Que conclure de tous ces faits? Il nous semble qu'en exceptant les mouvements de translation qui sont évidemment des mouvements propres d'êtres vivants, les autres mouvements ne sont autre chose qu'un mouvement brownien avec toutes ses variétés, dépendant surtout des dimensions et de la forme des corpuscules. Il nous paraît, en effet, difficile à admettre que des organismes vivants puissent continuer à vivre dans les acides si énergiques, dans les différentes substances que nous venons d'indiquer. Y a-t-il un seul champignon pouvant rester des heures entières dans l'alcool pur ou dans la teinture d'iode, sans être absolument détruit? Certes, le mouvement brownien est un fait bien difficile à expliquer et à concevoir; mais il existe pour presque tous les corpuscules de matière qui ont moins de cinq millièmes de millimètre.

Dans une préparation de tissu végétal datant de cinq ans, M. Robin nous a montré dans les cellules altérées des granulations morbides parcourant l'intérieur de la cellule avec un mouvement très-vif, sans jamais s'arrêter, et cela depuis cinq ans; et ce mouvement durera encore des années! Ce sont là des faits qui étonnent non-seulement le naturaliste, mais encore le physicien.

Nous ne voulons pas nous étendre sur ce sujet, ni en rechercher les conséquences au point de vue de certaines fermentations, ou même de la génération de proto-organismes. Ces questions sont trop compliquées et nous entraîneraient même dans celles qui ont rapport à la génération spontanée. Une fois sur ces limites, la discussion risque de s'obscurcir d'autant plus que toute preuve absolument mathématique devient impossible et que les idées préconçues, l'habitude et l'éducation de la pensée, ont sur les conclusions une influence plus considérable que le raisonnement.

Dans tous les cas, nous croyons avoir montré que sans rien préjuger de la nature de la septicémie, et alors même qu'elle serait un phénomène de fermentation, les agents de cette

l'alcool et le sang, le filtrer, dessécher le résidu et le mélanger avec de l'eau. Dans le cas contraire, l'alcool seul parviendrait à tuer le lapin. En procédant ainsi, la solution aqueuse est cependant toujours pleine de granulations et de bâtonnets mobiles.

fermentation ne sont pas les corpuscules doués de mouvements qu'on aperçoit dans les humeurs altérées. Il faut, en effet, pour soutenir cette théorie, accumuler hypothèses sur hypothèses, supposer que ces proto-organismes ont une action toxique des plus énergiques, tandis que d'autres semblables ont une innocuité parfaite; que ceux qui se développent dans un sang qui s'altère à une température basse sont également sans action; qui ceux qui se trouvent dans du sang septicémique perdent leur violence, à mesure qu'ils se développent et qu'ils deviennent plus nombreux; que leur influence ne devient manifeste que lorsqu'ils se trouvent dans certains liquides; que leurs espèces sont des plus variables et ont des propriétés absolument différentes; enfin que, par moments, alors qu'ils ont pris naissance dans le même milieu, un seul suffirait pour infecter un organisme tout entier et le tuer en quelques heures, tandis que dans d'autres cas, il faudrait des milliers de ces mêmes organismes pour produire le même effet. En un mot, comme nous le disions plus haut, n'est-ce pas admettre que certains proto-organismes sont absolument deshérités de toutes espèces de propriétés, tandis que d'autres ont reçu en partage, mais seulement à certains moments de leur existence, la virulence *suffisante*, *efficace* et *concomitante*.

Nous ajouterons encore que dans un Rapport sur le mal dit *de montagne* (on désigne sous ce nom en Auvergne une affection du bétail qui n'est autre que le charbon), rapport fait au nom d'une commission dont M. Bouley était président et M. Samson rapporteur, les auteurs reviennent à plusieurs reprises sur ce fait, qu'ils ont transmis le charbon à des animaux en leur injectant du sang d'animaux malades, alors que ce sang ne présentait au microscope aucune trace de bactéries.

De la virulence dans les êtres organisés. — M. Davaine, dans son rapport, nous fait une dernière objection qui a une grande importance, car elle a frappé plusieurs médecins et nous l'avons entendu reproduire à plusieurs reprises. Il nous reste à la discuter.

« J'ajouterai, dit M. Davaine, relativement à la nature du virus de la putréfaction telle que la comprend notre savant confrère, qu'il ne me paraît pas possible d'admettre aujourd'hui que ce virus est une substance albuminoïde privée de vie.

» Aucune substance connue ne peut produire un effet toxique ou fermentescible à la quantité d'un millionième de goutte, à moins que cette substance ne se multiplie par la génération; or, la génération constitue l'être vivant. Le virus de la putréfaction est donc nécessairement un être organisé et non simplement une substance albuminoïde. »

Nous pourrions répondre qu'il y aurait d'abord un premier fait à bien établir, à savoir : celui de la fermentation dans la septicémie; mais notre réponse se portera sur la loi même que M. Davaine a émise, à savoir : qu'un effet toxique ne peut être produit par un millionième de goutte. Cela est vrai pour les poisons inorganiques, mais non pour les poisons organiques, et c'est là justement un des caractères propres des virus organiques : il suffit, en effet, d'un contact aussi minime que possible, et même de très-courte durée, pour que les parties qui ont été en contact subissent une modification qui va se transmettre à tout l'organisme. Cette multiplication n'a nullement lieu par génération, mais par modification moléculaire ou isomérique. On arriverait à des divisions infinitésimales, encore bien plus grandes, en voulant calculer dans quelle proportion, relativement à la première goutte de virus syphilitique, se trouvera la goutte de virus provenant des plaques muqueuses de la gorge qui transmettra cette même maladie à une seconde personne.

C'est le propre du virus d'agir aussi bien à doses infinitésimales qu'à doses massives, et de déterminer absolument les mêmes effets, qu'il n'y ait qu'une quantité minime en contact ou qu'elle soit considérable, et si dans un dix-millionième de goutte il se trouve une granulation, une seule, qui provienne d'une humeur virulente énergique, celle-ci va déterminer sur les autres substances albuminoïdes en contact les mêmes phénomènes que produiraient un millier de mêmes granulations.

Nous sommes loin d'être vitaliste, mais nous sommes persuadé que les substances albuminoïdes, si facilement modifiables et décomposables, éprouvent des modifications autres que celles qui existent dans les actions purement physiques ou mécaniques. Et d'abord les virus n'existent-ils pas uniquement dans les substances animales? Et ne deviennent-ils pas plus nombreux et plus dangereux à mesure que l'organisme est lui-même plus délicat et d'un ordre plus élevé?

Je ne sais pas exactement comment ils agissent et en quoi consiste *ce je ne sais quoi*, ce qui est peut-être la meilleure définition que l'on en puisse donner jusqu'ici, mais ce que je sais c'est que votre hypothèse n'est pas exacte, qu'il n'y a pas là un phénomène produit par des êtres organisés spéciaux; en un mot que les virus en général ne sont point formés par la multiplication de proto-organismes microscopiques. Les virus que nous connaissons le mieux ne sont, en effet, nullement formés par des infusoires ou des champignons. M. Chauveau a démontré d'une manière incontestable que les proto-organismes ne sont absolument pour rien dans le virus du vaccin. Pour la syphilis, a-t-on trouvé la bactérie spécifique, et cependant n'y a-t-il pas pour ce virus des phénomènes de transmission à doses infinitésimales? Quand on songe qu'un spermatozoïde d'un individu syphilitique peut déterminer la syphilis chez l'enfant et peut-être chez la mère, on comprend encore moins la transmission syphilitique que l'infection putride par une dilution très-étendue de sang altéré.

Il faut remarquer encore combien le virus septicémique se rapproche des autres virus; il est en effet détruit par la putréfaction, il agit à faible dose, il est plus ou moins actif selon les animaux et ne détermine aucune action sur certaines espèces. Cette transformation de substances normales qui, par un simple contact, deviennent aussitôt un poison des plus violents, est certes un des faits les plus curieux de l'histoire des maladies et de la physiologie générale.

Comment, sans que notre œil puisse voir aucune différence, de pareilles modifications se forment-elles? Mais cette question peut se faire pour la plupart des actes vitaux; c'est là leur grand secret, que nous ne pourrons entrevoir qu'en nous pénétrant de l'importance de l'*état moléculaire*.

Dans tous les cas, si nous ne pouvons concevoir exactement comment une substance albuminoïde altérée va transmettre son altération à tout un organisme, ce n'est pas une raison pour admettre dans ce cas des phénomènes spéciaux et une infection par multiplication d'êtres microscopiques. Il nous est encore plus difficile d'expliquer comment un élément anatomique microscopique va donner naissance à un être qui, dans vingt ans seulement, présentera des phénomènes qui existaient chez le père dans un organe éloigné. Si les faits ne le prouvaient, comment croire qu'un spermatozoïde renferme en soi le germe de la phthisie ou de la folie, et que cet infiniment petit, en vertu de l'*état moléculaire* qui lui est imprimé par une lésion souvent encore latente du cerveau, donnera naissance à un individu qui *forcément*, quarante ou cinquante ans après, sera phthisique ou fou? Comment expliquer qu'une partie microscopique de substance dépourvue de structure porte avec elle une telle influence que l'homme qui en sortira sera tuberculeux ou goutteux? Voici des faits sur lesquels on ne saura encore que peu de choses, alors que l'action des virus sera peut-être parfaitement connue. Mais nous croyons qu'avant tout il faut que les recherches surtout chimiques sur les substances albuminoïdes soient plus complètes et plus exactes. Jusque-là la physiologie et la médecine ne pourront que constater des faits, mais elles ne pourront jamais établir une théorie sur une base bien solide. C'est surtout dans des questions si difficiles de physiologie et de pathologie générales qu'il faut se rappeler qu'une lacune dans une science arrête le dévelop-

pement des sciences qui doivent attendre que cette lacune soit comblée. Comme le dit Herbert Spencer : « Pour faire une bonne observation dans une science naturelle pure, il faut le concours organisé d'une demi-douzaine de sciences. »

REVUE CLINIQUE.

Ophthalmologie.

ENTROPION COMPLIQUÉ DE PANNUS ET DE DACRYOCYSTITE. — OPÉRATION NOUVELLE (DE SNELLEN), par le docteur WECKER (compte rendu par le docteur BÉTANCÈS).

OBS. — Madame P..., âgée de trente-huit ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, est envoyée par un médecin de Grenoble à Paris, pour se faire soigner les yeux.

Madame P... a souffert des yeux dès l'âge de huit ans. Elle dit avoir eu alors une tache sur la cornée, guérie à la suite d'un traitement tonique dans lequel figuraient les bains de mer.

Il y a douze ans, elle eut de nouveau de l'irritation des paupières et du larmoiement. Elle fut soignée alors par M. Serres (d'Alais), et guérie, dit-elle, à l'aide de collyres, sans avoir eu à se soumettre à aucune opération.

Depuis trois ou quatre ans l'œil droit a été de nouveau affecté ; mais c'est surtout depuis six mois que la malade ressent des deux côtés, droit et gauche, de la pesanteur des paupières, symptôme dont il convient de tenir compte, puisqu'on a remarqué que « le poids des téguments tuméfiés contribue, pour la paupière supérieure, à renverser en dedans la peau voisine du bord libre. » (Wecker, *Traité des maladies des yeux*.) La malade souffre aussi de troubles de la vision, de larmoiement, de suppuration, d'ardeur dans les yeux, de maux de tête. Elle n'a jamais remarqué que des cils fussent cachés par la paupière inclinée en dedans.

État actuel. — La malade se présente le 9 octobre 1872 à la clinique du docteur Wecker. Elle n'ouvre pas complètement les yeux. Ses paupières paraissent tuméfiées ; elles sont renversées sur le globe de l'œil. Les cils sont cachés, et par leur frottement constant contre la coque oculaire ils irritent la conjonctive et la cornée. En déroulant les paupières supérieures, de manière à leur faire reprendre leur position normale, on remarque, vers la partie moyenne de leur longueur, une petite saillie. Le cartilage tarse semble s'être plié en ce point et forme un angle dont le sommet se présente en avant. Cette déformation existe sur les deux paupières supérieures. Les deux paupières inférieures sont également renversées en dedans et font porter les cils sur le globe oculaire.

Chaque paupière présente donc les signes manifestes de l'entropion à caractère spasmodique ; car ce n'est pas la pesanteur seule des paupières qui détermine dans ce cas la déviation des voiles membraneux et, par suite, la déformation des cartilages tarses ; et il faut plutôt en accuser la contraction du muscle lacrymal postérieur (portion ciliaire de l'orbiculaire), plus forte que celle du muscle lacrymal antérieur (portion périphérique de l'orbiculaire), contraction produite et entretenue par l'irritation de la muqueuse de l'œil, quelle qu'en soit la cause primitive, granulations ou autre.

La conjonctive bulbaire et palpébrale est injectée. La cornée a perdu en partie sa transparence ; sa couche épithéliale est dépolie, surtout vers les bords ; ses couches sous-jacentes sont parcourues par des vaisseaux nombreux. Enfin, elle offre l'aspect du pannus (*tenuis*), ou kératite vasculaire.

En pressant sur le sac lacrymal, on fait sortir par les points lacrymaux, de l'un et l'autre côté, une quantité considérable de pus.

Ces diverses complications, loin d'être une contre-indication qui s'oppose à l'action chirurgicale, font voir, au contraire, la nécessité d'intervenir au plus tôt contre l'entropion, qui est pour le moment le danger le plus menaçant pour les yeux. Le docteur Wecker se décide à faire la nouvelle opération de Snellen. On peut rapporter cette opération à la « tarsotomie longitudinale », indiquée par Richter, exécutée par de Ammon et modifiée par Streatfield, qui excisait comme Snellen une portion prismatique du tarse sans l'extirper complètement comme Saunders.

Entropion avec déviation du cartilage tarse (opération de Snellen). — Les instruments employés pour cette opération sont les suivants : *Pince de Snellen* (c'est la pince de Desmarres modifiée de manière que la plaque porte sur la conjonctive palpébrale et le crochet semilunaire embrasse la peau de la paupière en s'appliquant sur tout le bord adhérent). — *Bistouris, pinces à dissection* très-fines, *ciseaux courbes* fins, *couteau de Beer, aiguilles courbes*. On se munit en outre de fils de soie cirés et de petites perles de verre.

Le malade est couché et l'opérateur placé comme pour l'opération de la cataracte de l'œil droit.

Après avoir serré convenablement la paupière entre la plaque et le crochet de la pince, on fait, à 3 millimètres du bord palpébral, une incision s'étendant suivant toute la longueur de la paupière et intéressant la peau dans toute son épaisseur, mais sans pénétrer au delà. On dissèque les deux lèvres de la plaie, la supérieure avec le tranchant du bistouri, l'inférieure avec le dos de l'instrument, en décollant la peau. Cela fait, on n'a plus à s'occuper du lambeau supérieur que pour le maintenir écarté en haut. En le séparant suffisamment de l'inférieur, que l'on tient renversé en bas, on laisse à nu le muscle orbiculaire. On prend ce muscle entre les dents d'une pince dans une largeur de 2 millimètres, et on l'excise avec des ciseaux dans toute la longueur de la paupière. On découvre ainsi le cartilage tarse. Avec le couteau de Beer, on fait sur ce cartilage une double incision aussi étendue que possible, dans le sens de sa longueur, de manière à circonscrire un prisme triangulaire dont la base se trouve en avant et l'arête en arrière. On fait l'excision de ce prisme. Le reste du cartilage se trouve divisé en deux portions longitudinales séparées l'une de l'autre par l'espace qu'occupait le prisme excisé. On ne s'occupe plus de la portion du tarse adhérente au bord libre de la paupière. Sur la portion supérieure, au contraire, il reste à passer trois fils de soie. Voici comment : Chaque fil porte deux aiguilles courbes, une à chaque extrémité. Avec une de ces aiguilles on traverse de haut en bas, vers le milieu de sa longueur, cette portion supérieure du cartilage, puis on passe, d'arrière en avant, dans le lambeau inférieur de la peau, les deux aiguilles pendantes aux deux extrémités du fil, de manière qu'elles sortent à 4 millimètres l'une de l'autre tout près du bord palpébral. Le fil forme ainsi un angle ouvert en bas. On munit ses extrémités, qui pendent sur la joue, chacune d'une petite perle de verre, et l'on enlève les aiguilles. En répétant exactement ces manœuvres, on place un second fil en dehors et un troisième fil en dedans du premier. On lie ensemble, deux à deux, les bouts du premier, du second et du troisième fil, après avoir fait glisser jusque sur la peau les perles destinées à empêcher les fils de la couper. C'est seulement après avoir fait les trois nœuds des ligatures que la pince de Snellen devra être enlevée. Les fils relevés vers le front y sont retenus par une bandelette de diachylon. La plaie extérieure disparaît complètement. Le lambeau inférieur de la peau se trouve adapté au lambeau supérieur, et les surfaces du tarse taillées en biseau d'arrière en avant, — l'inférieure du lambeau supérieur de bas en haut et la supérieure du lambeau inférieur de haut en bas, — s'appliquent exactement l'une sur l'autre.

On place l'œil opéré sous des compresses froides. Du deuxième au troisième jour on enlève les ligatures.

L'opération terminée sur les paupières supérieures, deux sutures de Gaillard sont placées sur chacune des paupières inférieures, puis, la malade étant couchée dans son lit, on maintient pendant quatre jours des compresses d'eau froide sur les yeux jusqu'à ce qu'on ait enlevé les sutures de Snellen. Pendant ces quatre jours, il n'y a pas le moindre accident qui vienne compromettre le succès de l'opération. Au quatrième jour, les sutures supérieures sont enlevées. Les paupières supérieures présentent, en même temps que le gonflement ordinaire après des manœuvres opératoires de cette importance, une cicatrice linéaire très-régulière. Le bord palpébral est ramené à sa position naturelle. Les ligatures de Gaillard restent en place sur les paupières inférieures.

Vers le sixième jour, on commence le traitement de la dacryocystite double par les sondes.

Au 19 octobre, l'état de la malade est tellement amélioré qu'elle ouvre très-bien les paupières, malgré un très-léger gonflement et quoiqu'on puisse voir encore la cicatrice linéaire. Madame P... n'a plus d'ardeur dans les yeux, plus de maux de tête. Les cils sont complètement dirigés en avant, pas un ne touche le globe oculaire. La cornée commence à reprendre sa transparence, et, comme le fait remarquer le docteur Wecker, finira de s'éclaircir par la guérison de la dacryocystite, sans qu'on ait eu besoin de porter directement remède à la lésion qui en troublait déjà les fonctions. Les sutures de Gaillard (paupières inférieures) sont enlevées le onzième jour, et le docteur Wecker en place une nouvelle sur la paupière gauche, dont le bord libre n'est pas complètement ramené en dehors. Il a soin pour cela de passer le fil derrière le muscle lacrymal postérieur, qui par sa contraction maintient encore un reste d'entropion.

En somme, madame P..., affectée il y a peu de jours d'une maladie dangereuse pour la vue, ancienne et compliquée, se trouve aujourd'hui dans un état aussi satisfaisant que possible et parfaitement assurée d'obtenir une guérison complète et radicale, grâce à une opération très-délicate qui paraît destinée à occuper désormais une place importante dans la chirurgie oculaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera. — M. *Dumas* résume, sur cette question, les travaux de MM. *Duclaux*, *Max. Cornu* et *L. Faucon*. «En résumé, dit-il, M. Duclaux a fait connaître la marche que l'extension du *Phylloxera* a suivie depuis 1865 jusqu'à présent; il a indiqué les conditions du sol qui sont les plus favorables à sa migration. M. Max. Cornu a étudié les transformations que le tissu de la vigne éprouve sous son influence. Il a reconnu l'époque précise du terme de l'hibernation, celle de la première mue printanière de l'insecte et celle de l'apparition de ses premiers œufs. M. L. Faucon a signalé, pour la destruction du *Phylloxera*, le seul procédé dont on ait constaté l'efficacité : la submersion des vignes pendant l'hiver. Il a constaté le premier les migrations du *Phylloxera* à la surface du sol par le passage d'une crevasse à l'autre. Il en a précisé la durée, en montrant à quelle époque elles cessent en automne et à quelle époque elles recommencent au printemps. » Le rapporteur propose de décider : que l'utilité d'une étude comparative du *Phylloxera vastatrix* et du *Pemphigus vitifoliæ* sera signalée à M. le ministre de l'agriculture, et qu'en conséquence il sera prié d'examiner s'il n'y aurait pas lieu d'envoyer à cet effet en Amérique des savants et des praticiens compétents, soit en vue de résoudre la question controversée de leur commune origine, soit pour constater les caractères qui distinguent les vignes américaines des nôtres dans leurs rapports avec ces deux parasites; qu'il sera mis à la disposition de M. le ministre de l'agriculture des exemplaires des mémoires de MM. Duclaux, Max. Cornu et Louis Faucon en tel nombre qu'il le jugera nécessaire aux besoins de son administration.

L'Académie adopte ces conclusions.

Sur ce même sujet, M. *L. Faucon* et M. *H. Marès* adressent de nouvelles communications.

Choléra. — M. *A. Proust* adresse, pour le concours du prix Bréant, un travail portant pour titre : Essai sur l'hygiène internationale. De ses applications contre le choléra asiatique. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Constitution histologique et fonction chimique de la glairine de Moltgi. — M. *A. Béchamp* adresse un travail dont voici le résultat principal : « La glairine de Moligt n'est pas anhiste : les éléments histologiques qu'elle contient sont des microzymas. Telle est la conséquence qui me paraît découler des expériences que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie ; elle est inéluctable, si je la rapproche de celles que j'ai cru pouvoir déduire de mes recherches sur la *mère du vinaigre* et de mon travail sur les microzymas de la levûre de bière. Comme tous les microzymas, ceux de la glairine de Moligt sont producteurs d'alcool et d'acide acétique, et sont capables d'évoluer en bactéries. La glairine et la barégine sont souvent confondues. Des expériences avec la barégine, parallèles aux précédentes, ont montré que la confusion n'est pas possible. Cependant il importe que ces expériences soient répétées en les préparant aux sources mêmes. Je fais des efforts pour me procurer les moyens de les entreprendre. »

Procédé de dosage de l'hémoglobine dans le sang. Note de M. *Quinquaud*. — Le procédé actuel repose sur ce fait, démontré par les expériences de l'auteur, que les volumes maxima d'oxygène, absorbables par l'unité de volume d'un sang donné, sont proportionnels à la dose d'hémoglobine que ces sangs renferment. Il suffit donc, pour doser l'hémoglobine du sang d'un animal :

1° De connaître, une fois pour toutes, le poids d'hémoglobine qui correspond à 1 centimètre cube d'oxygène lorsque le sang a été agité à l'air ;

2° De déterminer exactement la quantité d'oxygène que renferme le sang en question après avoir été saturé. Nous nous servons, à cet effet, de la méthode imaginée par MM. Schützenberger et Risler, comme la plus rapide et la plus sensible (voy. les *Comptes rendus* du 17 février et du 12 mai 1873). En supposant même le procédé défectueux, les résultats n'en restent pas moins comparables entre eux. Ces résultats sont les suivants :

1000 grammes de sang humain, contenant 125 grammes d'hémoglobine, absorbent 260 centimètres cubes d'oxygène (pour qu'il y eût une exactitude mathématique, il faudrait que 1000 centimètres cubes correspondissent à 1 kilogramme ; mais il est facile, par un simple calcul, de corriger cette petite erreur). Si dans le poulet nous trouvons 170 centimètres cubes d'oxygène par litre, nous sommes fondés à conclure que le sang renferme 82 grammes d'hémoglobine. C'est précisément le nombre auquel on arrive au moyen du dosage du fer. Du canard au poulet il y a une différence peu sensible.

Détermination du coefficient mécanique des aliments. Note de M. *A. Sanson*. — « J'ai cherché à déterminer par l'expérience l'équivalent ou le coefficient mécanique de l'unité de protéine alimentaire telle qu'elle nous est fournie par les tables de la composition immédiate des aliments. J'y suis arrivé en considérant, d'une part, de nombreux cas dans lesquels, à la suite d'une longue expérience, on est parvenu par le tâtonnement à régler la ration de telle sorte qu'elle assurât, pour un travail uniforme, un excellent entretien des chevaux. La compagnie des omnibus de Paris m'a fourni à cet égard mes principaux matériaux. De l'avis unanime des observateurs compétents, sa cavalerie ne laisse, sous le rapport de l'hygiène, rien à désirer. D'autre part, à l'aide des résultats d'expériences sur le tirage des voitures consignés par le général Morin dans son Aide-mémoire de mécanique, et de résultats analogues obtenus par divers auteurs allemands, j'ai pu calculer le travail journalier produit, dans les cas considérés, par les moteurs animés pour tirer ou porter leur charge et se transporter eux-mêmes à la distance et à la vitesse connues.

» Les calculs effectués sur ces diverses données m'ont conduit à admettre la valeur de 1 600 000 kilogrammètres, en nombre rond, comme équivalent ou coefficient pratique du kilogramme de protéine alimentaire d'une ration bien constituée; ce qui revient à dire que, dans l'économie animale, une ration journalière constituée selon les principes de la science, dégage autant de fois la quantité de chaleur nécessaire pour produire effectivement 1 600 000 kilogrammètres de travail qu'elle contient de kilogrammes de cette protéine ou des matières azotées nutritives désignées ainsi.

» Les chevaux des omnibus de Paris, par exemple, pèsent en moyenne 500 kilogrammes. Chacun d'eux doit tirer, à une vitesse de $2^m,20$ par seconde, durant quatre heures par jour, une charge moyenne de 1590 kilogrammes, en démarrant cette charge de 60 à 70 fois. Il produit ainsi, durant son service de quatre heures, en nombre rond, un travail effectif total de 2 000 000 kilogrammètres. A raison de 1600 par gramme de protéine alimentaire, il lui en faudrait, dans sa ration journalière, 1250 grammes. Il en reçoit 1402 grammes, dont 960 par l'avoine, 135 par le son et 307 par le foin. La différence de 152 grammes est employée pour l'entretien de son corps, supposé au repos, à raison de 30 grammes par 100 kilos de poids, conformément à l'expérience...

» En multipliant les données d'expérience sur le tirage exigé dans les divers modes d'emploi des moteurs animés, notamment en ce qui concerne le travail des instruments aratoires et des machines à battre, à moissonner, à faucher les récoltes, etc., il sera possible ainsi de déterminer d'avance la ration nécessaire pour couvrir la dépense de force occasionnée par un travail connu. L'entretien exigé par le travail physiologique interne étant assuré, la ration de production ou du travail externe sera calculée à l'aide de la formule $P = \frac{T}{C}$, dans laquelle P désigne la protéine alimentaire,

T le travail et C le coefficient mécanique de l'unité nutritive. S'il s'agit, au contraire, de déterminer le travail exigible pour une ration connue, l'équation sera T = P × C. Pour exprimer en valeur d'avoine, par exemple, la ration de travail, on aura $\frac{P}{120} = \frac{T}{C}$, le kilogramme d'avoine contenant en moyenne 120 grammes de protéine alimentaire. Dans le sens inverse, en désignant par *n* le nombre de kilogrammes d'avoine de la ration, *n* × 120 × 1600 donnera la valeur cherchée de T.

INFLUENCE QUE LES CHANGEMENTS DANS LA PRESSION BAROMÉTRIQUE EXERCENT SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE. 11° Note de M. *P. Bert.* — « ... En résumé : 1° sous diminution de pression, la germination se fait d'autant plus lentement que la pression est plus basse; elle s'arrête, enfin, entre 4 et 10 centimètres sans que les grains, ainsi maintenus en inaction, périssent. Il y a évidemment là un arrêt des oxydations nécessaires au développement de l'embryon, arrêt dû à la trop faible tension de l'oxygène; 2° sous augmentation de pression, jusqu'à 2 ou 3 atmosphères, il semble y avoir un peu d'avantage pour les semis dans l'air comprimé; mais, à partir de 4 ou 5 atmosphères, il y a désavantage évident, surtout pour les graines à albumen farineux. Enfin, à de plus hautes pressions, la graine est tuée par son séjour dans l'air comprimé; elle est également tuée lorsqu'elle a été soumise à la compression alors que son développement est commencé. »

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 24 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

Humble séance, et pas solennelle, et pas selon l'usage antique. Aucun apparat; pas d'habits brodés, pas d'épées; pour tout ornement des cravates blanches au bureau. Cette modestie convenait peut-être à une séance en retard; car celle-ci aurait dû avoir lieu à la fin de l'année dernière.

Mais M. Barth n'en a pas moins pris très au sérieux, comme on pouvait s'y attendre, son rôle de président. Par une louable innovation, il a lu un compte rendu des actes de l'Académie pendant l'année 1872; compte rendu détaillé, agrémenté çà et là de « patriotisme », de « régénération sociale » et même de « pétrole ». Bien que cette année 1872 se soit un peu ressentie des événements de 1870 et 1871, l'Académie n'a pas perdu son temps, et M. Barth énumère les ouvrages, mémoires, manuscrits ou rapports qui lui ont été adressés; les questions discutées et élucidées; les améliorations déjà faites et celles qu'on espère faire avec l'aide de Dieu et des ministres qui, malheureusement pour l'Académie, ne changent que trop souvent de nos jours. Bref, et en manière de conclusion, M. le président estime que l'Académie n'est pas en général prisée à sa juste valeur, et qu'elle n'occupe pas dans le monde la situation à laquelle elle aurait droit.

N'oublions pas de faire ressortir un vœu émis par M. Barth à l'occasion des vides qui se sont faits au sein de la compagnie; c'est que chaque nouveau venu soit tenu de faire l'éloge de son prédécesseur, — comme à l'Académie française.

C'est peut-être par respect anticipé de ce vœu, et comme si le passé se trouvait ainsi liquidé, que M. le secrétaire perpétuel, au grand regret de l'assistance, n'a fait l'éloge de personne. Il s'est contenté de lire un rapport sur les prix décernés en 1872. Dans ce rapport, fort bien fait du reste, M. Béclard motive en quelques mots les décisions des différentes commissions.

M. *le président* a donné ensuite lecture des prix, médailles et mentions accordés pour l'année 1872, et des questions proposées pour les années 1873 et 1874.

Pour terminer la séance, M. Béclard fait, au nom de M. Fée, qui n'a pu assister à la cérémonie, une courte lecture sur la *longévité humaine*. Nous engageons fortement nos lecteurs à lire dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE ces quelques pages pleines de réflexions fort justes, mais aussi bien mélancoliques. Les vieillards y puiseront, faute de mieux, des consolations, et apprendront que tout passe, tout lasse, tout casse et tout s'use. Quant aux jeunes gens, ils y verront que le meilleur moyen d'arriver le plus tard possible à la période « d'encroûtement naturel », suivant l'expression de M. Fée, c'est de suivre les règles de l'hygiène, à moins pourtant d'une heureuse disposition, comme chez cet homme qui, arrivé à la centaine, s'était mis à s'enivrer régulièrement tous les jours, ce qui lui avait permis d'aller jusqu'à cent quarante ans.

PRIX DE 1872. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question proposée : « De l'ictère grave. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde : 1° une récompense de 600 francs à M. le docteur Louis CARADEC, médecin à Brest (Finistère), auteur du mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : *Ille solus morbum curavit qui ejus causas cognovit, noscere enim causam morbi est noscere arcanum (Holler)*; 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Marc GIRARD, de Bordeaux (Gironde), auteur du mémoire n° 2, portant l'épigraphe suivante : « *Ce qui accompagne la maladie, ce sont des symptômes; et si l'on examine attentivement leur nature, leur suite, leur ordre, leur durée, etc., etc.* »

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Ce prix devait être décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il était de la valeur de 2000 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME DE CIVRIEUX. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Ce prix était de la valeur de 900 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour concourir.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne, auteur du mémoire n° 2, ayant pour épigraphe : « *Ne intueris vinum quando flavescit, cum splenduerit in vitro color ejus, etc., etc.* » Elle accorde une mention très-honorable à M. William BOURGADE, étudiant en médecine, chef de clinique à Clermont-Ferrand, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, portant pour épigraphe : « *L'alcool, présent le plus funeste qu'ait pu faire aux humains la colère céleste.* »

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2000 fr. Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur ANDANT (Jean-Paul-Émile), médecin à Dax (Landes), pour son mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore, et son traitement par l'essence de térébenthine à l'intérieur; 2° M. Jacques PERSONNE, pharmacien de l'hôpital de la Pitié à Paris, pour ses expériences sur les animaux, établissant scientifiquement que l'essence de térébenthine est l'antidote du phosphore.

PRIX FONDÉ PAR LE DOCTEUR CAPURON. — L'Académie avait de nouveau mis cette question au concours : « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. » Ce prix était de la valeur de 3000 fr. Six mémoires ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Gustave CHANTREUIL, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 5, et portant pour épigraphe : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1000 francs. Treize ouvrages ou mémoires ont concouru. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix ; mais l'Académie accorde : 1° une récompense de 400 francs à M. le docteur O. SAINT-VEL, médecin à Paris, pour son *Traité des maladies des régions intertropicales;* 2° une récompense de 300 francs à M. A. PELLARIN, médecin principal de la marine en retraite, à Paris, pour son ouvrage intitulé : *Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe*; 3° une récompense de 300 francs à M. HUCHARD, docteur en médecine, et M. F. LABADIE-LAGRAVE, interne des hôpitaux, pour leur travail en collaboration ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse ;* 4° des mentions honorables à M. Henri LIOUVILLE, pour son mémoire *Sur la généralisation des anévrysmes miliaires;* et à M. P. A. LAGRELETTE, pour son *Traité de la sciatique.*

Prix fondé par M. le docteur Orfila.— Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légale, la toxicologie exceptée. Il était de la valeur de 2000 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Vincent, médecin à Guéret (Creuse), auteur du mémoire n° 1, portant pour épigraphe : « *Oculos habent et non semper recte videbunt.* »

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question posée par le testateur est ainsi conçue : « De la mélancolie. »

L'Académie, se conformant aux intentions du testateur, avait appelé l'attention des concurrents sur une forme particulière de la mélancolie, et avait mis au concours la question suivante : « De la nostalgie. » Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Trois mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerna pas le prix, mais elle accorda, à titre d'encouragement : 1° une somme de 1500 francs à M. le docteur Auguste Haspel, médecin principal en retraite, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, portant pour épigraphe : « *Le cœur a ses raisons que la raison ne comprend pas;* 2° une somme de 500 francs à M. Benoist de la Grandière (Auguste), docteur en médecine à Paris, auteur du travail portant le n° 2, et ayant pour épigraphe : « *Natale solum omnes dulcedine cunctos ducit, et non sinit immemores esse sui.* » (Ovide.)

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison.— La question posée par le fondateur était ainsi conçue : Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers étaient admis à concourir. Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager.— Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie impériale de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auraient été répétées avec succès par la commission académique. Aucun concurrent ne s'est présenté.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1871 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), pour un travail remarquable sur la rougeole; M. Beltz, chirurgien militaire à Alger, pour son très-bon mémoire sur la fièvre typhoïde; M. Dourif, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), pour son excellente description d'une épidémie de variole; M. Izoard, médecin à Estoublon (Bassas-Alpes), pour sa relation d'une épidémie de variole décrite avec beaucoup de soin; MM. Lombard père et fils, médecins à Chalâbre (Aube), en collaboration, pour leur bon travail sur la variole et une étude très-intéressante des cas de varioloïde; M. Nolé (Léon), médecin à Muret (Haute-Garonne), pour ses travaux consciencieux sur la suette et la variole.

2° Des médailles de bronze à : M. Barbrau, médecin à Rochefort (Charente-Inférieure), pour une bonne étude sur la variole; M. Chollet, interne des hôpitaux de Rennes (Ille-et-Vilaine), pour un rapport distingué sur une épidémie de dysentérie; M. Duché, de Montluçon (Allier), pour sa description sommaire mais très-correcte de la variole; M. Fournier, médecin à Compiègne (Oise), pour un rapport remarquable sur une épidémie de variole; M. Le Galcher-Baron, médecin à Saint-Pierre-Église (Manche), pour un très-bon travail sur la variole; M. Maheut, médecin à Caen (Calvados), pour une bonne description de la variole; M. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne), pour son mémoire très-sagement écrit sur la suette; M. Perrotte, médecin à Avranches (Manche), pour un bon travail sur la dysentérie.

3° Rappel de médailles à : M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales); M. Bouteiller, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure); M. Debrou, docteur en médecine à Orléans (Loiret); M. Gintrac fils, docteur en médecine à Bordeaux (Gironde); M. Guipon, docteur en médecine à Laon (Aisne); M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre (Seine-Inférieure); pour leurs divers mémoires sur les épidémies qui ont régné dans ces départements.

Médailles accordées a MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1870 :

1° Une médaille d'or à : M. Willemin, médecin inspecteur adjoint aux eaux de Vichy, pour son ouvrage imprimé sur les « Coliques hépatiques et leur traitement par les eaux de Vichy. »

2° Des médailles d'argent à : M. Armieux, médecin principal des armées, pour son livre intitulé : « Études médicales sur Baréges »; M. Cabasse, médecin-major, pour son travail manuscrit intitulé : « Documents pour servir à l'histoire des indications rationnelles des eaux de Bourbonne »; M. Gubian, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur l'établissement de la Motte-les-Bains; M. Lespiau (Henri), médecin-major, pour son mémoire « Sur l'action physiologique des eaux d'Amélie-les-Bains »; M. Marbotin, médecin inspecteur, pour son rapport officiel et deux travaux manuscrits « Sur les résultats du traitement thermal à Saint-Amand »; M. Périer, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, pour son « Guide médical aux eaux de Bourbon-l'Archambault»; M. Rougé-Rieutort, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur les eaux minérales de Rennes-les-Bains.

3° Rappels de médailles d'argent à : M. Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Ax (Ariége), pour son rapport officiel sur ces eaux; M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour son rapport officiel sur les eaux confiées à ses soins.

4° Des médailles de bronze à : M. Bona, médecin inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse) pour son rapport officiel; M. Costa, médecin-major de 1re classe, pour son rapport sur le service à l'hôpital thermal militaire de Guagno (Corse); M. Gouget, médecin principal de 1re classe, pour son rapport d'ensemble sur le service médical militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne); M. Ticier, médecin inspecteur, pour son rapport sur le service médical des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées), année 1870.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1870. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1500 francs partagé entre : M. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier), dont les services pour la propagation de la vaccine ne se sont pas ralentis. Ce médecin a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent et une médaille d'or. Le chiffre de ses vaccinations pour 1870 s'est élevé à 2613. M. Le Duc, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise), qui a pratiqué 487 vaccinations et 2383 revaccinations et qui, en outre, nous a fait parvenir un mémoire très-intéressant où sont étudiées toutes les questions de premier ordre qui se rattachant à la vaccine. Une médaille d'or et plusieurs médailles d'argent ont déjà été décernées à ce zélé vaccinateur. Mme Chateau, sage-femme à Vierzon (Cher), pour le dévouement dont elle a fait preuve pendant l'épidémie de 1870. Le nombre de ses vaccinations a été de 400 et celui de ses revaccinations de 3750.

2° Des médailles d'or à : M. Bourdin, docteur en médecine à Choisy-le-Roi (Seine), pour ses nombreuses vaccinations et revaccinations pendant l'épidémie de 1870, et pour son mémoire intitulé : Du choix du vaccin et du procédé a mettre en usage pour éviter l'inoculation des germes des maladies virulentes. M. Chebrou, médecin à Niort (Deux-Sèvres), dont les efforts pour la propagation de la vaccine ont été depuis longtemps remarqués, et qui figure en 1870 en tête des principaux vaccinateurs de son département. Le chiffre de ses inoculations a été pour cette année de 1223. M. Petiteau, docteur en médecine aux Sables-d'Olonne (Vendée), secrétaire du comité de vaccine de son département, qui a résumé dans un rapport bien fait les efforts de ses collègues pour la propagation de la vaccine, et qui, en pratiquant 2542 vaccinations, a donné l'exemple d'un grand zèle et d'un grand dévouement. M. Pingault, médecin à Poitiers (Vienne), qui a lutté avec dévouement contre une épidémie grave de variole, et qui, par ses nombreuses vaccinations et revaccinations (3000) a puissamment concouru à l'enrayer.

3° Soixante médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie : M. Abbadie, Mme Alaime, Mme veuve Auroy, M. Autellet, Mme Barrois, Mme Bilon, Mme Boisvieux, M. Bosvieux, M. Bottini, M. Camps, M. Carteron, Mme Charton, M. Chassan, M. Chevalier, Mme Clermont, M. Delpech, M. de Soyre, Mme Desplanque, M. Davelle, M. Dourdin, Mme Dupret, Mme Faudou, Mme Foacy (Marie), Mme Gasc (née Legras), M. Giraud, Mme Hiérard, M. Jalabert, M. Janoyer, M. Jeanbernat, M. Joubert, M. Lasnon, Mlle Lebègue, Mme Lebrun, M. Lemaître, M. Luciana, M. Luiggi, M. Mahoux, Mme Méant, M. Millet, Mme Morin, M. Montgellaz, M. Munaret, M. Noël, M. Périmond, M. Picou, M. Pouchain, Mme Poupat (née Magnonaud), M. Prallet, M. Rabatel, M. Raels, M. Rérolle, Mme Rimbaud, M. Roger, M. Rouvier, Mme Roux, M. Roy, M. Sicard, Mme Sougoux, Mlle Trotignon, M. Vialatte.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° Une médaille d'or à : M. le docteur Monot, médecin à Monsanche

(Nièvre), pour son mémoire manuscrit et pour les travaux importants qu'il a déjà publiés et qui ont servi de base aux discussions et aux résolutions prises par l'Académie de médecine.

2° Des médailles d'argent à : M. le docteur CRESSANT, médecin à Guéret (Creuse), pour le mémoire très-intéressant qu'il a adressé à l'Académie; M. le docteur RAYMOND, médecin à Sainte-Florine (Haute Loire), pour les excellents documents qu'il a recueillis avec difficultés dans un pays très-accidenté.

3° Médailles de bronze à: M. le docteur de BRYE, médecin à Vienne (Isère), pour les tableaux statistiques qu'il a adressés spontanément avant l'envoi de ceux imprimés par les soins de la commission; M. le docteur BRINGUIER, médecin à Montpellier (Hérault), pour son excellent mémoire manuscrit et ses renseignements statistiques.

— Nous publierons, dans un prochain numéro, les sujets de prix pour les années 1873 et 1874.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

CORRESPONDANCE. — RAPPORTS. — SUR LE TRAITEMENT DE L'IMPERFORATION DU RECTUM. — HÉTÉROPLASTIE. — FRACTURE ARTICULAIRE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE SIMULANT UNE LUXATION. — PRÉSENTATION D'UN MALADE.

La correspondance comprend : 1° *Recherches sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté. Action comparée de divers médicaments et en particulier de la quinine, de l'arsenic, de l'eau froide, du seigle ergoté et de la propylamine*, par M. *Duboué* (de Pau); 2° *Leçons sur la syphilis*, étudiée spécialement chez la femme, par M. *Alf. Fournier;* 3° *Traité des maladies de l'oreille*, par M. *Bonafond;* 4° *Étude sur l'angiome simple*, par M. *Ch. Monod.*

M. *Desormeaux* fait un rapport sur les observations adressées à la Société par M. Julliard (de Genève). Dans la première, il s'agit d'un *anévrysme diffus primitif intra-orbitaire*, qui guérit par inflammation du sac, et gangrène du globe oculaire. L'anévrysme était le résultat de la rupture de l'artère ophthalmique athéromateuse.

L'autre observation est relative à une imperforation de l'anus avec abouchement du rectum dans l'urèthre. M. Julliard fit l'opération par l'anus et affronta la muqueuse à la peau. L'enfant mourut treize jours après l'opération. L'abouchement du rectum à l'urèthre avait lieu dans la portion prostatique. Les premières gouttes de l'urine étaient mêlées méconium, le reste de l'urine étant limpide; c'est le signe de l'abouchement dans l'urèthre.

— M. *Guyon* fait un rapport sur une observation de *trachéocèle* ou hernie de la trachée, adressée à la Société de chirurgie par M. Devaltz (de Bordeaux). La tumeur était composée de deux lobes principaux, l'un fuyant à droite sous les muscles du cou, et l'autre à gauche sous la clavicule. A l'auscultation, on pouvait croire à l'existence d'une caverne pulmonaire; mais en empêchant l'accès de l'air dans la poche, on supprimait ce signe. Selon M. Devaltz, il y a eu hernie de la muqueuse à travers les anneaux de la trachée, et la poche s'est agrandie peu à peu, pour former une tumeur volumineuse. On trouve dans la clinique de Larrey des cas semblables, qu'il appelle goîtres aériens, et qui se seraient formés également par hernie de la muqueuse à travers les anneaux de la trachée.

— M. *Marjolin*. Le traitement de l'imperforation de l'anus est digne de fixer l'attention des chirurgiens. Il y a autant de cas différents que de malades, et l'on est toujours embarrassé sur le choix de la méthode opératoire, et cela d'autant plus que les enfants sont ordinairement âgés de trois à cinq jours lorsqu'on est amené à les examiner. Assez souvent on peut sentir la propulsion de l'extrémité inférieure du rectum. Guersant conseillait aussi de sonder les malades pour savoir s'il y avait un corps dur interposé entre la vessie et la cavité du sacrum.

Quand l'enfant est très-affaibli, lorsqu'il y a un commencement de péritonite, faut-il faire l'opération de Littre ou bien aller couche par couche à la recherche de l'ampoule rectale? Si l'ampoule est assez rapprochée de la peau, si l'on peut faire facilement l'affrontement de la muqueuse à la peau, et continuer ensuite la dilatation, on évitera les rétrécissements consécutifs. Avec l'opération de Littre, on n'a presque jamais un bon résultat. Quand le cas est simple, faut-il se borner à la division des téguments, ou bien faut-il compliquer l'opération par la suture de l'intestin à la peau?

M. *Verneuil*. M. Marjolin craint que la suture n'augmente le traumatisme; mais la suture, loin d'être une complication, met à l'abri du phlegmon stercoral, par infiltration des matières dans le tissu cellulaire. Dans tous les cas, il faut faire la suture de l'intestin à la peau. M. Verneuil n'a jamais rencontré les cas simples, dans lesquels l'ampoule rectale est souscutanée. Quant à la propulsion périnéale, c'est un signe qui trompe souvent.

M. *Blot* désire savoir à quelle hauteur M. Verneuil se croit autorisé à aller dans la recherche du rectum par la voie anale. Pour lui, en 1855, il a poussé la dissection jusqu'à 7 ou 8 centimètres, sans amener de méconium.

M. *Forget* croit qu'il ne faut pas faire l'opération de Littre. Il y a évidemment des cas où l'opération de M. Verneuil ne réussira pas et sera un traumatisme inutile; cependant on obtient un certain nombre de succès qui compensent les insuccès.

M. *Verneuil* répond à M. Blot qu'il se dirige d'abord vers le coccyx dont il resèque la pointe, puis il dissèque encore un peu; si alors le rectum ne se présente pas, il fait l'opération de Littre ou de Callisen. Avec la résection du coccyx, il va jusqu'à l'extrême limite permise aux chirurgiens.

— M. *Dubreuil* avait déjà entretenu la Société d'une femme sur laquelle il avait transplanté avec succès un lambeau de peau pris sur le ventre d'un jeune chien. Cette greffe avait été faite sur la région malaire à la suite de l'ablation d'un cancroïde. M. Follet (de Lille) disait avoir observé que les lambeaux de peau d'animaux greffés sur l'homme disparaissaient et se résorbaient sans laisser trace de leur présence. M. Dubreuil a pu retrouver son opérée, et il a constaté en effet que le lambeau, primitivement de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, ne présente plus aujourd'hui qu'une cicatrice linéaire : le lambeau a été résorbé. Le résultat désiré : substitution d'un tissu souple pour éviter le tissu cicatriciel, n'est donc pas obtenu; la cicatrisation est plus rapide, mais le lambeau disparaît plus tard.

— M. *Delens* lit une observation de fracture articulaire de l'extrémité interne de la clavicule gauche simulant une luxation. Il présente en même temps la pièce pathologique recueillie sur un homme de cinquante ans environ, trouvé sur les tables de l'école pratique. La lésion paraît fort ancienne. Le corps de la clavicule, intact dans toute son étendue, soulevait assez fortement la peau; l'extrémité interne de cet os était portée en haut, en avant et en dedans, simulant une luxation. On voit sur la pièce que l'articulation sterno-claviculaire n'a pas été abandonnée par la totalité de la tête claviculaire qui s'est dédoublée pour former une clavicule à deux têtes ou en Y. La tête, en effet, est divisée en deux moitiés; l'antérieure se continue avec le reste de l'os; le fragment postérieur n'a pas quitté l'articulation et s'est soudé plus tard au premier à angle aigu.

— M. *Desprès* présente une malade traitée en 1862 pour un kyste de l'ovaire par la canule à demeure; la malade, déjà présentée à la Société, est guérie depuis onze ans.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

LA TEMPÉRATURE S'ÉLÈVE DANS LES CONVULSIONS PRODUITES PAR LES SELS AMMONIACAUX : M. LABORDE. — EXPÉRIENCE SUR LA SECTION DES NERFS RÉNAUX : M. VULPIAN. — ACTION EXAGÉRÉE DE LA DIGITALE CHEZ LES ALBUMINURIQUES. — ACTION DE L'EXTRAIT DE VALÉRIANE DANS L'AZOTURIE, LA POLYURIE ET LE DIABÈTE : M. BOUCHARD.

M. *Laborde* rapporte plusieurs expériences dans lesquelles des convulsions toniques produites par l'injection de chlorhydrate d'ammoniaque et même de carbonate d'ammoniaque ont produit une élévation de température dans les muscles et aussi une élévation de température générale mesurée dans le rectum. Ces expériences confirment cette loi que toute convulsion tonique s'accompagne d'élévation de température dans le muscle.

— M. *Vulpian* présente les reins d'un chien chez lequel il a coupé, d'un côté, tous les filets nerveux accompagnant les vaisseaux du hile; la section a été faite avec le plus grand soin, néanmoins, l'animal a survécu et il n'y avait pas d'altérations rénales. C'est là un fait négatif utile à enregistrer et qui prouve que des conditions inconnues peuvent faire varier les résultats ordinaires de l'expérimentation. Ce fait doit être rapproché des expériences de M. Vulpian sur les nerfs splanchniques (séance du 17 mai, *Gazette hebd.*, n° 21, page 341, 1873).

M. *Carville* présente le cœur d'un chien auquel on avait injecté 3 décigrammes de sulfate d'atropine et 60 milligrammes de digitaline et qui est mort brusquement après avoir présenté des phénomènes d'agitation extrême, une aiguille avait été introduite dans le cœur à travers la paroi thoracique, et dans les mouvements convulsifs l'aiguille a lacéré le tissu cardiaque, celui-ci étant lardé de piqûres et de déchirures. Ce fait est un enseignement expérimental dont on tiendra compte lorsqu'on introduira dans le cœur des aiguilles destinées à montrer l'étendue ou la force des contractions cardiaques.

— M. *Bouchard*, dans une communication fort intéressante au point de vue de la pratique, appelle l'attention sur l'action toxique produite par des doses modérées de digitaline chez les individus albuminuriques. L'élimination du poison par les reins devient très-difficile ou nulle, et la digitaline produit des phénomènes toxiques. Cette observation est confirmée expérimentalement, comme le fait remarquer M. Claude Bernard, par ce fait que le curare absorbé par l'estomac est éliminé peu à peu par les reins et ne produit pas de phénomènes toxiques; mais si l'on fait la ligature des artères rénales, l'animal meurt par l'action du curare, le poison n'étant plus éliminé.

Cliniquement, ce fait est en rapport, comme le remarque M. Charcot, avec cette observation des médecins anglais, que chez les albuminuriques l'opium administré à doses ordinaires peut produire des phénomènes toxiques, il en est de même pour d'autres médicaments; l'absorption de l'essence de térébenthine ne produit pas l'odeur de violette caractéristique dans l'urine des albuminuriques.

Ces observations ramènent à l'histoire du malade dont M. Bouchard a parlé dans les deux dernières séances : ce malade est bien mort d'urémie, le sang contenait dix-sept fois plus d'urée et trois fois plus de matières extractives qu'il n'en existe à l'état normal.

M. *Cornil*, ayant examiné les reins, constate que les lésions sont assez prononcées pour établir la preuve histologique de l'imperméabilité des reins.

Ces faits s'ajoutent donc pour prouver que lorsque les reins deviennent imperméables ou difficilement perméables, les substances médicamenteuses ou toxiques habituellement éliminées par les reins acquièrent une intensité d'action dont le praticien doit être bien prévenu.

M. *Bouchard* communique en outre le résultat de ses recherches sur le mode d'action de l'extrait de valériane chez les polyuriques et les diabétiques.

L'extrait de valériane paraît agir d'une façon variable dans le diabète insipide et le diabète sucré. Cette différence d'action tient à ce que l'extrait de valériane administré à haute dose, 8 grammes en vingt-quatre heures, exerce son action principale sur l'azoturie, c'est-à-dire que ce médicament abaisse considérablement la quantité d'urée excrétée, cette quantité peut tomber de 49 grammes à 25 et même 19 grammes; de plus il y a diminution de la polyurie. La valériane n'agit pas directement sur la glycosurie. M. Bouchard conclut en considérant l'extrait de valériane comme un médicament s'opposant à la dénutrition, un antidéperditeur ou médicament d'épargne. L'empirisme des peuplades sauvages d'Amérique avait déjà profité de cette propriété de la valériane. En effet, les Apaches ou Indiens de la basse Californie, lorsqu'ils sont en guerre, se soumettent à une sorte d'entraînement par la valériane, breuvages, inhalations, frictions, bains, fumigations de valériane, sont les moyens qu'ils emploient *pour se gorger* de valériane. C'est alors qu'ils sont capables de supporter des courses, des privations, qu'on s'expliquerait difficilement sans admettre la puissance de l'entraînement.

M. Bouchard poursuit ses recherches sur l'action des médicaments par rapport à l'excrétion de l'urée; il nous annonce des résultats importants pour la thérapeutique: la liqueur de Fowler, le bromure de potassium : diminuent la quantité d'urée excrétée. Mais l'iodure de potassium augmente l'azoturie, c'est-à-dire exagère l'excrétion de l'urée.

M. Rabuteau est d'accord avec M. Bouchard pour l'action du bromure de potassium sur la diminution de l'urée, puisqu'il l'a démontrée lui-même chez l'homme à l'état physiologique ; mais comme il a observé que l'iodure de potassium diminue également la quantité d'urée chez l'homme sain, il se trouve ainsi en désaccord avec les faits signalés par M. Bouchard. C'est donc une série d'expériences à recommencer, une question litigieuse à résoudre. Elle est, d'ailleurs, fort intéressante à étudier à bien des égards.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus, par le docteur J. Castiaux.

M. Castiaux rapporte l'histoire d'une jeune fille de dix-neuf ans qu'il a eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Fremy. Une exploration très-attentive lui avait permis de constater chez elle l'absence du vagin et de l'utérus et peut-être même des ovaires, quoique les parties génitales externes fussent parfaitement conformées. Elle présentait en outre les symptômes suivants :

Son humeur, depuis longtemps variable, offrait cette mobilité si remarquable chez les hystériques; tantôt gaie, tantôt triste, elle passait tout à coup du rire aux larmes sans aucun motif sérieux.

De temps à autre son ventre se ballonnait, mais cette tympanite disparaissait spontanément. La constipation était opiniâtre. L'innervation de la vessie n'était pas moins troublée que celle de l'intestin. Cet organe, paresseux, se vidait avec peine, et depuis quelques jours la malade n'urinait plus que par regorgement. L'urine présentait tous les caractères de l'urine nerveuse.

La malade accusait en outre au plus haut degré cette constriction ascendante bien connue qui, partant du creux épigastrique, venait la serrer à la gorge (boule hystérique). De temps en temps elle toussait comme pour se débarrasser

d'un corps étranger qu'elle croyait sentir à l'entrée du larynx.

A ces phénomènes vinrent s'ajouter des vomissements continus et incoercibles.

Au milieu de tous ces accidents, le pouls restait normal et l'innervation du cœur ne paraissait pas troublée. La température axillaire ne dépassait pas le taux physiologique.

La sensibilité présentait déjà de notables altérations: certaines zones cutanées étaient le siége d'une analgésie complète. La jambe et le pied gauche étaient complétement insensibles. La cuisse correspondante n'était sensible qu'à sa face antérieure; les faces externe, interne et postérieure ne ressentaient aucune impression.

L'anesthésie s'étendait à la moitié droite de la vulve, tandis que les grande et petite lèvres gauches conservaient leur sensibilité.

Depuis l'ombilic jusqu'à l'appendice xiphoïde, la peau était insensible à droite jusqu'à la ligne blanche; du côté gauche elle était sensible, excepté dans l'étendue d'une bande de la largeur de deux doigts.

A partir des fausses côtes, le tronc, le cou, la face, les membres supérieurs, présentent l'hémi-anesthésie la plus complète: insensibilité à droite s'arrêtant très-exactement à la ligne médiane. État normal à gauche. En terminant cette observation, rendue incomplète par le départ précipité de la malade, qui a voulu quitter l'hôpital après un séjour de quelques semaines, l'auteur fait remarquer que chez cette jeune fille l'absence de vagin, d'utérus, peut-être d'ovaires, exclut tout rapport entre les troubles nerveux et les organes en question. Cette malformation ne l'empêchait pas de présenter tous les traits caractéristiques de l'hystérie confirmée.

Ajoutons enfin qu'il y avait dans l'histoire de cette malade quelques points intéressants dont M. Castiaux n'a pu donner malheureusement la solution complète. Il s'agissait de savoir si, malgré l'absence des organes de la génération, cette jeune fille avait ressenti quelques désirs sexuels. « J'ai procédé avec les plus grands ménagements, dit M. Castiaux; je l'ai questionnée, bien entendu avec toute la réserve possible, et toujours j'ai dû m'arrêter devant les preuves manifestes de l'ignorance la plus complète en pareille matière. Sa mère, ajoute-t-il, n'avait jamais songé à la marier; cependant, si l'occasion s'était présentée, elle ne l'eût pas rejetée. Elle savait bien que sa fille n'avait jamais été réglée, mais elle mettait cette anomalie fonctionnelle sur le compte de la faiblesse de son tempérament. » Chacun devine aisément ce qu'il fût advenu en pareille occurrence. (*Bulletin médical du Nord*, n° 4. — Avril 1873, p. 131-138.)

Travaux à consulter.

HYDROCÈLE DE LA VÉSICULE SÉMINALE, par le docteur SMITH. — Cette observation, très-exceptionnelle, peut se résumer en quelques mots. Chez un homme existait une tumeur occupant la cavité pelvienne, remontant au-dessus de l'ombilic, fluctuante. Le toucher rectal, combiné avec la palpation, démontra la résistance de la tumeur et la fluctuation. Une ponction pratiquée par le rectum donna issue à plus de 5 litres de sérosité brunâtre. Le diagnostic a été : hydrocèle de la vésicule séminale. Le liquide s'est reproduit; on a fait une nouvelle ponction et la tumeur ne s'est pas reproduite. Il semble possible qu'il y ait eu un kyste d'une vésicule séminale, mais il est bien regrettable qu'un examen microscopique du liquide n'ait pas été fait, et que la démonstration du diagnostic n'ait pas été assurée. (*British med. Journ.*, 15 mars 1873.)

RUPTURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE DANS UNE TENTATIVE DE RÉDUCTION DE LUXATION DE L'ÉPAULE, par le docteur LISTER. — Il s'agissait d'une luxation scapulo-humérale datant de sept semaines, pour laquelle on fit des tractions à l'aide de poulies, qui déterminèrent une rupture de l'artère axillaire; celle-ci était athéromateuse; il y eut production d'un anévrysme faux primitif atteignant rapidement le volume d'une tête d'adulte. Le docteur Lister fit l'incision et lia les deux bouts de l'artère; mais le malade mourut, trois heures après l'opération, d'hémorrhagie très-probablement. (*Medical Times and Gazette*, 1er février 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie hydrologique, par Jules LEFORT, membre de l'Académie de médecine, 2e édit. — Paris, Baillière et Fils, 1873. Un fort vol. in-8.

Le livre de M. Lefort est un livre de science appliquée. L'étude de l'eau sous toutes ses formes, auquel il est consacré, est sans contredit pour le médecin une des plus importantes. Au point de vue de l'hygiène, les qualités des eaux dont nous faisons un usage journalier ont sur la santé une influence reconnue par les médecins de toutes les époques, et par le public lui-même. Au point de vue de la thérapeutique, l'eau agissant comme réfrigérant sous forme de glace, ou administrée en douches ou irrigations, ou comme médicament sous forme d'eau minérale, est digne, au plus haut degré, de devenir un objet d'études et de méditations pour le médecin. C'est ce que M. Lefort a parfaitement compris. Il a voulu réunir en un seul volume tout ce qui, sur ce sujet, intéresse l'art de guérir. Son livre présente, condensés et réunis, tous les documents qui se trouvent épars dans un grand nombre d'auteurs qui ont incidemment traité le même sujet. Enfin, nul n'était plus à même que lui de résumer avec autorité la partie purement chimique qui s'impose nécessairement dans un pareil travail. Le chapitre qui touche plus spécialement à l'analyse a été dépouillé, autant que possible, de l'aridité qui accompagne ordinairement les chiffres et les opérations de laboratoire. Les personnes vouées plus spécialement à l'étude de la chimie trouveront là tous les documents nécessaires pour l'analyse des eaux potables ou minérales. Quant à celles qui se sont consacrées à l'étude des autres branches de la médecine, elles pourront également, en faisant appel à leurs souvenirs de chimie médicale, lire avec intérêt ce chapitre; l'auteur a cherché avant tout à être intelligible pour tous.

La première édition de ce livre date de 1859. Depuis cette époque, la science a fait de nouvelles conquêtes, précieusement enregistrées dans l'édition nouvelle. La *production artificielle de la glace*, l'*aération*, l'*emmagasinage*, la *filtration*, la *conservation*, la *conduite des eaux douces*, l'*approvisionnement d'eau potable par l'eau de mer*, et enfin l'*emploi des eaux d'égouts* forment autant de chapitres dont l'importance n'échappera à personne, et qui sont des questions d'actualité quelquefois entièrement nouvelles.

L'étude des eaux minérales s'est également enrichie de chapitres inédits, parmi lesquels on remarque le *jaugeage*, le *débit des sources*, la *sursulfuration des eaux sulfurées*, le *métamorphisme des roches par les sources minérales*, les *eaux minérales artificielles*, les *eaux de mine*, les *lacs salés*, et l'*action des eaux de mer sur les métaux usuels*.

La partie plus exclusivement chimique a fourni l'occasion de relater l'histoire des métaux nouvellement découverts dans les eaux minérales, tels que le *cæsium*, le *rubidium* et le *thallium*. On y trouvera également tout ce qui est relatif à l'emploi du spectroscope; ce merveilleux réactif qui s'adapte si bien, par son excessive sensibilité, à la recherche des quantités minimes d'éléments minéralisateurs.

Le livre de M. Lefort se divise en quatre parties :

La première est consacrée à l'étude des eaux douces envisagées successivement à l'état de glace, de liquide ou de vapeur. La question des eaux potables s'y trouve traitée avec tous les développements que comporte l'importance de la question. Les eaux de sources, de puits, de citernes, les eaux courantes ou stagnantes, soit à la surface du sol, soit dans les courants ou marais souterrains, y sont étudiées au point de vue de leur action sur l'économie. C'est particulièrement dans ce chapitre que se trouvent tous les documents relatifs à l'hygiène. Il est terminé par des considérations sur les eaux d'égouts, les eaux vannes, leur désinfection, et leur utilisation au point de vue de l'agriculture dans les conditions qui peuvent ne pas porter atteinte à la santé publique.

La seconde partie est réservée aux eaux minérales, naturelles et artificielles. On a joint à ce chapitre l'étude des vapeurs d'eaux minérales, leur pulvérisation, les eaux de mer, les lacs salés, les eaux mères, etc. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente cette monographie pour les médecins et les malades.

Dans la troisième partie, on aborde l'examen de chacun des principes constitutifs contenus aussi bien dans les eaux douces que dans les eaux minérales et l'eau de mer; et l'on discute les différentes opinions émises par les auteurs sur la nature et l'origine de ces substances. M. Lefort, dans cette étude, a spécialement insisté sur ceux des corps qui paraissent jouer le premier rôle dans les effets thérapeutiques, tels que le brome, l'iode, le fluor, le soufre électro-négatif, le phosphore, l'arsenic, le fer et les métaux alcalins récemment découverts dont l'action sur l'économie est encore à l'étude.

La quatrième partie est réservée au chimiste, à qui incombe le difficile problème de l'analyse des eaux. L'essai hydrotimétrique, qui ne nécessite nullement des connaissances spéciales en analyse, qui intéresse à un si haut point l'hygiéniste et qui peut être exécuté à l'aide d'un matériel d'instruments très-portatifs, est décrit de manière à être rendu accessible pour tous. Suivent des tables nécessaires aux calculs des analyses.

« Nous nous sommes efforcé, dit l'auteur, tout en n'omettant aucun point essentiel, d'être aussi bref et concis que possible dans l'exposition des faits relatifs à l'hydrologie: nous signalons seulement les découvertes et les innovations qui méritent d'être propagées, et beaucoup d'entre elles sont l'objet de discussions étayées sur les recherches spéciales que nous avons entreprises à cet égard. » L'auteur aurait pu ajouter que cette concision, si nécessaire dans les sciences dont le domaine s'agrandit tous les jours, n'a nullement nui à la clarté du texte.

Tel est, en peu de mots, le livre de M. Lefort. On voit par ce rapide exposé qu'il trouvera sa place dans la bibliothèque de tous ceux qui veulent, sinon suivre les progrès de la science pure, se tenir au moins au courant de ses plus utiles applications.

P. COULIER.

Index bibliographique.

ÉTUDE SUR LA PHTHISIE DIABÉTIQUE, par le docteur E. BERTAIL. Chez Delahaye, 1873.

La phthisie pulmonaire est une des complications les plus redoutables du diabète. L'auteur de ce travail s'est attaché à en préciser les caractères, à montrer ce que peut avoir de spécial la phthisie du diabétique. Bien que Pavy (1862) ait contesté l'existence de la tuberculose vraie dans le diabète, prétendant qu'il ne s'agissait, en pareils cas, que d'une inflammation chronique du parenchyme pulmonaire, on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'au point de vue anatomique la phthisie pulmonaire ne présente rien de spécial chez le diabétique. Tantôt on rencontre la tuberculose proprement dite, tantôt la pneumonie caséeuse; mais, comme nous l'avons vu ailleurs, ce ne sont là que des formes, des manifestations différentes de la tuberculose elle-même. Ce sont les diabètes maigres, épuisés, qui deviennent habituellement tuberculeux. C'est une des terminaisons de la maladie. Elle est fréquente, au point qu'on l'a considérée comme constante au commencement de ce siècle. Il serait intéressant d'avoir sur ce point des renseignements exacts; mais les relevés de Griesinger qui évaluent à 43 pour 100 le nombre des diabétiques qui meurent tuberculeux sont sujets à critique. Il est certain que la tuberculose se montre de préférence chez les diabétiques dont le traitement est négligé et dont l'hygiène est mauvaise.

L'évolution de la tuberculose chez les diabétiques présente quelques particularités. M. Pidoux insiste sur le caractère latent de la phthisie diabétique; elle est sèche, froide, sans réaction. L'expectoration est rare; les sueurs quelquefois nulles, les hémoptysies peu abondantes. La température est remarquablement abaissée. Griesinger parle de température de 34°,6. La maladie présente dans ses allures quelque chose d'insidieux. Elle marche rapidement. Elle peut se compliquer de gangrène; on a signalé dans ce cas l'absence d'odeur des crachats.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie du tubercule chez le diabétique. Les théories sont contradictoires; mais ce que nous avons dit suffit pour montrer que la phthisie diabétique a, principalement dans la marche et dans la symptomatologie, quelque chose de spécial qui motivait l'étude particulière que lui a consacrée M. Bertail.

VARIÉTÉS.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Le *conseil supérieur de l'instruction publique* s'est réuni pour discuter l'importante question de la création des Facultés de médecine en province. Au nom de la commission d'enseignement supérieur, M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a présenté à ce sujet un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

Il y a lieu de créer, dans quelques grandes villes de France, des centres de hautes études. Les Facultés de médecine sont nécessairement comprises dans le groupe de ces établissements d'enseignement supérieur. Il convient d'en augmenter le nombre. On n'en compte que trois en ce moment; on pourrait en placer trois ou quatre autres dans des villes convenablement choisies au point de vue des ressources qu'elles pourraient offrir à l'instruction médicale.

Neuf villes ont fait des offres à cet égard, Lyon, Bordeaux, Nantes, Lille, Toulouse, Marseille, Besançon, Limoges et Rennes. La commission est d'avis que les demandes de ces trois dernières doivent être écartées, ces villes ne paraissant pas offrir des garanties suffisantes au point de vue des besoins des nouvelles Facultés. Elle pense que les offres de Toulouse et Marseille doivent être rejetées, par la raison que ces villes se trouvent placées dans le rayon de la circonscription de Montpellier. Il convient de prendre en considération les demandes de Lyon, Bordeaux, Nantes et Lille. Toutefois, comme il ne paraît ni prudent ni même possible de créer en même temps quatre Facultés nouvelles, il est nécessaire de procéder graduellement et de faire un choix. La seconde ville de France est incontestablement celle qui présente les meilleures conditions pour l'établissement d'une Faculté de médecine; Lyon doit donc obtenir la préférence. Les demandes des trois autres villes pourront être accueillies ultérieurement.

Ces conclusions ont été adoptées à la presque unanimité après une longue discussion. MM. Wurtz et Giraud ont soutenu le projet; des observations en sens contraire ont été présentées par M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

— D'un autre côté, on mande de Lyon à la date du 26 juin, que, dans la séance de clôture de la présente session, le conseil municipal a voté les conclusions du rapport de M. Cailleton, relativement au projet concernant l'établissement à Lyon d'une Faculté de médecine. La ville s'engage à consacrer 4 millions à cette installation. Dans cette somme n'est pas comprise la valeur de 13 000 mètres de terrains qui lui appartiennent et qui forment une partie de l'emplacement de la Faculté. La ville garantit à l'État, pendant cinq ans, l'équilibre entre les recettes et les dépenses de la Faculté. Elle assure également une bonne installation provisoire jusqu'à l'achèvement définitif des constructions.

Il sera ouvert, à cet effet, un concours d'architecture auquel des prix s'élevant à la somme de 35 000 fr. seront affectés. La ville ne contractera pas d'emprunt et fera face aux dépenses avec les ressources constatées par l'administration. Ces 4 millions seront portés au budget extraordinaire et seront payés en quatre termes égaux dans une période de quatre années. Le conseil a invité l'administration à transmettre immédiatement cette délibération au gouvernement.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. — LE NÉPHALISME (νηφάλιος, sobre). — A la séance générale, dont nous avons donné le résumé (voyez le dernier numéro), M. Mérille de Colleville, représentant continental de la ligue néphalienne britannique, a donné des renseignements très-intéressants et aussi très-encourageants sur les progrès du néphalisme en Angleterre.

Le secrétaire général, M. Robert Raë, a constaté, au dernier meeting tenu à Exeter Hall, sous la présidence du major-général R.-C. Stillmann, que l'année écoulée était l'une des plus prospères de celles qui forment l'histoire déjà longue de la ligue. A Birmingham, un congrès de 150 médecins avait eu pour conséquence de grands meetings publics dans lesquels dix-huit médecins néphaliens avaient prêché leur doctrine dans vingt et une villes. Des *select conferences* pour des auditeurs d'élite, des conférences de salon et d'autres réunions d'un caractère privé avaient eu lieu dans beaucoup d'autres villes importantes. A Londres, une conférence spéciale pour les dames en avait réuni un grand nombre à l'hôtel de Cannon street. De semblables assemblées féminines avaient été provoquées dans vingt autres villes par autant de médecins; seize leçons avaient été faites devant les élèves en théologie et ceux des

écoles normales. On a donné de ces conférences aux employés des deux sexes de cinq maisons de commerce en gros de Londres, aux infirmiers et aux malades de quatre des hôpitaux de la métropole, aux détenus de cinq prisons, aux habitants des principaux bourgs élisant des députés au Parlement, à beaucoup d'établissements d'éducation, aux vaisseaux-écoles et aux maisons de correction. Cent missionnaires de la Cité de Londres ont été constamment en route. Un seul d'entre eux a prononcé pour les élèves de 504 écoles élémentaires 718 allocutions dans son année; un autre a fait 5996 visites aux équipages du port de Londres. Des conférenciers et des députations d'honneur ont été envoyés à 2650 meetings. Vingt sermons ont été prêchés dans les temples. La fête annuelle des Buveurs d'eau a réuni à Sydenham-Palace 62 281 personnes. Dix mille exemplaires d'une brochure contenant des speechs prononcés en faveur de l'abstinence totale ont été gratuitement distribués.

Il est résulté de ces efforts un grand bien. L'armée anglaise compte 7732 néphalistes plus 1574 enfants de troupes enrôlés dans le Ban de l'Espérance. La marine possède plus de 2000 adhérents plus un chiffre très-élevé de mousses et d'aspirants ayant juré l'abstinence complète.

Depuis cinquante ans, la Société de Londres a converti, dit-elle, 13 700 000 individus. Elle souhaite à celle de Paris un pareil avenir et lui a envoyé, par l'organe de M. de Colleville, ses félicitations et ses vœux.

— Nous publierons dans le prochain numéro le discours prononcé par M. Passy dans la séance générale de la Société de tempérance.

CONCOURS. — A la suite du dernier concours, MM. Terrier et Delens ont été nommés chirurgiens du Bureau central des hôpitaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Auvray, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe. M. Wiart est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Auvray. M. Lhirondelle est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Wiart. M. Levézicl est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Wiart.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Chartier est nommé professeur de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie (emploi nouveau).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES. — Cette société a présenté, à la séance du 16 courant, son rapport sur la gestion financière de l'Œuvre pendant la guerre. Ses comptes ont été ratifiés par un vote unanime.

Dans la même séance, les membres fondateurs ont pris à l'unanimité les décisions suivantes :

M. l'intendant général Wolf et M. le docteur Cazalas, président du conseil de santé des armées, ont été nommés membres du conseil. Sur la proposition du président, des remercîments ont été votés aux médecins français et étrangers qui ont prêté leur concours à l'Œuvre pendant la guerre, ainsi qu'au comité des dames.

SAGES-FEMMES. — VENTE DU SEIGLE ERGOTÉ. — Le décret que nous faisions pressentir dans notre dernier numéro vient de paraître dans le JOURNAL OFFICIEL qui porte la date du 23 juin. Il est ainsi conçu :

Art. 1er. La vente du seigle ergoté inscrit au nombre des substances vénéneuses qui ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, vétérinaire breveté, pourra également être faite par les pharmaciens sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

Art. 2. L'ordonnance du 29 octobre 1846 est réformée en ce qu'elle a de contraire au présent décret.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 14 au 20 juin 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 3. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 32. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 15. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 250. — Affections chroniques, 282 (1). — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 15. — Total, 702

Londres : Décès du 8 au 14 mai 1873 : 1090. — Variole, 5; rougeole, 33; scarlatine, 9; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 10; bronchite, 92; diphthérie, 11; croup, 8; coqueluche, 57; dysenterie, 3; diarrhée, 18; pneumonie, 66.

(1) Sur ce chiffre de 282 décès, 145 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS.

MM. les Abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE dont l'abonnement expire le 30 *juin* sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 5 *juillet*, il leur sera présenté dans le courant du mois de juillet un reçu de treize francs pour le renouvellement de leur abonnement du *1er juillet au 31 décembre* 1873.

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : La septicémie. — **Travaux originaux.** Pathogénie : Contribution à l'étude de la septicémie. — **Revue clinique.** Ophthalmologie : Entropion compliqué de pannus et de dacryocystite. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Traité de chimie hydrologique. — Index bibliographique. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur A. Dechambre, 3e série, t. I, fascicule 1, Q à RAC ; 1 vol. in-8°. — Paris, G. Masson et P. Asselin. 6 fr.

Éléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement, par le docteur A. Rabuteau ; 1er fascicule. H. Lauwereyns. 7 fr.

Des eaux minérales sulfureuses de Cauterets, par les docteurs Moinet et Gouet, 3e édition, 1 vol. in-8°. 3 fr.

De l'obésité et de son traitement, par le docteur L. Vacher ; suivi d'une conférence sur le traitement de l'obésité, par le docteur Niemeyer, in-8° de 67 pages. — Parie, 1873, Flavy. 1 fr. 50

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par le docteur J. P. Bonnafont. Deuxième édition, revue et augmentée, 1873. 1 vol. in-8 de 700 pages, avec 43 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 10 fr.

Traité de chimie hydrologique, comprenant des notions générales d'hydrologie et l'analyse chimique des eaux douces et des eaux minérales, par Jules Lefort. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, 1873. 1 vol. in-8 de XVI-798 pages, avec 50 figures intercalées dans le texte et 1 planche en chromolithographie. Paris, J. B. Baillière et Fils. 12 fr.

Éléments de chirurgie clinique, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés, par J. C. Félix Guyon. 1 vol. in-8 de XXXVIII-672 pages, avec 63 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 12 fr.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par le docteur T. Gallard. 1 vol. in-8 de 795 pages, avec 94 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 12 fr.

Étude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdite, par le docteur Denis. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Traitement des plaies au moyen de l'acide phénique, et des résultats que la nouvelle méthode a donnés pendant le siége de Paris, par le docteur Déclat. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Traité théorique et pratique de l'avortement, considéré au point de vue médical, chirurgical et médico-légal, par le docteur Émile Garimond. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 7 fr. 50

Etude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit (nævus vasculaire sous-cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé), suivie de quelques remarques sur les angiomes circonscrits de l'orbite, par le docteur Charles Monod. In-8 de 86 pages, avec 2 planches. Paris, J. B. Baillière et Fils. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 3 juillet 1873.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

(Premier article.)

Le 15 octobre 1872, M. Chauffard venait communiquer à l'Académie un remarquable travail sur le typhus exanthématique. Abordant la question de son étiologie avec cette hauteur de vues et cette autorité que, depuis longtemps, chacun peut apprécier, l'honorable académicien fit d'abord justice de certaines allégations émises récemment et sut démontrer que, malgré les déplorables conditions où se sont trouvées la population et l'armée à Metz et à Paris, le typhus ne s'est point développé dans ces villes pendant les longues périodes de leur investissement. Si ce fléau a manqué à l'ensemble de nos malheurs, ce n'est point que les conditions réputées ordinaires de son développement aient fait défaut, que les causes *typhigènes* aient manqué : la faim et l'encombrement semblaient fatalement devoir le produire; chacun s'y attendait, et cependant il n'a point paru. C'est que, suivant M. Chauffard, le sol français et la race latine sont des terrains défavorables à l'éclosion du typhus; nous pouvons le contracter, mais nous devons l'emprunter à autrui, à des races qui y sont moins rebelles, aux Slaves, aux Saxons, aux Indiens; il peut alors faire dans nos rangs de cruels ravages; mais bientôt il s'éteint comme le ferait une plante dans un sol impropre à son développement; il disparaît en ne laissant dans nos contrées qu'un souvenir effrayant, et non point, comme tant d'autres affections zymotiques, des germes épars toujours prêts à produire une nouvelle éclosion du fléau si des conditions favorables viennent à surgir une seconde fois.

Telle fut l'origine de cette discussion, à laquelle MM. Bouchardat, Briquet et Fauvel ont successivement pris part, M. Briquet en reportant devant l'Académie la question déjà si souvent discutée de l'identité du typhus avec la fièvre typhoïde, M. Bouchardat et M. Fauvel en combattant les conclusions de M. Chauffard relativement à l'immunité des races latines et du sol français. Ces deux orateurs ont puisé des arguments dans l'histoire des épidémies les plus récentes de Crimée, d'Algérie, du Mexique, dans les épidémies partielles que l'on a observées en Europe, enfin dans l'appréciation raisonnée des conditions hygiéniques et pathologiques qu'ont présentées les villes de Paris et de Metz. Faisant bénéficier l'Académie des fruits de ses recherches et de son incontestable compétence, M. Fauvel n'a pas consacré moins de trois séances (27 mai, 3 et 10 juin) à une étude rétrospective du typhus de Crimée, à l'histoire peu connue des épidémies qui frappèrent les émigrations tartares en 1860 et 1861, l'émigration circassienne en 1861 et 1864. D'après l'examen rigoureux de ces faits, il ne croit point pouvoir partager les convictions de M. Chauffard. Pour lui, comme pour M. Bouchardat, le typhus demeure la plus haute expression de la désorganisation animale sous l'influence de la famine et de l'encombrement; si, en temps ordinaire, le typhus ne sévit point en France comme il le fait en Illyrie, dans les provinces danubiennes, en Russie, en Silésie, en Irlande, sur les plateaux du Mexique, c'est que dans ces régions, moins avancées sous le rapport de la civilisation, règne toujours une misère profonde que des circonstances éventuelles, des famines en particulier, aggravent encore de temps à autre; alors éclatent fatalement des épidémies terribles; et, si elles laissent derrière elles des germes typhigènes, c'est que la misère ne disparaît non plus jamais chez ces malheureuses populations.

Dans la séance du 17 juin, M. Chauffard reprit la parole pour répondre à M. Briquet au sujet de la question d'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, à MM. Bouchardat et Fauvel sur la question d'étiologie. Moins affirmatif peut-être que dans sa communication du mois d'octobre 1872, il reconnaît que la genèse du typhus doit faire encore l'objet de recherches et d'observations auxquelles la discussion présente servira à la fois de point de départ et de flambeau.

Telle a été, jusqu'à présent, la physionomie générale de cette discussion. Félicitons-nous de ce qu'elle s'est produite, car elle a rappelé l'attention sur une série de faits qu'il importe de conserver. Peut-être n'est-il point dès lors sans importance de reprendre l'un après l'autre les différents points du problème, en montrant pour chacun d'eux les déductions que les orateurs ont su y trouver.

Le point de départ du débat doit naturellement consister dans une révision historique des épidémies récentes, de celles que notre génération a pu observer, analyser et décrire avec plus de précision que ne pouvaient le faire nos prédécesseurs.

Typhus de la guerre de Crimée. — En 1854 se trouvaient réunies, sur le plateau de la Chersonnèse, quatre armées appartenant à des races sensiblement différentes. Les travaux d'un siége long et pénible les immobilisent et les concentrent près des murs de Sébastopol. Ces armées ont déjà souffert du choléra, dans les provinces danubiennes, sur les navires qui les transportent en Crimée, sur cette terre même après leur débarquement. Les fatigues, les privations, les mauvaises conditions hygiéniques, fondent bientôt sur ces vaillantes troupes, auxquelles une administration imprévoyante marchande les objets les plus indispensables à la vie. L'hiver approche, éclate, rigoureux; les hommes, mal nourris, se confinent dans des abris étroits, insuffisants, humides, et bientôt le typhus apparaît.

C'est l'armée anglaise qu'il frappe la première à la fin de 1854, puis, vers février 1855, l'armée française et l'armée turque; bientôt les évacuations de malades le transportent dans les hôpitaux anglais à Scutari, dans les hôpitaux français à Constantinople. Pendant ce temps l'armée russe souffrait non moins cruellement, et des deux côtés de ce long champ de bataille le fléau faisait plus de victimes que les balles et les boulets. D'où venait ce typhus? Était-il né spontanément dans

les rangs des soldats anglais, leur était-il communiqué par les Russes? M. Fauvel n'est pas pour la seconde hypothèse. « Comment admettre, dit-il, que le typhus aurait été communiqué aux armées alliées devant Sébastopol par les Russes, quand nous savons que la maladie s'est montrée parmi ceux-ci à la même époque que dans notre armée, au milieu des mêmes circonstances et alors que les contacts entre les belligérants étaient rares autrement qu'à coups de canon? Ajoutons que ce n'est pas parmi les prisonniers russes qu'on a observé les premiers cas de typhus.» Pour M. Chauffard, ces raisons ne sont point suffisantes; l'armée anglaise pourrait avoir rapporté le typhus de l'Irlande, d'où provenaient un grand nombre de soldats, l'avoir gardé à l'état sporadique jusqu'au moment où les circonstances favorables à son extension se sont développées. Et du reste pourquoi ne l'aurait-elle pas reçu des rangs ennemis même? Les prisonniers ont pu, même exempts de typhus, devenir le véhicule des germes morbides; les exemples ne manquent pas pour prouver que des individus bien portants provenant d'un foyer de contagion sont aptes à servir de moyens de transmission. En ce qui regarde l'armée russe, on pourrait, suivant nous, ajouter qu'il est infiniment probable qu'elle l'a rapporté de l'intérieur même de la Russie, où il existe à l'état endémique. Les régiments, venant par étapes de tous les points de la Russie, avaient franchi, avec de grandes fatigues, plusieurs centaines de lieues. Si nos troupes souffraient en Crimée par l'insuffisance administrative, les Russes ne laissaient pas que d'être bien plus maltraités encore : ils avaient souffert de la faim pendant leur marche lente et pénible; quoi d'étonnant, dans ces conditions, qu'ils aient, eux aussi, possédé le typhus à l'état sporadique bien avant d'être confinés dans les casemates de Sébastopol?

Dans tous les cas, ce furent, parmi les alliés, les Anglais qui les premiers ressentirent l'épidémie. Pour M. Chauffard, il y aurait là un indice en faveur de son opinion. M. Fauvel, au contraire, et avec lui tous les médecins militaires, expliquent ce fait autrement. Les Anglais, qu'une longue période de paix continentale avait déshabitués de la guerre, commencèrent la campagne avec une imprévoyance administrative complète; campement, vivres, baraquements, ambulances, rien de tout cela n'avait été suffisamment organisé. Ils souffrirent donc cruellement pendant le premier hiver; aussi leur mortalité fut-elle considérable. Rappelons pour mémoire ces chiffres, que nous fournissent les statistiques de Chenu : pendant l'hiver 1854-55, sur 75 000 hommes d'effectif, les Français ont 89 885 entrées aux hôpitaux et 10 934 décès, soit **12,2** pour 100 par rapport au chiffre des entrées et **14,5** pour 100 par rapport à l'effectif; les Anglais, sur 31 000 hommes d'effectif, ont 47 749 entrées aux hôpitaux et 10 989 décès, soit **23** pour 100 par rapport aux entrées et **15** pour 100 par rapport à l'effectif. On ne peut attribuer cet excès de mortalité chez les Anglais qu'à l'incurie administrative; l'expérience du deuxième hiver va le prouver surabondamment. Épouvantés par cette mortalité effrayante, les Anglais modifient du tout au tout les conditions hygiéniques de leurs troupes, les logent dans de grandes et belles baraques, bien ventilées, chauffées, soumises à une désinfection fréquente; ils nourrissent leurs soldats abondamment, les protégent, en un mot, par tous les moyens contre les influences dépressives; aussi pendant le second hiver on constate les résultats suivants : sur 50 000 h. d'effectif, 27 144 entrées aux hôpitaux et 606 décès seulement, soit **2,2** pour 100 par rapport aux entrées et **1,2** pour 100 par rapport à l'effectif. Ceci se passe dans l'armée anglaise, fait remarquer M. Fauvel, c'est-à-dire chez des gens que leur race doit, d'après M. Chauffard, rendre plus impressionnables au typhus. Dans l'armée française, au contraire, qu'observe-t-on? Les leçons du premier hiver n'ont pas été mises à profit; quelques améliorations ont été introduites dans les vêtements des soldats; mais ils sont toujours presque aussi mal nourris, ils croupissent sous les tentes-abris et dans les taupinières; aussi sur un effectif de 130 000 hommes il y a 106 634 entrées aux hôpitaux et 21 191 morts, soit **19,8** pour 100 par rapport aux entrées et **16,3** pour 100 par rapport à l'effectif. Tandis que dans l'armée anglaise le typhus n'atteint cet hiver que **31** hommes et ne cause que 1 décès, dans l'armée française on compte **19 303** cas et **10278** décès!

Ces chiffres prouvent que, en dehors du fait de son éclosion, le typhus a subi dans les deux armées une marche inversement proportionnelle à l'application des moyens hygiéniques; ils ne semblent pas suffisants à M. Chauffard pour admettre la genèse spontanée du typhus. « Évidemment, dit-il, lorsque de mauvais l'état hygiénique de l'armée anglaise est devenu bon, l'épidémie typhique a peu à peu décru et a fini par disparaître; mais une épidémie s'épuise alors surtout que les conditions hygiéniques qui favorisaient son extension se transforment, s'améliorent de jour en jour, lorsque tous ceux qui étaient aptes à contracter le mal ont payé leur tribut. »

Ici nous nous permettrons de présenter une observation : Le dernier chef de cette argumentation serait incontestable si les troupes anglaises du premier hiver avaient été aussi celles du second; mais il n'en fut point ainsi. La première armée anglaise, forte de 31 000 hommes, avait perdu 10989 hommes par décès; elle en avait en outre renvoyé une grande quantité en Angleterre, à Malte, à Gibraltar; nous ne pouvons en donner exactement le nombre, mais il fut considérable. On peut donc en inférer que, sur les 50 000 Anglais qui, pendant le second hiver, ne fournissent qu'un décès par typhus, 35 000 au moins venaient de la mère patrie; ils se trouvaient donc dans des conditions semblables à celles de leurs camarades un an auparavant, n'avaient point subi la première épidémie; on comprendrait difficilement pourquoi des gens si aptes à contracter le typhus ne l'auraient pas pris au contact de l'armée française, qui était leur voisine, avec laquelle ils avaient des rapports incessants. Cette immunité ne tient-elle pas essentiellement à l'inégalité des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les deux armées pendant la période 1855-1856?

M. Fauvel admet une grande différence, sous le rapport de la généralisation du fléau, entre le typhus né sur place et le typhus importé : « N'avons-nous pas vu, dit-il, que si le typhus est contagieux et importable à distance, il ne se propage pas facilement en dehors de ses foyers d'émission et ne donne pas lieu à des épidémies envahissantes comme le choléra. L'immunité presque complète de la ville de Constantinople pendant la guerre de Crimée, et mille autres exemples le prouvent. » En effet, tandis que les hôpitaux d'évacuation de l'armée situés dans cette ville voyaient le typhus faire tous les jours des progrès considérables, se substituer à toutes les autres affections, frapper les hommes atteints de scorbut, de congélations ou d'affections chirurgicales, dominer en un mot la scène pathologique, « à peine observa-t-on quelques cas de typhus çà et là dans la ville, principalement dans les quartiers

voisins des hôpitaux ». M. Chauffard explique ce fait différemment : « Rien n'est plus vrai, dit-il, que ces caractères de l'importation typhique, mais en tant qu'il s'agira du typhus importé au sein d'une population valide, placée dans des conditions régulières d'activité et de vie. Cette bénignité relative du typhus importé disparaît et fait place à la plus funeste léthalité s'il s'agit d'une importation au sein de grandes populations agglomérées et déjà affaiblies par une longue suite de souffrances. Ici, quoique importé, le typhus sévira avec toute sa cruelle intensité et prendra une extension qui lui vaudra le caractère épidémique le plus accusé. Il faut se garder de confondre ces deux importations et d'attribuer à l'une les caractères qui appartiennent à l'autre. Si Constantinople eût été une ville assiégée, affamée, le typhus importé y fût devenu un épouvantable fléau ; il s'est éteint au contraire dans Constantinople jouissant de ses conditions hygiéniques normales. »

Dans l'histoire de cette longue épidémie, M. Fauvel nous a montré avec beaucoup de précision quels ont été pour l'armée de Crimée les phénomènes pathologiques précurseurs du typhus, ainsi que la succession des états morbides qui sévissaient sur l'armée dès les premiers jours de la campagne. Le choléra s'était à peu près éteint à la fin de 1854, on ne constatait plus que des cas sporadiques; puis en décembre, en janvier 1855, l'humidité, le froid, la mauvaise alimentation, se traduisent par « des diarrhées et dysentéries chroniques, avec cachexie plus ou moins profonde, souvent accompagnée d'éruptions de mauvais caractère (furoncles, ecthymas, rupias, taches ecchymotiques) » ; les cas de sphacèle des extrémités inférieures s'observent sur les soldats qui passent vingt-quatre heures sur soixante-deux presque immobiles dans la boue des tranchées; ce sont surtout les individus malingres, diarrhéiques, que ces formes de congélation atteignent principalement. En février, ces états s'aggravent, la fièvre typhoïde ne prend pas un caractère de malignité particulier cependant, et l'on ne prononce pas le mot de typhus; mais vers la fin du mois apparaît en Crimée une affection aiguë d'une gravité spéciale, à laquelle succombent dès les premiers moments un grand nombre d'individus ; cette maladie, qui éveille toute l'attention des médecins militaires, se différencie pour eux de la fièvre typhoïde coexistante; Michel Lévy et Fauvel partagent bientôt cette opinion, et le premier, prévoyant que les hôpitaux de Constantinople vont par leur encombrement devenir un foyer où l'incendie se propagera rapidement, réclame avec insistance la dissémination des malades; malheureusement, il lutte en vain contre une administration aveugle qui semble dédaigner ses avis, et bientôt la maladie se répand dans tous les hôpitaux français. Parallèlement croît aussi le scorbut, qui se mélange pour ainsi dire au typhus, et bien souvent il devient difficile de mettre un diagnostic nominal sur ces états morbides complexes où dominent les caractères de la déchéance organique poussée aux plus extrêmes limites.

Pendant le printemps et l'été, la situation s'améliore un peu, mais avec l'hiver, avec le confinement des troupes dans des abris insalubres, avec leur inaction, le froid et tout l'ensemble des causes dépressives, l'épidémie reprend une nouvelle intensité; le scorbut et le typhus suivent encore leur marche parallèle en Crimée ; les évacuations amènent à Constantinople de nouvelles séries de malades, et le typhus se généralise de plus en plus dans les hôpitaux.

En vain on suspend en mars les évacuations de Crimée, le typhus s'alimente par sa propagation même ; en février on comptait à Constantinople (dans les hôpitaux français seulement) 1613 cas venus de Crimée et 1235 développés sur place, donnant 905 décès; en mars on en observe 3307 cas et 1233 décès, soit 37 pour 100.

Comme l'année précédente, pendant le mois d'avril la décroissance de l'épidémie commence et s'accentue partout, les cas sont moins nombreux et moins graves, le scorbut diminue également; bientôt arrive le rapatriement des troupes ; en juillet, en août, l'épidémie achève de s'éteindre, mais l'armée en emporte le germe jusque dans ses vêtements et même en France ; elle laisse sur son passage une traînée typhique de Marseille jusqu'au Val-de-Grâce, où le fléau fait encore de trop nombreuses victimes avant de disparaître complétement.

Cette disparition est-elle due à la répugnance que possède le typhus à s'implanter sur notre sol, au milieu de la race latine ; ou tout au contraire ne doit-elle pas plutôt être attribuée à la dispersion même des individus et des matières imprégnées du poison typhique, à l'ensemble des conditions hygiéniques que l'on oppose à l'extension de la maladie en France? Telle est évidemment l'opinion de M. Fauvel et celle du plus grand nombre des épidémiologistes. Il convient de rappeler ici les mesures prises en vue de ce rapatriement; l'arrêté ministériel du 29 mars 1856, le système des camps d'évacuation créés sur le littoral méditerranéen, le stationnement successif des typhiques à Gallipoli, en Corse, à Malte, etc., et d'en rapporter l'honneur aux conseils de Mélier, de Michel Lévy, de Baudens, de Maillot, que l'on voulut bien écouter cette fois.

Fertile en enseignements de toute sorte, le typhus de Crimée doit demeurer comme un éternel reproche adressé à l'administration supérieure qui maintint nos soldats dans des conditions telles que le fléau put y faire d'aussi cruels ravages. Les avis ne lui manquèrent pas cependant : les inspecteurs militaires Michel Lévy, les Baudens, les Scrive, tous morts aujourd'hui, ne se lassaient point de lutter contre cette incurie de l'administration; ils ne furent point écoutés et n'avaient point l'autorité matérielle nécessaire pour faire prévaloir leurs avis. Leur rôle dut donc se borner à se dévouer sans espoir aux soins de ces malheureux soldats et à recommencer chaque jour une tâche presque illusoire, car quelles ressources peut offrir la thérapeutique la plus éclairée lorsqu'on ne peut combattre le fléau dans son origine même? Ils ne faillirent point à leur œuvre, et soixante médecins militaires succombant à l'épidémie attestent amplement le courage et l'abnégation du corps médical en présence du typhus, comme les travaux des Cazalas, Haspel, Godélier, Garreau, Jacquot, Cambay, Barrallier et de tant d'autres, témoignent de leur zèle à faire servir ces terribles circonstances aux progrès de la science épidémiologique et de l'hygiène militaire.

G. Morache.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Considérations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré, par le docteur Lecorché, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

(Fin. — Voyez le numéro 24.)

Le point de vue auquel on s'est toujours placé, considérant le diabète comme identique avec la glycosurie, devait fatalement

conduire aux résultats thérapeutiques les plus fâcheux. On n'eut en effet qu'un but, combattre la glycosurie, et pour atteindre ce but on employa des moyens qui varièrent suivant l'idée qu'on se faisait de la glycosurie. Pour être logique, on chercha à la faire disparaître en diminuant ici la somme des féculents ingérés, là en tentant de modifier l'état sécrétoire du foie, ailleurs en exagérant les combustions de l'économie. Mais comme la glycosurie diabétique, fait secondaire, ne reconnaît aucune des causes qui servent de bases à ces différentes théories, on n'obtint le plus souvent que des résultats très-incomplets, et lors même qu'on arriva à la faire cesser momentanément, comme on ne s'attaquait pas à la cause même, au diabète dont elle n'est qu'un épiphénomène, il put se faire que, dans les cas les plus heureux, des malades guéris en apparence, cessant d'être glycosuriques, n'en mouraient pas moins diabétiques, c'est-à-dire azoturiques.

Pour montrer toute l'insuffisance du traitement dirigé jusqu'à présent contre le diabète, il nous suffira de passer rapidement en revue les principales de ces médications, qu'on peut ranger sous trois chefs différents. On verra par cette étude que chacune de ces médications correspond à l'une des théories rationnelles de la glycosurie simple et que, très-bonnes contre cet état morbide, elles sont impuissantes contre le diabète et la glycosurie qui en dépend.

C'est en s'appuyant sur d'autres bases, c'est en cherchant à combattre la désassimilation protéique que l'on peut, ainsi que nous l'indiquerons, espérer de traiter avantageusement le diabète et utiliser des médicaments qui, donnés à l'aventure, ne sont pour le malade que d'une utilité très-secondaire.

Par la première de ces médications on n'a qu'un but, empêcher l'introduction dans l'économie d'aliments pouvant augmenter la matière glycogène. C'est ici que nous voyons conseiller la suppression des aliments féculents, du sucre, des fruits contenant des principes sucrés, de l'alcool qui semble en provoquer le développement. Cette médication, qui peut être utile pour combattre certains cas de glycosurie simple, devient insuffisante, ainsi que l'indiquent les faits cliniques, lorsqu'il s'agit de la glycosurie diabétique. La glycose pouvant se former de toutes pièces aux dépens des substances albuminoïdes, finit au bout d'un certain temps, lorsque le diabète est très-prononcé, par paraître de nouveau dans les urines, quel que soit le régime auquel on soumette le malade : preuve que cette médication est pour le moins insuffisante. Mais cette suppression n'est point seulement insuffisante, car si elle a pour médiocre avantage de ne pas surcharger l'économie de principes qui ne sont plus brûlés, elle est parfois et le plus souvent très-préjudiciable au malade ; lorsqu'elle est sévèrement observée, il n'est pas rare de voir l'estomac se fatiguer d'un régime exclusivement azoté ; de là des dyspepsies qui nuisent à la régularité des digestions ; l'absorption des substances ingérées ne se fait plus qu'incomplétement, et bientôt l'on voit survenir cet état anémique si fréquent à la suite des troubles digestifs. Cet état anémique est ici d'autant plus grave qu'il favorise le processus désassimilateur qui constitue le fond du diabète.

Il y a plus, c'est que des conditions locales peuvent s'opposer à l'application du régime auquel on soumet les malades qu'on prive de féculents. Il est des diabétiques qui, à une certaine période de leur maladie, ne supportent aucun des pains de gluten qu'on leur conseille d'ordinaire ; je veux parler de ces diabétiques dont la mastication est plus ou moins gravement compromise par la carie dentaire ou par des stomatites si fréquentes dans le cours de cette maladie. On ne saurait, il me semble, en présence de ces faits, douter des inconvénients qui peuvent résulter, et, cela sans bénéfice pour le malade, de la suppression des féculents.

Certains médecins ont toléré chez leurs malades l'ingestion des féculents. Mais imbus de l'idée que le diabète tient à un ralentissement survenu dans les modifications qu'ils subissent dans l'estomac, ils ont pensé pouvoir prévenir cette maladie, en activant la transformation de la glycose qui doit passer à l'état d'acide lactique pour former l'acide de suc gastrique. Pour faciliter cette fermentation, ils ont cru bien faire en conseillant à leurs malades l'usage de la levûre de bière, de la présure. Les recherches de Snow, de Bennett, de Pavy, n'ont point confirmé les idées théoriques de Bird Herepath. En eût-il été autrement, que cette médication ne serait encore utilisable que contre la glycosurie simple par excès de féculents et non contre le diabète. Dans ces cas mêmes, elle ne semble pas être toujours inoffensive. M. Baudrimont signale des dyspepsies dues à l'ingestion de la levûre, des cas d'ivresse même, dû à la fermentation exagérée des substances féculentes. Pour toutes ces raisons, nous n'hésitons pas à blâmer l'emploi de la levûre de bière comme agent de la médication diabétique.

Nous sommes loin, comme on le verra, et pour cause, de frapper du même anathème le thé, le café et l'alcool, que Rosenstein et Griesinger enveloppent dans une même proscription. Il nous suffira, pour démontrer l'injustice de ces auteurs, de faire voir que cette proscription repose tout entière sur l'idée fausse qu'ils se faisaient du diabète, ne voyant dans cette maladie que la glycosurie et n'y soupçonnant pas comme fait capital le processus désassimilateur protéique. De toute cette médication, plutôt hygiénique, en somme, que thérapeutique, et caractérisée surtout par la suppression des féculents, il ne doit, à notre avis, que rester bien peu de chose, si la nature du diabète est bien telle que nous la supposons.

De même que la théorie de M. Bouchardat sur la glycosurie avait donné naissance à la médication dont nous venons de parler, de même celle de Cl. Bernard devait conduire à une médication destinée à empêcher la formation du sucre dans l'économie en général et dans le foie en particulier. Guidés par cette théorie, les médecins conseillent contre le diabète les révulsifs, la valériane, l'opium, le castoréum, la strychnine, l'électrisation, l'hydrothérapie, pensant ainsi pouvoir modifier des troubles circulatoires et nerveux, cause, à leurs yeux, de la glycosurie diabétique. Les agents que comprend cette espèce de médication n'ont pas tous la même valeur thérapeutique, et s'il en est d'inoffensifs, comme les révulsifs, s'il en est d'autres d'une efficacité douteuse, comme le castoréum, ou d'un emploi difficile, comme l'électrisation des nerfs vagues, il faut reconnaître que certains d'entre eux donnent dans le traitement du diabète les résultats les plus satisfaisants. Tel est l'opium qui, avec raison et de tous temps, a été prescrit contre cette maladie ; telle est aussi la valériane. Mais ce qu'on peut reprocher à cette médication envisagée d'une façon générale, c'est de prêter aux médicaments, dont elle se compose, un mode d'action qu'ils n'ont pas, ou du moins qui semble secondaire. C'est à tort, en effet, que les auteurs de cette médication ne considèrent l'opium que comme un modificateur du système nerveux ou circulatoire ; c'est à d'autres titres, comme nous le verrons, qu'il se recommande dans le traitement du diabète dont il constitue un des médicaments le plus utile ; on peut en dire autant de la valériane, que ces auteurs ne regardent que comme un antispasmodique et qui, bien que moins active que l'opium, partage avec lui des propriétés qui la rendent utile au traitement de cette maladie. Ce qu'on peut encore reprocher à cette médication, c'est d'exclure du traitement du diabète certains agents très-utiles qui ne semblent en rien modifier le système nerveux.

La troisième théorie du diabète, celle de MM. Reynoso et Dechambre devait, comme les deux précédentes, engendrer une médication spéciale. Elle devait naturellement conduire les médecins à chercher le moyen d'augmenter les combustions. Nous savons que, d'après cette théorie, la glycosurie diabétique serait due à l'accumulation dans le sang de la glycose inoxydée. C'est pour atteindre ce but qu'on conseilla aux malades diabétiques des cures d'eau à Vichy, Ems, qu'on les soumit à l'usage des alcalins, qu'on leur prescrivit les médicaments oxydants ou qu'on leur fit faire des inhalations d'un air artificiel contenant de grandes quantités d'oxygène.

Est-il permis d'espérer qu'on puisse, à l'aide de cette médication, atteindre les résultats qu'on s'est proposé d'obtenir? Nous ne le croyons pas et, comme les deux précédentes, cette médication nous semble passible de bien des objections. Nous pensons même que, dans certains cas, elle peut être très-préjudiciable aux malades. Ainsi il y aurait témérité à soumettre à l'usage des alcalins un diabétique arrivé déjà à une période avancée. Pour se convaincre de la vérité de notre assertion, il suffit de se rappeler les propriétés des alcalins qui, ainsi qu'il résulte des recherches de Chevreul, de Maurisset, facilitent les combustions et augmentent ainsi les quantités d'urée, déjà si considérables, rendues par le malade. Lorsqu'ils réussissent au début de la maladie, ce n'est que lorsqu'ils sont administrés à dose modérée, et tout porte à croire que ce n'est point à leur propriété oxydante que l'on peut rapporter l'efficacité dont ils semblent jouir.

A côté des alcalins se rangent tout naturellement les médicaments ou mélanges médicamenteux destinés à favoriser les combustions en introduisant dans l'économie de l'oxygène en excès. Au nombre de ces médicaments se trouvent les chlorates, les permanganates, les mélanges oxygénés; mais si les alcalins peuvent être utilisés dans le traitement du diabète, les chlorates et les permanganates ne peuvent qu'être préjudiciables au malade, si tant est qu'introduits ils cèdent leur oxygène, car ils ne brûleront pas seulement le sucre en excès, ils augmenteront aussi la combustion des substances protéiques dont la tendance à la désassimilation constitue l'essence même de la maladie. Quant aux mélanges oxygénés, ils sont toujours inutiles; leur inutilité se déduit des expériences de Reiset et Renault qui ont démontré que chez l'homme sain l'oxydation du sang dans le poumon avait des limites qu'on ne pouvait, par aucun moyen, lui faire dépasser. Elle a été depuis confirmée par les belles recherches de Gaethgens et Voit, qui ont prouvé que cette capacité baissait énormément chez le diabétique. Il serait donc tout à fait irrationnel de s'imaginer qu'on peut, à l'aide de cette médication, entraver la marche du diabète. Pour nous, cette médication ne repose pas plus que les médications précédentes sur des bases vraies et ne peut conduire qu'à un traitement parfois dangereux, souvent inutile, et en tout cas, toujours insuffisant.

En s'acharnant à ne considérer le diabète que comme une simple glycosurie, ou du moins en faisant de cet état morbide le point de départ du diabète, on arrive, comme on le voit, à n'accepter qu'une médication tout à fait illusoire si l'on fait dépendre la glycosurie de l'ingestion trop considérable des féculents ou de la combustion incomplète de la glycose, et l'on s'expose à proscrire l'usage de certains médicaments de première utilité, comme l'alcool, par ce seul fait que l'usage de l'alcool augmente la quantité de glycose rendue par les urines, ainsi que l'ont prouvé Griesinger et Rosenstein; on ne comprend que d'une façon très-incomplète l'action des médicaments, lorsque l'on constate si l'influence de l'opium, de la valériane, on en conclut que ces substances agissent sur le mode sécrétoire sans s'apercevoir que cette action est plus profonde, et que ces médicaments d'influencent le diabète, qu'en restreignant les pertes d'urée, dont la glycosurie n'es qu'une des conséquences.

Il n'en est plus de même si l'on se place à notre point de vue, si l'on prend pour base du traitement du diabète la seule base vraiment rationnelle, la désassimilation des substances protéiques. Cette manière d'envisager le traitement propre à cette maladie ne date pas d'hier, c'est celle qui a guidé les médecins qui les premiers s'en sont occupés. C'est en effet dans Rollo, Willis et Fothergill, qu'il faut aller chercher les éléments de ce traitement. Sans en avoir aucune des preuves que nous possédons maintenant, ces auteurs étaient arrivés à soupçonner que le diabète était une maladie de désassimilation, et leur thérapeutique n'a qu'un but, s'opposer à cette désassimilation, dont ils ne peuvent pénétrer la nature. C'est cette thérapeutique que doit actuellement tontor tout médecin sensé.

Pour être complet, le traitement formulé dans ce sens doit être hygiénique, médical et chirurgical.

Le traitement hygiénique consiste dans le régime qu'il faut prescrire au malade diabétique. Ce à quoi doit surtout viser le médecin dans la prescription de ce régime, c'est à parer aux pertes en albumine faites par le malade, c'est à les enrayer si faire se peut. Ce régime ne sera autre que celui de Rollo; il aura seulement sur celui de ce médecin l'avantage d'être plus précis, grâce aux acquisitions récentes de la science. Comme Rollo l'indiquait au capitaine Meredith, on doit conseiller de faire de préférence l'usage des substances azotées (viandes, œufs), des graisses, de l'alcool sous toutes ses formes, sans se priver complétement de féculents; on doit y joindre l'usage du thé et du café. Pour compléter ces indications, basées sur la nature intime du diabète, il est bon que le malade s'astreigne à un exercice régulier.

L'action des substances azotées chez ces malades se devine d'elle-même et n'a pas besoin d'explication. Ces substances sont destinées à obvier, dans les limites du possible, aux pertes que le malade fait chaque jour en urée. Rollo conseillait empiriquement, avec succès, l'usage des œufs durs; on peut avoir recours au même moyen, mais rien n'empêche de donner les substances azotées sous une forme plus appropriée au goût du malade.

Les féculents, nous l'avons dit, ne doivent pas être supprimés; leur suppression n'a qu'un avantage, celui de ne pas surcharger le système circulatoire de substances inutiles, destinées à être rejetées en partie sous la forme de sucre de raisin; mais cet avantage n'est en somme que de bien faible importance, et si l'on pense aux inconvénients que nous avons signalés, et qui peuvent résulter de la suppression de cette espèce d'aliments, on comprendra que nous nous gardions bien de les proscrire complétement. Nous sommes même convaincu que les diabétiques n'arrivent à prolonger leur existence qu'en en continuant l'usage. Nous avons vu et pu suivre de nombreux malades qui, en se privant de fécules, étaient rapidement tombés dans un état de prostration qui ne disparut que lorsqu'ils se furent en partie affranchi d'un genre d'alimentation par trop azoté.

L'usage de la graisse a son utilité chez le diabétique. Déjà Rollo la conseillait sous forme de lard. On peut la prescrire à l'état d'huile de foie de morue, de beurre. Sans avoir dans le traitement du diabète l'importance des aliments azotés, la graisse a pour avantage, en se déposant au début dans les tissus de pouvoir prévenir ultérieurement la transformation trop précipitée de diabète gras en diabète maigre, et de retarder par ce seul fait l'apparition de la période cachectique. En outre, d'une oxydation plus facile que les féculents, elle diminue la désassimilation protéique en fixant une partie de l'oxygène.

L'alcool, le thé et le café, qu'un examen superficiel a fait condamner par certains médecins, par ceux surtout qui pour soigner le diabète n'ont eu en vue que la glycosurie, sont dans le traitement de cette malade d'une grande utilité. L'usage de ces substances peut, il est vrai, faire monter le chiffre du sucre rendu par l'urine dans les vingt-quatre heures (Rosenstein), mais ce phénomène n'a, comme nous l'avons dit, qu'une importance médiocre. Ce qu'il faut avant tout rechercher, c'est de diminuer la quantité de l'urée; or, à ce point de vue, l'alcool, le thé et le café constituent des aliments, je dirai même des médicaments de premier ordre. L'alcool peut être donné sous toutes les formes, mais comme il faut éviter à tout prix les désordres locaux qu'il peut produire, tels que la dyspepsie, le catarrhe gastrique, on se trouvera bien d'en varier de temps à autre les préparations; c'est dans ce but que l'on conseillera de préférence aux malades l'usage du vin : les liqueurs, qui ne contiennent l'alcool qu'à l'état de concentration, excitent parfois trop vivement l'estomac. Ce qu'il y

la de particulier, c'est que les diabétiques supportent très-bien et sans présenter aucun signe d'intoxication, des quantités d'alcool parfois considérables. Cette immunité tient sans doute au lavage continu des organes, qui empêche cette substance de s'y fixer et d'y produire les lésions qu'il y fait ordinairement naître.

Un des modificateurs hygiéniques qu'il ne faut pas négliger d'utiliser, c'est l'exercice musculaire, que M. Bouchardat a depuis si longtemps recommandé avec tant de raison. Les recherches de Fick, Wislicenus, Traube, Winogradoff ont, en effet, démontré que c'est aux dépens des substances hydrocarbonées que se produit le travail musculaire. C'est à ce titre qu'il faut le prescrire aux malades diabétiques. En utilisant l'oxygène pour la combustion des substances hydrocarbonées, le travail musculaire entraîne forcément le ralentissement de la désassimilation protéique. N'eût-il pas cet avantage, qu'il devrait être encore prescrit, dans le but d'entretenir le fonctionnement régulier de tous les organes. C'est par la même raison qu'on devra conseiller également l'hydrothérapie lorsque le malade ne sera point encore parvenu à la période de cachexie, et lorsqu'on ne pourra point encore redouter que les douches et les affusions froides soient suivies de réaction incomplète.

Le traitement pharmaceutique consistera dans l'emploi de médicaments dont l'action se traduit surtout par une diminution dans la formation de l'urée. A ce point de vue se recommande l'usage de l'opium, de la valériane, de l'arsenic et, sans doute celui du bromure de potassium. Ces médicaments, dont le nombre est encore assez restreint, ne pourra qu'augmenter aux dépens des agents nombreux qu'on a parfois dirigés avec succès contre le diabète, sans se rendre bien compte de leur mode d'action.

L'opium a de tout temps été conseillé contre le diabète sans qu'on soit arrivé à spécifier quelles étaient ses réelles propriétés; on le voit cité avec éloge par Rollo, Prout, Darwin. Bouchardat crut que son efficacité tenait aux sueurs qu'il provoquait; Brouardel pense qu'il modifie le système nerveux. Nous n'hésitons pas à nous ranger à l'avis de Pecholier et à le regarder comme un médicament d'épargne.

Nous avons eu l'occasion de faire, il y a quelques années, en 1868, sur l'opium des expériences que nous avons poursuivies pendant plusieurs mois; ces expériences, encore inédites, viennent en tous points confirmer l'opinion de ce médecin sur l'action de l'opium. Il nous est arrivé sur bon nombre de chiens soumis à notre expérimentation de constater, sous l'influence de ce médicament, une notable diminution des phosphates et des sulfates, mais surtout de l'urée. Alors que nos doses d'opium ne portaient aucun préjudice à l'appétit, au bout de quelques jours, sous l'influence de ce médicament, nous voyions le chiffre de l'urée tomber de moitié, des trois quarts même. Des tentatives analogues faites sur l'homme nous ont fourni les mêmes résultats. Quelle que soit l'explication qu'on donne de ce phénomène, qu'on en fasse une des conséquences de l'action de l'opium sur les centres nerveux ou circulatoire (modification de tension vasculaire, modification de fréquence des contractions cardiaques), qu'on l'explique par la diminution dans les quantités d'oxygène inspiré dans un temps donné, tous faits que nous avons constatés; peu importe; il n'en est pas moins avéré que par l'opium baisse le chiffre de l'urée, et à ce titre il constitue le médicament par excellence du diabète. C'est très-certainement à ce mode d'action qu'il faut rapporter la popularité dont il a toujours joui contre cette maladie.

En l'employant, il faut se garer toutefois des inconvénients qui peuvent résulter de son administration à haute dose. Il ne faut pas suivre l'exemple de Monez, qui en donnait 1 gramme par jour, ni celui de Trousseau, qui allait jusqu'à 3 grammes. Lorsqu'on le prescrit dans ces proportions, on voit rapidement survenir des troubles digestifs caractérisés par de l'anorexie, par des digestions laborieuses; or, on sait qu'il faut à tout prix éviter ces accidents.

La valériane, comme l'opium, jouit de la propriété de diminuer le chiffre d'urée, et bien que son action nous paraisse moins énergique, nous ne doutons pas qu'on ne puisse l'utiliser dans certains cas.

L'arsenic, conseillé contre le diabète par Begbie, et le bromure de potassium par Berend, sont encore à l'étude. Les résultats obtenus sont trop restreints pour qu'on puisse actuellement se prononcer sans réserve à l'égard de ces médicaments. Toutefois, en s'en rapportant aux études faites par Sée Lolliot, malgré les tentatives malheureuses de Lailler, Siredey, on ne peut hésiter de leur prédire le succès, car ce sont des médicaments d'épargne par excellence.

A côté de cette médication pharmaceutique parfaitement définie, il en est une qui, bien qu'elle ne consiste pas dans l'emploi d'agents d'épargne, n'est pas sans compter quelques succès dans le traitement du diabète. Le mode d'action de cette médication est encore à définir. C'est cette médication qui consiste dans l'emploi des substances alcalines.

Les alcalins ont de tous temps été conseillés contre le diabète, et leur réputation ne se serait certainement pas maintenue à la même hauteur si elle eût été surfaite. Conseillés dès le début avec l'opium par Willis, Rollo et Fothergill, nous les retrouvons faisant partie de toutes les médications; un moment même ils constituèrent à eux seuls toute la médication diabétique; c'est vainement que de nos jours certains auteurs, comme Hirtz, Griesinger, cherchèrent, en se basant sur des idées théoriques, à les bannir de cette médication.

Les alcalins ont été donnés sous toutes les formes: Barlow conseillait le carbonate d'ammoniaque à la dose de 5 grammes par jour; Willis et Fothergill avaient employé l'eau de chaux; Traller recommanda la magnésie à la dose de 6 grammes; Mialhe le bicarbonate de soude à la dose de 6 à 12 grammes. Synarco-Betaldi croit que c'est à la crème de tartre qu'on doit avoir surtout recours; aussi conseille-t-il comme boisson l'usage du vin de Bordeaux, qui renferme une grande quantité de tartrate de potasse.

Actuellement, on a plus volontiers recours à l'usage des eaux minérales; celles que l'on conseille plus spécialement sont celles de Vals, de Vichy.

On s'est demandé quel était dans le diabète le mode d'action des alcalins. M. Mialhe pensait qu'ils combattaient l'acidité du sang, qui s'opposait à la combustion du sucre; mais cette acidité est encore à prouver. Pavy croit que les alcalins possèdent la propriété d'empêcher le glycogène de se transformer en sucre; du reste, pas de preuves à l'appui de cette assertion. Nous croyons que le mode d'action de ces médicaments est des plus simples; nous croyons, en effet, qu'à petite dose ils confirment les expériences de Bernard sur les alcalins. Cet auteur a démontré que, mis en contact avec la muqueuse de l'estomac, ces sels augmentent la sécrétion du suc gastrique, que facilitant ainsi la digestion, ils rétablissent l'équilibre dans un organisme déjà fortement ébranlé. C'est en effet le résultat qu'on obtient lorsqu'on vient à soumettre des diabétiques à une médication alcaline, artificielle ou naturelle; et si, à notre avis, ils ne sont d'aucune utilité contre le diabète, qu'ils peuvent même aggraver, nous pensons qu'ils sont dans certains cas très-utiles au malade. Tous les auteurs sont unanimes à constater ces résultats heureux. A peine les malades sont-ils arrivés à l'une des stations thermales indiquées qu'on voit se rétablir la digestion, le sommeil; ce n'est qu'ultérieurement que se modifie l'urine; seulement il faut bien se rappeler que pour obtenir ces résultats il faut d'une part ne pas exagérer le traitement, il faut d'autre part ne soumettre à ce traitement que les diabétiques qui ne sont pas encore arrivés à la période ultime de leur maladie. En ne tenant pas compte de ces indications, on s'expose dans l'un et l'autre cas à provoquer l'apparition anticipée de cet état cachectique précurseur des complications multiples que nous avons étudiées. C'est dans ces conditions qu'on voit également se produire ces accidents nerveux comateux ou apoplectiformes qui mettent souvent un terme à l'existence du malade.

Le diabète étant une maladie de dénutrition par excellence, la médication sera, comme on le voit, surtout tonique, et pour en suivre les effets on devra peser fréquemment les malades. On se trouvera bien aussi d'adjoindre aux médicaments d'épargne dont nous venons de parler le quinquina et les ferrugineux, variant suivant le besoin l'emploi de ces médicaments; mais c'est surtout à une période avancée du diabète, à l'approche de la période cachectique qu'on devra prescrire l'usage du fer et du quinquina. C'est à ce moment aussi qu'on aura à parer aux accidents qui se lient aux manifestations multiples, qui constituent les complications du diabète. Ces manifestations de nature et de siége divers réclament un traitement qui varie avec chacune d'entre elles, mais qui toujours est primé par la maladie commandant à ces manifestations par le diabète.

C'est surtout au point de vue des opérations que peuvent nécessiter quelques-unes de ces manifestations qu'il faut tenir grand compte du diabète. Landouzy, d'une manière générale, rejette toute espèce d'opération chez le diabétique; pour lui, il redoute le diabète à l'égal du *noli me tangere*. M. Verneuil ne se résigne que difficilement aux opérations; il appréhende les hémorrhagies qui souvent en sont la conséquence. Tous les opérateurs, il est vrai, n'ont pas la même répugnance, et l'on a vu dans ces derniers temps des chirurgiens de premier mérite soutenir l'innocuité des opérations chez le diabétique (Trélat, Legouest, Larrey, Marchal). Il est nécessaire, toutefois, lorsqu'on se décide à opérer dans ces conditions, de se rappeler qu'il est certaines précautions à prendre : tantôt on devra, de préférence, avoir recours à certains procédés opératoires (cataracte diabétique); d'autres fois il faudra n'opérer qu'à un certain moment, par exemple attendre que la gangrène soit délimitée avant de tenter l'amputation ou que l'état général ait été suffisamment modifié par un traitement rationnel.

Médecine pratique.

TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE. Note présentée à l'Académie de médecine, dans la séance du 6 mai, par le docteur JOHANNET (de Chelles).

M'appuyant sur un grand nombre d'observations (l'angine est pour ainsi dire endémique dans ma localité), j'ai pu expérimenter que ce n'est pas tel ou tel traitement qui est bon dans l'angine ; tous ont leur succès, employés d'une certaine façon.

La chose capitale dans cette maladie, quel que soit le gargarisme que l'on aura choisi, c'est qu'il soit pratiqué d'une manière incessante. Il semblerait que l'arrière-bouche ne peut plus sécréter la fausse membrane du moment que le liquide de la gorge ne sera plus le même et que la température sera abaissée; la mousse pourrait-elle se produire sur un toit s'il pleuvait sans cesse? Expliquez la chose comme vous voudrez ; toujours est-il que voici ma pratique depuis cinq ou six ans et que, depuis que je l'ai adoptée, je m'en trouve beaucoup mieux.

Sitôt que j'arrive près d'un malade chez lequel je trouve des fausses membranes dans la gorge, j'oblige ce malade, si je le trouve couché, à se lever au plus vite, et sans perdre de temps je le force à se gargariser avec un liquide quelconque : eau pure, eau rougie, lait froid, peu m'importe, ce qui se trouve là. L'essentiel, c'est que le lavage soit réitéré, incessant ; l'essentiel, c'est qu'il soit continué *jour et nuit* sans sommeil, pendant trente ou quarante heures, tant que les fausses membranes ne seront pas disparues ou tellement modifiées que le danger ne paraisse conjuré.

Ordinairement, je fais placer trois verres différents devant mon malade, un verre d'eau pure, un verre d'eau rougie, un troisième d'eau aluminée (une cuillerée à café de poudre d'alun pour un verre d'eau).

S'il y avait de la fièvre, de la somnolence, de la céphalalgie, tout cela disparaît en quelques heures, ainsi que la constriction de la gorge. Le malade pouvant dès lors facilement faire le mouvement de la déglutition, je l'engage autant que possible à manger n'importe quoi, ce qui lui plaira ; les fruits de la saison : pommes, poires, cerises, oranges. Il va sans dire que, si je peux obtenir du malade qu'il prenne une nourriture plus substantielle, je m'empresse de la lui fournir. Souvent même, dans l'espoir de produire une réaction utile, je prescris une solution de perchlorure de fer (6 grammes pour 200 grammes d'eau) à prendre par cuillerée d'heure en heure et, aussitôt après, une gorgée de lait froid.

Mais il y a des cas où l'eau froide, la simple eau froide, par un lavage incessant, a réussi d'une manière inespérée. Par exemple chez les jeunes enfants, alors que le gargarisme est impraticable, je fais, au moyen de la seringue ordinaire, des injections d'eau dans la gorge, soit par la bouche en ayant soin de peser sur la base de la langue, soit par les fosses nasales lorsque l'enfant apporte une trop grande résistance à ouvrir la bouche. Il faut alors au moins trois personnes : une tiendra l'enfant, les mains et les pieds; une autre fixera la tête comme dans un étau; la troisième enverra l'injection. Dans l'intervalle de ces grands lavages que je fais pratiquer tous les quarts d'heure, j'ai soin de faire avaler de l'eau ou du lait froid par petites cuillerées à café et d'une manière pour ainsi incessante. S'il arrive que l'estomac trop rempli rejette au dehors le liquide absorbé, je m'en réjouis et n'en continue pas moins d'en faire ingurgiter de nouveau, soit par mes petites cuillerées, soit par mes grandes injections avec la seringue.

Je ne nierai pas que ces efforts de vomissements, soit ceux provoqués par cette indigestion de liquide, soit ceux qu'occasionnent les gargarismes d'eau aluminée, ne puissent être très-utiles. Je le crois, mais je les préfère de beaucoup à ceux qu'amènent les vomitifs ordinaires, toujours en pareil cas très-peu actifs et qui ont le tort de prostrer les forces du malade, inconvénient qui n'a pas lieu ou est beaucoup moindre par les vomissements d'eau pure.

Depuis trois mois, je viens encore d'avoir l'occasion d'employer une trentaine de fois cette méthode; je n'ai perdu que deux malades. Encore peut-on accuser la faiblesse des parents, qui n'ont pas eu le courage de faire exactement le traitement et ont préféré laisser dormir leur enfant.

Je vous ai déjà dit qu'au bout de trente ou quarante heures, fréquemment les fausses membranes étaient balayées. Cependant il arrive des cas où elles persistent durant cinq ou six jours. Mais, dès le deuxième jour, il est bien rare que la teinte grisâtre et l'aspect fongueux de la fausse membrane ne soient pas remplacés par une belle teinte nacrée et une surface lisse et polie, ce qui est déjà d'un bon augure et permet de se relâcher un peu de la sévérité du lavage et de laisser un peu de sommeil au malheureux patient.

CORRESPONDANCE.

Service de santé militaire : médecine et pharmacie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs,

D'une manière indirecte, la question de l'émancipation du corps de santé militaire vient d'être officiellement portée par le ministre de la guerre devant l'Académie de médecine. En effet, si nous recouvrions notre autonomie, il faudrait bien établir d'une manière quelconque entre les pharmaciens militaires et nous des rapports qui n'existent aujourd'hui que par l'intermédiaire de l'autorité commune, celle de l'intendance. En un mot, si l'on soustrait pharmaciens et médecins au joug étranger qui pèse sur eux, au grand préjudice des intérêts de l'armée, il faudra de toute nécessité que les uns soient soumis, je ne dirai pas à l'autorité, mais au moins à la haute direction des autres. Or, l'exemple de toutes les armées d'Europe est là pour montrer dans quel sens on doit chercher la solution du problème, et sans doute M. Roucher lui-même ne prétendrait pas donner aux pharmaciens la direction du service de santé de l'armée; c'est même parce qu'il recule devant cette conséquence qu'il est contraint de se faire l'avocat de « la suprématie de l'intendance », — car en somme les quelques pages embarrassées consacrées à ce sujet soi-disant *secondaire* n'admettent pas d'autre conclusion.

Bref, et c'est là le point important auquel je veux arriver, si par malheur l'Académie se prononçait en faveur du *statu quo* relativement aux rapports réciproques des pharmaciens et des médecins militaires, elle porterait un coup fatal à nos espérances d'autonomie, que tout semblait encourager depuis quelque temps, — à commencer par la lettre de M. le ministre. Le vote du haut aréopage médical apporterait à nos adversaires l'appui d'une autorité dont nul ne pourrait récuser la compétence, et deviendrait dès lors leur grand cheval de bataille. Si les pharmaciens et les médecins doivent agir parallèlement sans aucune subordination hiérarchique même mitigée, incontestablement l'unité de direction, si indispensable à l'armée, exige qu'ils obéissent tous deux à une autorité commune, cette autorité fût-elle absolument incompétente, cela vaudrait mieux encore que le désordre absolu.

Il importe donc que l'attention de MM. les académiciens soit éveillée et que la presse les avertisse de la gravité du verdict qu'ils vont prononcer. Dès lors j'ai pleine confiance qu'ils relégueront à l'arrière-plan toutes les considérations accessoires de personnes et d'intérêts; ils ne verront que le sort des blessés et des malades militaires. Qu'importe alors si des esprits minutieux établissent des assimilations sans fondement entre la vie civile et la vie militaire? Encore un coup, à l'armée la discipline et l'unité de direction sont les conditions premières d'un bon fonctionnement, tandis que les organisations civiles admettent mille tempéraments. Comparera-t-on un atelier à une caserne, un chef d'industrie à un général?

Ce point capital bien établi, il n'est pas sans intérêt d'examiner la question au fond. C'est ce que M. Morache, notre savant collègue, vient de faire avec autant de modération que de justesse dans votre numéro du 20 juin. Me permettrez-vous d'ajouter quelques mots à ce qu'il a si bien dit? Cette discussion ouvre pour ainsi dire une grande enquête où chacun a le devoir d'apporter ce qu'il sait, ce qu'il a vu. Or, je puis confirmer de tous points les affirmations de M. Morache. M. Roucher a cité un peu à l'aventure les hôpitaux de Strasbourg; j'ai été attaché comme médecin traitant à l'hôpital militaire de cette ville, et je ne sache pas qu'aucun de mes collègues plus que moi ait jamais obtenu de l'honorable pharmacien en chef de cet hôpital une analyse chimique un peu sérieuse. Inutile de dire qu'aucun de nous ne recourait à la ressource illusoire de la voie hiérarchique : elle exige des délais qui rendent cette voie impraticable pour les recherches cliniques. Veuillez noter que nous étions appelés à faire des conférences aux élèves du service de santé; heureusement le concours bienveillant du regretté M. Hepp no nous a jamais fait défaut, et ainsi c'est dans le personnel civil que nous devions aller chercher des collaborateurs. C'est le même savant chimiste qui nous fournissait libéralement des médicaments nouveaux à expérimenter, — et quelquefois même des médicaments fort connus, — la digitale, par exemple, dont l'état de conservation nous semblait à bon droit suspect à l'hôpital militaire, malgré « l'examen de ces commissions pharmaceutiques » dont nous sommes seulement capables d'être « les témoins ».

M. Roucher a-t-il davantage raison lorsqu'il exalte les services de MM. les pharmaciens en campagne et leur zèle à veiller à ce que rien ne nous détourne de « la chirurgie active » ? Je ne doute nullement que le tableau ne soit exact d'une façon générale, mais la vérité me contraint de dire, la main sur la conscience, que j'ai vu tout autre chose. Durant la guerre de 1870, j'ai été attaché, comme médecin traitant, aux hôpitaux ou ambulances de plusieurs places assiégées; or, dans l'une d'elles (les convenances m'empêchent de préciser) il n'est sorte de taquineries que le pharmacien militaire ne se soit permises contre les chirurgiens, et cela dans les circonstances les plus critiques. Alors que nous ne reposions ni nuit ni jour, que nous étions sans cesse le couteau ou le bistouri à la main, au milieu des blessés, nous ne pouvions obtenir sans un bon préalable même une potion cordiale pour un amputé expirant; il nous fallait quitter une ligature, laver nos mains à la hâte pour signer la formule impérieusement exigée. Voilà, — j'en donne ma parole d'honneur, — comment le pharmacien militaire en question nous donnait son concours pour la chirurgie active! Or, il est intéressant de le remarquer, ce pharmacien était à la rigueur excusable : s'il eût agi autrement, il encourait une punition de notre chef commun (bien entendu je suis ici en pleine théorie, et j'accuse les institutions, non les hommes). En serait-il ainsi si les pharmaciens étaient un peu moins comptables (car, hélas! ils sont surtout cela!), même au prix d'une subordination pleine de ménagements de la part des médecins?

Je vous écris ces quelques lignes, Messieurs, fort à la hâte, entre le courrier qui vient de m'apporter la GAZETTE et celui qui doit remporter ma lettre trois heures plus tard, et n'ai plus que le temps de vous offrir, Messieurs, l'hommage de ma plus respectueuse considération, avec l'expression de mes remercîments pour le zèle intelligent et dévoué avec lequel vous défendez une cause qui est, il est vrai, celle de l'armée et de la France.

X...,
Médecin en chef d'un hôpital militaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

APPAREILS DE CHAUFFAGE A AIR CHAUD. Mémoire de M. *Ducrot*. — La conclusion pratique qui ressort de ce travail est la suivante :

Pour atteindre le maximum de θ (ou excès de la température de l'air intérieur sur celle de l'air extérieur), on n'aura pas à faire varier l'ouverture des bouches de chaleur d'après le feu que l'on fait; ce maximum aura toujours lieu, pour une même chambre, avec une même arrivée d'air. Plus une pièce est grande et facilement refroidie, plus il sera nécessaire, pour utiliser la chaleur produite, d'employer de grandes quantités d'air à une température peu élevée; et, réciproquement, plus une chambre sera petite et chaude, plus on devra restreindre l'arrivée de l'air pour obtenir le maximum de température. Comme conclusion pratique de ce Mémoire, l'auteur indique une disposition d'appareil fondée sur ses théories et qui, entre autres, pour le chauffage de deux pièces par une seule cheminée, a donné les meilleurs résultats.

ÉPILEPSIE. — M. *E. Passot* adresse, de Montauban, la première partie d'un travail sur l'épilepsie, travail qu'il se propose de compléter par la suite. (Commissaires : MM. Cloquet, Bouillaud, Sédillot.)

ARTHROCACE ET ONYXIS. — M. *Fauconnet* adresse, de Lyon, un mémoire intitulé : DE L'ARTHROCACE ET DE SES VARIÉTÉS. DE L'ONYXIS. (Renvoi à la commission du concours de médecine et de chirurgie.

MICROSCOPE ET LAMPE DES MINEURS. — M. *A. Brachet* adresse une nouvelle Note sur l'emploi du corindon et du spinelle dans le microscope et sur le procédé de l'immersion. M. Brachet demande, en outre, l'ouverture d'un pli cacheté qui a été déposé par lui le 26 mai 1873. Ce pli contient une note sur une nouvelle lampe électrique des mineurs. Ces diverses pièces seront renvoyées à la commission du concours Trémont.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 24 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

(Fin. — Voyez le numéro 26.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1873. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie pose la question suivante : « Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires). » — Ce prix sera de la valeur do 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — La question suivante est de nouveau mise au concours : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : « Des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës. » — Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale. Il sera de la valeur de 3000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR BARBIER (voyez plus haut les conditions du concours). — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 2700 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'OURCHES (extrait du testament). — « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25 000 francs, destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir : 1° Un prix de 20 000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière

certaine et indubitable les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction.

» 2° Un prix de 5000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix, ou aucun d'eux, n'aurait pu être décerné. »

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1874. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur la physiologie expérimentale. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — L'Académie décernera ce prix au meilleur manuscrit sur un sujet quelconque d'obstétrique. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. » — Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA. — La question suivante est mise au concours : « De l'aconitine et de l'aconit. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON. — Question posée par le fondateur : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours. — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER (Extrait de la lettre du fondateur). — « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR FALRET. — Question : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1874 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard (d'Argenteuil), Godard, Barbier et Amussat, sont exceptés de cette dernière disposition.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique communique à l'Académie : *a.* L'accusé de réception de la lettre par laquelle M. le ministre était informé que l'Académie de médecine tiendrait sa séance annuelle le 24 juin. — *b.* L'ampliation du décret par lequel la nomination que l'Académie a faite de M. *Hervieux* comme membre titulaire dans la section d'accouchements, est approuvée par M. le président de la République.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi pendant l'année 1872 dans les départements de Seine-et-Oise, du Gard et du Puy-de-Dôme. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Dionis des Carrières* sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans la commune de Crevant, du mois de novembre 1872 au commencement de l'année 1873. (*Même commission.*) — *c.* Le rapport de M. le docteur *Pelat* sur une épidémie de fièvre puerpérale qui a régné dans l'hôpital de Saint-Sauveur de Lille, pendant le dernier semestre de 1872 et les deux premiers mois de 1873. (*Même commission.*) — *d.* Une demande de récompense honorifique pour mademoiselle Gerbois, en religion sœur Marie, en raison des efforts qu'elle a faits pour propager la vaccine et de son dévouement pendant la dernière épidémie de variole qui a eu lieu dans la commune de Milly. — *e.* Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872, dans les départements de l'Ardèche, du Cantal, de la Corse, de Seine-et-Marne, de Seine-et-Oise et de Tarn-et-Garonne. (*Commission de vaccine.*) — *f.* M. le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir s'il y a lieu d'accorder au sieur Bellamy l'autorisation d'expédier en bouteilles les eaux de la source de Mourra, qu'il ne pouvait exploiter jusqu'ici que sur place. (*Commission des eaux minérales.*) *g.* Enfin M. le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir s'il y a lieu d'appliquer quelques modifications dans les règlements relatifs au puisement des eaux minérales. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a.* Copie d'une pétition de M. *de Laval* adressée au conseil municipal de Paris pour obtenir la proscription des tuyaux de plomb pour la conduite et la distribution de l'eau destinée aux usages alimentaires. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Une note de M. le docteur *Tueffert* sur l'étiologie du typhus exanthématique. (*Comm.* : MM. Fauvel, Briquet et Chauffard.) — *c.* Un mémoire de M. *Netter* sur l'historique du typhus, notamment en ce qui concerne le rapport qui relie cette affection au scorbut. (*Même commission.*) — *d.* La lettre que M. le docteur *Gestin*, de Brest, adressait à M. Fauvel à l'occasion d'une épidémie de typhus qui a regné à Rouisan (Finistère). (*Même commission.*) — *e.* Une note de M. le docteur *Guiraud* sur une épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Rio-Janeiro. (*Comm.* : MM. Tardieu, Briquet, Guérard.) — *f.* La note présentée dans une séance précédente, sur un nouveau procédé de dosage de l'hémoglobine dans le sang. (*Comm.* : MM. Lefort et Berthelot.) — *g.* Une note présentée par M. *Gubler*, sur le maté (thé du Paraguay), au nom de M. *Biassou*. (*Comm.* : MM. Lefort, Bergeron et Gubler.) — *h.* Le préfet de Belfort prie l'Académie de l'informer si elle a reçu à temps le travail de M. le docteur *Benoît* sur les épidémies qui ont régné pendant les années 1870-1871 dans le territoire de Belfort. — *i.* Une note de M. le docteur *Mascarel* sur un mode de traitement des tumeurs cancéreuses par des injections hypodermiques faites avec un liquide contenant en parties égales du perchlorure de fer concentré et de l'acide phénique cristallisable. (Renvoyé à l'examen de M. Chassaignac.) — *j.* Une note de M. le docteur *Touchard* sur un cas de grossesse « remarquable, dit-il, par son étrangeté ». (Renvoyé à l'examen de MM. Blot et Devilliers.) — *k.* Un travail manuscrit de M. le docteur *Sistach*, intitulé : DES FIÈVRES PALUDÉENNES DE BONE (ALGÉRIE) ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LA MÉDICATION ARSENICALE. (*Commission des épidémies*). — *l.* Un travail de M. le docteur *Burq* ayant pour titre : NOTE SUR LA MÉTALLOTHÉRAPIE, application du thermomètre à l'idio-métalloscopie ; nouveau moyen pour déterminer sûrement la sensibilité thérapeutique individuelle aux différents métaux et arriver à la connaissance de l'idiosyncrasie en général. — *m.* Des lettres de candidature de MM. *Aug. Voisin*, *Empis*, *Parrot* et *Laboulbène*, pour la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique. — *n.* Une brochure en allemand sur le bégayement, par M. le docteur *Gerbtz*. — *o.* Des lettres de remercîments de MM. *Villemin*, *Louis Caradec*, *Magnan* et *Lespine*, pour les récompenses que l'Académie leur a accordées dans la séance annuelle du 24 juin 1873. — *p.* Un mémoire sans nom d'auteur, pour le prix Civrieux, et portant cette devise : *Sanguis moderator nervorum.*

M. *Dolbeau* présente : *a.* Le TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA SYPHILIS, DES INFECTIONS PURULENTES SYPHILITIQUES, par M. *Armand Després*. — *b.* Un ouvrage de M. le docteur *Gouley*, chirurgien de l'hôpital de Bellevue à New-York sur la chirurgie des voies urinaires. — c. Une note de M. le docteur *Felizet*, intitulée : DES TRANSPLANTATIONS MÉDULLAIRES DANS LES AMPUTATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

M. *Tardieu* offre en hommage à l'Académie : 1° Les LEÇONS SUR LA SYPHILIS ÉTUDIÉE PLUS PARTICULIÈREMENT CHEZ LES FEMMES, par M. *A. Fournier*. — 2° La 4e édition de son MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALE.

M. *Chauffard* dépose sur le bureau, au nom de M. *Prosper Ivaren*, une brochure intitulée : ESQUISSE D'UNE STATISTIQUE MÉDICALE DE LA COMMUNE ET DE L'ARRONDISSEMENT D'AVIGNON.

M. *Jules Guérin* dépose un ouvrage intitulé : LES CLIMATS DE MONTAGNE AU POINT DE VUE MÉDICAL, par M. le docteur *Lombard*.

M. *Larrey* présente : 1° De la part de M. le docteur *Delinode*, une note sur le traitement de la paralysie faciale. — 2° Un travail de M. le docteur *Lubelski* sur le choléra.

Après le dépouillement de la correspondance, dépouillement aujourd'hui fort long et peu récréatif, M. le docteur *Billaudeau*, venu tout exprès de Soissons, fait passer sous les yeux de l'Académie la photographie d'un monstre fort curieux ; c'est un fœtus du genre cynocéphale, n'ayant qu'un œil, comme un cyclope, et armé d'une trompe, comme un éléphant. Disons vite que cette trompe n'a que 2 à 3 centimètres de long, l'auteur soupçonne qu'elle pourrait avoir quelques mouvements.

M. Billaudeau a la malencontreuse idée de terminer sa communication par l'éloge de la photographie, éloge qui ne paraît pas être du goût de l'Académie et que le président interrompt sous prétexte qu'on a autre chose à faire que de la photographie.

M. *Roger* prend ensuite la parole pour lire l'analyse d'un ouvrage anglais du docteur Tweedie sur le typhus *fever*. Cett

lecture ne pouvait venir plus à propos au milieu de la discussion sur le typhus exanthématique, et il faut en féliciter le savant secrétaire.

Comme tous les médecins anglais, M. Tweedie rejette la théorie de l'identité. La dothinentérie et le typhus sont pour lui deux affections essentiellement distinctes, aussi bien par les symptômes que par les lésions anatomiques. Quant à l'étiologie, l'auteur admet, comme tout le monde, l'influence des causes dites banales, la famine et l'encombrement.

Cette courte analyse, substantielle et claire, et qu'on fera bien de lire dans le BULLETIN, est très-écoutée, surtout de MM. Fauvel, Chauffard et encore plus de M. Briquet, qui monte à la tribune avec une moue significative.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.— Si l'on s'en souvient, MM. Fauvel et Chauffard, en se répondant mutuellement, avaient dit, à propos des idées fusionnistes de M. Briquet: « Quant à l'opinion de M. Briquet sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, sa question est jugée depuis longtemps et nous n'insisterons pas davantage. » Et ils avaient passé outre sans plus de cérémonie.

Heurté naturellement par cette façon un peu cavalière de répondre à ses argumentations, M. Briquet revient bravement à la charge, armé d'un discours dont il n'a lu que la première partie. M. Chauffard a beau lui faire remarquer qu'il s'agit d'étiologie et non d'identité, M. Briquet ne veut rien entendre, et l'Académie aura sa démonstration.

Cette fois l'orateur fait donner contre ses adversaires une armée d'épidémies de typhus (40 au moins), tendant à prouver que, depuis quatre cents ans, on a toujours trouvé des lésions dans les épidémies de ce qu'il appelle l'ancien typhus pour le distinguer du typhus moderne, qui ne date que de 1830 et ne présente jamais les lésions de la fièvre typhoïde.

A l'occasion de l'étiologie, il nie formellement l'influence des causes dites banales et met au défi de prouver que la famine ou l'encombrement ait jamais engendré une seule épidémie; défi qui fait bondir M. Fauvel et les hygiénistes.

Ce discours, parsemé d'expressions parfois pittoresques, comme dans le passage où M. Briquet dit que jamais M. Louis n'aurait eu l'idée *pyramidale* d'admettre la distinction du typhus et de la dothinentérie, ce discours, dis-je, accuse une juvénilité et une ardeur de conviction qui font plaisir chez un confrère de soixante-douze ans au bas mot.

Une courte discussion s'engage ensuite entre M. Briquet et MM. Bouillaud, Fauvel et Chauffard, discussion qui tourne bientôt à l'aigre quand M. Chauffard dit que jusqu'en 1830 on a mal observé le typhus, et qu'on a confondu ensemble des maladies parfaitement distinctes. M. Briquet lui répond d'un ton sec que les anciens voyaient aussi clair que les modernes, et que la science ne date pas de 1830, comme voudraient le faire croire les inventeurs de typhus exanthématique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 UIN 1873.—PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

OBSERVATION DE CARREAU AVEC PÉRITONITE ET PERFORATION INTESTINALE: FOIE GRAS PAR RÉTENTION BILIAIRE ET CHYLEUSE. — DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACOCENTÈSE.

La correspondance contient, outre diverses brochures et publications périodiques, un mémoire inédit de M. le docteur Lagout sur l'*herpes labialis;* une lettre du Comité de secours pour les Alsaciens-Lorrains remerciant les médecins des hôpitaux du don en argent qu'ils ont envoyé au Comité, et des soins dévoués qu'ils ne cessent de rendre à nos compatriotes dans les établissements hospitaliers; une lettre de M. Fieuzal, membre de la Société du 8e arrondissement, demandant aux médecins des hôpitaux d'appuyer de leurs signatures une pétition sur l'enseignement de la médecine en France. (Renvoyée au conseil de famille.)

Sur sa demande, M. le docteur Marrotte est nommé membre honoraire de la Société.

— M. *Ferrand* lit une observation intéressante de *carreau* accompagné de péritonite par perforation.

Il s'agit d'une enfant âgée de six ans, entrée le 7 avril à Sainte-Eugénie, pour s'y faire soigner de tubercules pulmonaires. Sans antécédents morbides héréditaires, cette petite fille a toujours été chétive et toussait fréquemment. Depuis cinq mois, la toux est plus tenace, ce qui s'explique par les signes constatés aux sommets (souffle, craquements secs); en même temps sueurs nocturnes, anorexie, fièvre le soir, diarrhée muqueuse, peu fétide. L'abdomen était gros, bombé, un peu douloureux; il y avait un peu d'ascite. Pas d'œdème des extrémités. En présence de ces signes, M. Ferrand conclut à l'existence d'une péritonite chronique avec ou sans tumeurs ganglionnaires.

Ayant institué un traitement approprié, M. Ferrand vit peu à peu la maladie s'améliorer, lorsque, le 30 avril, l'enfant ressentit tout à coup des douleurs abdominales violentes, fut prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, de dyspnée, etc. Le lendemain on constatait les signes locaux et généraux d'une péritonite suraiguë, et l'on s'expliqua sa soudaineté par la probabilité d'une perforation intestinale. La malade mourut le 1er mai.

L'autopsie fit voir la présence de 4 litres de liquide verdâtre, séro-purulent et fétide dans le péritoine, l'existence d'une péritonite aiguë dans la fosse iliaque droite, tandis que dans le reste de son étendue le péritoine ne présente les traces que d'une inflammation chronique ancienne ayant déterminé l'adhérence de tous les intestins entre eux, mais portant plus spécialement sur la collerette du mésentère. Dans toute la surface péritonéale qui double la paroi abdominale, on trouve un semis de granulations tuberculeuses. Le diaphragme, le foie, les intestins, sont également réunis intimement par des fausses membranes.

Les ganglions mésentériques situés au-devant de la colonne vertébrale sont tuméfiés et caséeux; quelques-uns sont complétement ramollis et contiennent un liquide puriforme laiteux dû au mélange du pus et du chyle. Les ganglions qui sont dans l'épaisseur du mésentère sont également volumineux. Dans le péritoine, on rencontre une dizaine d'ascarides lombricoïdes qui sont sortis par l'orifice de la perforation.

L'intestin déplissé présente une double ulcération au niveau d'un ganglion adhérent et ramolli, et dont l'adhérence à l'intestin s'est déchirée. D'après l'aspect des ulcérations, le travail ulcératif a dû n'atteindre la muqueuse de l'intestin qu'en dernier lieu. Le foie est gras, mou, jaune chamois. Un gros ganglion ramolli se trouve à cheval sur le canal cystique qu'il comprime. La rate et les reins sont normaux. Les poumons contiennent des tubercules crus et crétacés aux sommets.

M. Ferrand tire de ce fait les conclusions suivantes:

Le diagnostic du siége anatomique des affections tuberculeuses du ventre est toujours difficile. L'ascite constatée avant l'apparition de la péritonite aiguë était due à la présence des tubercules miliaires, et non aux ganglions qui pressaient sur la veine cave, car il n'y avait pas simultanément d'œdème des membres inférieurs. Toutefois, la dégénérescence graisseuse du foie avec diminution de l'élément vasculaire a dû jouer un rôle important dans la production de l'ascite.

Quant à la dégénérescence graisseuse des lobules du foie, M. Ferrand l'explique par le passage à travers la glande hépatique des matières chyleuses dont le cours régulier était entravé. En effet, le système chylifère était obstrué, les ganglions étaient caséeux et gorgés d'un suc laiteux; le chyle absorbé par les radicules chylifères ne trouvant pas d'issue a dû être repris par les racines de la veine porte, et de là transporté en abondance à travers le foie dont il a infiltré les éléments cellulaires. Lereboullet, en 1853, dans ses recherches *Sur la nature de l'altération connue sous le nom de foie gras*, avait séparé le foie sanguin du foie biliaire, et attribué aux cellules vasculaires l'altération graisseuse. Cette distinction, qui est juste, explique comment un afflux excessif de graisse par les vaisseaux sanguins peut être l'origine de l'infiltration graisseuse des cellules vasculaires du foie.

On sait que Frerichs, nourrissant des chiens avec l'huile de foie de morue, voyait le foie se stéatoser. D'autre part, on sait que Vogel et Wedl ont distingué l'infiltration graisseuse intracellulaire de l'infiltration interlobulaire, et que cette infiltration graisseuse débute par la périphérie du lobule, là où les cellules sont en rapport intime avec les ramifications de la veine porte.

Le fait de M. Ferrand pourrait donc confirmer cette théorie, à savoir que la veine porte est souvent la voie par laquelle les matières grasses arrivent en excès dans l'intérieur du foie pour se fixer dans ses éléments.

— DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACOCENTÈSE ET SUR SON MÉCANISME. — MM. *Beaumetz* et *Moutard-Martin* viennent combattre la théorie proposée par M. Féréol dans la dernière séance.

On se rappelle que M. Féréol invoque, pour expliquer l'expectoration dont il s'agit, la formation d'une perforation spontanée, d'une fistule qu'il appelle pleuro-bronchique, sans qu'il en résulte de pneumothorax.

M. Beaumetz, observant en ce moment un cas d'hydropneumothorax avec expectoration albumineuse se répétant à chaque thoracocentèse, s'est livré à la recherche des qualités chimiques de cette expectoration, et il démontre que le liquide expectoré ne peut provenir de la plèvre, sa composition chimique étant différente de celle de l'épanchement.

Voici d'abord, en résumé, le fait de M. Beaumetz :

Une femme de vingt-deux ans, atteinte, depuis janvier 1872, d'hémoptysies, de toux persistante et de dyspnée, etc., soignée à différentes époques dans les hôpitaux, et en particulier à Saint-Antoine, service de M. Isambert, où l'on constate l'existence d'un hydro-pneumothorax, entra le 29 avril 1873 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Matico. Là, on juge urgent, vu son état grave et les signes certains d'un épanchement abondant de gaz et de liquide dans le côté droit, de faire immédiatement une ponction. On retire 1885 grammes de liquide jaune verdâtre, clair, fluide, sans pus.

Le 30 avril, la malade est moins oppressée.

Le 1er mai, on refait une première ponction en arrière, il ne sort pas de liquide; une seconde ponction est pratiquée en avant, il sort 650 grammes de liquide et une certaine quantité d'air passe de la plèvre dans le corps de pompe de l'aspirateur.

Le 2, la malade a eu une sorte de vomique; elle a craché une assez grande quantité de liquide blanchâtre, aqueux, mousseux. Amélioration, retour de l'appétit, disparition du bruit hydruaérique.

Le 4, nouvelle expectoration blanchâtre.

Le 5, le bruit de succussion a reparu et la respiration s'entend dans une grande partie du côté droit. Rien de particulier jusqu'au 18 mai, jour où une nouvelle ponction est commandée par l'oppression et l'abondance de l'épanchement; 100 grammes de liquide jaune verdâtre, clair, s'écoulent, mais on ne peut en retirer davantage, l'aiguille étant obstruée.

Le 26, ponction avec issue de 1220 grammes du même liquide et de quelques bulles de gaz.

Le 2 juin, expectoration de liquide très-fluide, verdâtre, ressemblant à celui retiré par la ponction; les précédents flux bronchiques étaient blanchâtres et mousseux. L'auscultation démontre toujours l'existence de l'hydro-pneumothorax.

Le 3, nouvelle expectoration, mais cette fois de liquide blanchâtre, mousseux, mêlé à quelques crachats épais : 64 grammes sont ainsi rendus. Ce liquide coagule par la chaleur et l'acide nitrique.

Le lendemain, 60 grammes de liquide sont ainsi expectorés à la suite de quintes de toux ordinaire. M. Bailly, pharmacien de l'hôpital, y constate 0gr,24 d'albumine.

Les 5, 6, 7, 8, 11, le phénomène se renouvelle avec une abondance variable.

Ainsi donc, voici une femme qui, portant un hydro-pneumothorax indubitable, a présenté après plusieurs ponctions et fréquemment cette expectoration particulière qu'on désigne sous le nom d'albumineuse. L'expectoration, placée dans un crachoir, se décompose en trois couches : à la surface, mousse jaunâtre, au-dessous une couche plus considérable de liquide trouble, très-gluant, une couche inférieure formée par des crachats mucoso-purulents.

Voici d'ailleurs l'analyse faite par M. Daremberg, préparateur de chimie au laboratoire de la Charité, de 120 grammes de ce liquide :

Densité 1010 ; liquide mousseux, louche; abondant dépôt de mucus et d'épithélium ; l'addition de l'éther, après décantation, éclaircit ce liquide; l'éther étant évaporé, il se formé des cristaux de cholestérine et de la matière grasse amorphe. Le liquide primitif filtré précipite encore par l'acide acétique, ce qui est dû à la mucine; il précipite encore par le bichlorure de mercure, indice de l'albumine ou des phosphates. Mais ce liquide précipite aussi par la chaleur ce qui est un caractère propre de la présence de l'albumine, à l'exclusion de la mucine et des phosphates. Le dosage de cette albumine donne 1 gramme par litre. Pas d'urates. L'urée y entre dans la proportion de 2gr,360 par litre.

D'autre part, l'analyse chimique de l'épanchement pleural a donné les résultats suivants :

Densité 1020.—Coloration brune. Cristaux d'hématoïdine et présence de biliverdine. — Traces d'urée (0gr,58 par litre). — Mucine en quantité notable. Albumine *abondante*, 66gr,88 par litre.

La différence de composition des deux liquides, dont l'un, expectoré, ne contient qu'un millième d'albumine, tandis que l'autre, épanché dans la plèvre, en contient plus de 66 millièmes, démontre suffisamment que l'expectoration albumineuse n'a pas, dans ce cas, sa source dans l'épanchement de la plèvre.

Cependant, si l'on admettait la théorie de M. Féréol, ne serait-ce pas là la condition idéale du passage du liquide pleural à travers les bronches pour former l'expectoration albumineuse? Un hydro-pneumothorax avec fistule permanente du poumon, qui après chaque thoracocentèse s'accompagne d'expectoration abondante. Il serait très-logique de croire que la plèvre ici se vide par les bronches après les efforts de toux occasionnés par le déplissement du poumon. Impossible pourtant de l'admettre puisque les deux liquides sont différents.

M. Féréol appuie sa théorie purement hypothétique, car sa fistule pleuro-bronchique n'a jamais été constatée dans les observations suivies de mort, sur la fréquence des perforations pulmonaires sans production de pneumothorax. Il donne comme exemple ce qui se passe chez les enfants, mais c'est des adultes qu'il s'agit; or, la perforation du poumon s'y accompagne toujours de pneumothorax, au moins n'y a-t-il pas d'observation bien authentique prouvant le contraire. Puis, la perforation pulmonaire dans le cours de la pleurésie n'a jusqu'ici été rencontrée que dans les pleurésies purulentes, et c'est seulement dans les pleurésies séreuses qu'on a observé l'expectoration albumineuse et seulement lorsqu'on a pratiqué la thoracocentèse.

Enfin, comment supposer que, dans le cas rapporté par M. Féréol, s'il s'était produit une fistule pleuro-bronchique, l'air contenu dans les bronches n'eût pas pénétré dans la plèvre lors de la ponction faite avec l'appareil aspirateur dont la succion est « si puissante et si brutale ».

De toutes ces considérations, il résulte pour M. Beaumetz que la théorie de M. Féréol, celle de la perforation spontanée est, de toutes, la moins démontrée, la plus improbable pour donner la raison des expectorations albumineuses qui suivent la thoracocentèse.

M. *Moutard-Martin*, à son tour, bat en brèche l'hypothèse de M. Féréol.

Dans son travail, il commence par rappeler que dès les premières années qui ont suivi les travaux de Trousseau sur la thoracocentèse, dès la première discussion qui eut lieu à la Société des hôpitaux, Legroux signala la production d'une énorme congestion séreuse du poumon après l'extraction du liquide de la plèvre, et une expectoration séreuse d'une extrême abondance. Il ne poussa pas plus loin la recherche, mais on est en droit d'affirmer aujourd'hui que l'expectoration dont il parlait était albumineuse.

Pendant plusieurs années cette explication (congestion séreuse) fut admise sans conteste. Depuis quelque temps, d'autres explications ont été tentées : celle d'une perforation spontanée sans pneumothorax, *après la thoracocentèse*, proposée par M. Féréol, est-elle admissible?

Dans sa thèse, M. Terrillon admet quatre possibilités pour expliquer l'expectoration albumineuse :

1° Perforation pulmonaire par le trocart;
2° Perforation spontanée;
3° Résorption du liquide restant de la thoracocentèse;
4° Transsudation de liquide séro-albumineux à travers les

parois alvéolaires, par le fait d'une congestion pulmonaire rapide.

La première hypothèse est à rejeter par ce fait que l'expectoration albumineuse ne s'est montrée que dans les cas d'épanchements abondants, dans ceux où le poumon, très-éloigné de la paroi thoracique, était tout à fait à l'abri des offenses du trocart. D'ailleurs, la démonstration de la lésion pulmonaire n'a jamais été donnée.

La troisième explication n'est pas acceptable : la plèvre enflammée, tapissée de fausses membranes, absorbe peu et lentement, puis le liquide rentre dans la circulation générale, et l'on ne voit pas pourquoi le liquide passerait directement de la plèvre dans le poumon par simple absorption.

Quant à la perforation spontanée, elle est fréquente dans la pleurésie purulente, mais extrêmement rare dans la pleurésie séreuse non tuberculeuse. Dans la pleurésie purulente, la perforation spontanée peut se faire sans production de pneumothorax : la plèvre se vide *lentement* de son trop plein, la tension de la cavité pleurale reste suffisante pour empêcher l'introduction de l'air, et les fausses membranes épaisses, la direction de la fistule, peuvent être disposées de telle sorte que le pneumothorax ne peut se produire. Mais les conditions sont tout autres dans la pleurésie séreuse et surtout après la thoracocentèse. Si, comme le veut M. Féréol, la perforation, préparée par un travail sub inflammatoire (lésions factices inventées pour le besoin de la cause) survient après la thoracocentèse pendant un violent effort de toux, il est impossible de comprendre comment l'air contenu dans les bronches n'est pas poussé violemment dans la plèvre ! Mais encore est-il que l'expectoration albumineuse *ne survient pas* pendant l'opération ou immédiatement après, alors que les efforts de toux sont les plus intenses, alors que le liquide s'écoulant par la canule garnie d'une baudruche ou d'une pompe aspiratrice fait un vide dans la plèvre, alors enfin que toutes les conditions sont réalisées pour la perforation soudaine et brusque du poumon. Non, c'est plus tard, quand on n'exerce plus de manœuvres destinées à augmenter le vide de la cavité pleurale capable, par conséquent, de faire effort sur le poumon, que l'expectoration se produit. Enfin, si le liquide venait de la plèvre, comment encore comprendre que l'expectoration soit si abondante quelquefois (2 litres dans une observation de M. Moutard-Martin), alors qu'on a vidé la veille ou le jour même presque complétement la plèvre.

Donc il faut chercher ailleurs que dans la perforation pleuro-bronchique sans pneumothorax de M. Féréol la cause de l'expectoration albumineuse.

La quatrième explication, *congestion rapide du poumon* et *transsudation séro-albumineuse à travers les alvéoles*, déjà conçue par Legroux, puis exposée par M. Hérard à l'Académie, acceptée par M. Moutard-Martin, paraît la seule vraie.

La congestion pulmonaire a été observée par tous les médecins après la thoracocentèse. Le poumon, longtemps comprimé, se dilate et il s'y produit un afflux sanguin plus ou moins considérable, décelé par des signes certains à la percussion et à l'auscultation. L'afflux du sang peut être tel que l'hémoptysie s'ensuive : Legroux en a rapporté un exemple, M. Moutard-Martin l'a également observé. Là est la source de l'expectoration si singulière qui suit la thoracocentèse, et si cette expectoration est albumineuse, tandis que les sécrétions ordinaires des bronches ne le sont pas, c'est que le poumon, comprimé pendant plus ou moins longtemps, est loin des conditions normales : son épithélium est peut-être modifié ou détruit. Et quoi d'étonnant que l'albumine passe à travers les alvéoles pulmonaires quand nous voyons cette substance passer si facilement dans certaines conditions à travers les reins. Longet, Claude Bernard, Robin, admettent l'exsudation séro-albumineuse à la surface des bronches par le fait d'œdèmes pulmonaires provoqués par des lésions du pneumogastrique.

En un mot, M. Moutard-Martin attribue uniquement à la congestion séreuse ou séro-sanguine du poumon l'expectoration séro-albumineuse consécutive à la thoracocentèse.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance suivante.

A. Legroux.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LADOULBÈNE.

SECTION DU TRIJUMEAU CHEZ LE LAPIN; PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS; CALCIFICATION DE LA CORNÉE; ECCHYMOSES DE L'ESTOMAC; THROMBOSES PULMONAIRES : M. VULPIAN. — ACTION DE L'IODURE DE POTASSIUM SUR LA QUANTITÉ D'URÉE EXCRÉTÉE : MM. RADUTEAU ET BOUCHARD. — SUR LE DÉVELOPPEMENT DU BULBE DENTAIRE DE LA SECONDE DENTITION : MM. LEGROS ET MAGITOT. — INFLUENCE DE L'AIR COMPRIMÉ ET DE L'AIR RARÉFIÉ SUIVANT CERTAINES CONDITIONS INDIVIDUELLES : M. BERT. — DESQUAMATION DE TOUT L'ÉPIDERME PLANTAIRE DANS UN CAS DE SCARLATINE : M. OLLIVIER.

M. *Vulpian* communique un fait dont jusqu'à présent nous ne connaissons pas l'analogue. Il s'agit d'un trouble de nutrition observé chez un lapin dont le trijumeau avait été sectionné. La cornée a présenté des lésions congestives qui ont produit une altération singulière, la cornée est devenue le siége d'une production calcaire, il y a eu dépôt de sels calcaires.

M. Vulpian appelle en outre l'attention sur les ecchymoses de la muqueuse gastrique observées par lui dans trois cas de section du trijumeau chez le lapin. Dans deux cas il n'y avait pas eu lésion de l'encéphale, dans le troisième cas il y avait seulement une piqûre du cerveau. Dans un de ces cas on observa une congestion pulmonaire intense, le sang était coagulé dans les vaisseaux pulmonaires. M. Vulpian est d'avis que ces lésions qui ressemblent singulièrement à celles qu'on observe après l'injection de poudre de lycopode dans les vaisseaux, ne représentent pas des lésions vaso-motrices, et qu'il est présumable que les lésions mécaniques osseuses déterminées par la pénétration dans le crâne de l'instrument qui sectionne le trijumeau, peuvent déterminer des thromboses dans les sinus osseux ou dans le diploé, lesquelles seraient l'origine de véritables embolies expliquant les altérations pulmonaires; les ecchymoses gastriques sont plus difficilement expliquées par ce mode d'action, et peut-être sont-elles réellement dues à une action vaso-motrice.

M. *Charcot* rappelle à ce sujet que, chez les apoplectiques, on trouve quelquefois des ecchymoses sous-péricardiques et sous-péritonéales qui peuvent être rapportées à des troubles vaso-moteurs. D'ailleurs, chez les malades atteints d'hémorrhagie cérébrale, M. Charcot a observé des hémorrhagies sous-cutanées du côté hémiplégique, et M. Vulpian avait constaté chez un hémiplégique par apoplexie cérébrale une ecchymose de la muqueuse nasale du côté paralysé. Ces hémorrhagies se produisent dans les premiers jours qui suivent l'hémorrhagie cérébrale.

— M. *Rabuteau*, à propos du procès-verbal, insiste sur la nécessité de tenir compte du régime lorsqu'on expérimente l'action d'un médicament sur la production journalière de l'urée. Peut-être expliquerait-on ainsi la divergence des résultats de l'expérimentation physiologique et de ceux de l'expérimentation clinique.

M. *Bouchard* réplique que, chez les malades qui ont servi de base à ses expériences, il n'avait pas le droit de modifier l'alimentation dans un but expérimental qui aurait pu nuire à la médication, mais que l'effet primitif a été assez net et s'est produit assez rapidement pour qu'il n'ait pas à considérer que l'exagération dans l'azoturie observée dans les vingt-quatre heures, dans la proportion de 19 grammes, atteignant 45 grammes du jour au lendemain quand on donnait l'iodure de potassium, puisse être en rapport avec un changement de régime, avec l'augmentation de l'appétit, laquelle ne s'observe que plus tard.

— MM. *Legros* et *Magitot* communiquent le résultat de leurs recherches sur le développement du germe dentaire de la seconde dentition. Des explications très-diverses ont été proposées au sujet de l'origine du bulbe dentaire des secondes dents. La conclusion la plus importante de ce travail technique, appuyée sur des recherches très-délicates et mise en évidence par des préparations et de beaux dessins, est que le germe de la dent permanente a son origine dans un diverticule du cordon primitif ou canal qui a formé le follicule de la première dentition. Ces résultats sont opposés à la théorie, jusqu'alors la plus accréditée, de Colmann, suivant laquelle les germes de la seconde dentition auraient pour origine les débris épithéliaux du cordon primitif. La théorie de Colmann semblait très-favorable à l'explication de la production des germes et des dents supplémentaires, puisque les restes du cordon pouvaient aussi bien produire plusieurs germes qu'un seul; les faits de MM. Legros et Magitot expliquent au contraire pourquoi les dents surnuméraires sont un phénomène très-rarement observé, parce que c'est, suivant eux, un organe véritable, et non des éléments plus ou moins nombreux, qui produit le second germe; on conçoit qu'un diverticule double du cordon primitif produisant des dents supplémentaires prenne plus difficilement naissance, que le développement anormal des débris d'un organe, qui peuvent tous, comme éléments, présenter des aptitudes à la formation d'un germe dentaire.

— M. *Bert* communique des résultats nouveaux de ses expériences sur l'influence de l'air comprimé et de la décompression. Une chienne avait fait exception à la règle constante des phénomènes observés, elle avait résisté à 7 1/2 et même 8 1/2 atmosphères, bien que brusquement décomprimée. Elle était alors maigre et malingre. Quelques mois plus tard, après avoir été mieux nourrie, elle était forte et vigoureuse; soumise à une pression de 8 atmosphères, elle succomba à la décompression brusque, avec le développement habituel des gaz dans le sang.

Il y a donc, dans l'influence de l'air comprimé, à reconnaître des influences non-seulement dépendant de l'espèce, mais aussi de l'état individuel de la santé. Des ouvriers supportant longtemps une pression déterminée peuvent éprouver des accidents brusques lorsque leur régime ou leur état de santé a changé.

M. Bert ayant examiné l'influence de la respiration dans l'air raréfié sur la production de l'urée, a trouvé que la dépression atmosphérique diminue chez les animaux la quantité d'urée excrétée; ainsi à une dépression de 25 à 30 centimètres un chien ne sécrète que la moitié ou le tiers de la quantité normale de l'urée. La dépression serait donc une cause de la diminution d'activité des combustions.

Ces faits expliqueraient pourquoi, chez les hommes habitant à de très-grandes hauteurs, par exemple 4500 mètres, à Quito, la quantité de force nécessaire pour produire de grands efforts musculaires est réduite à son minimum.

— M. *Ollivier* présente deux échantillons curieux de desquamation épithéliale, recueillis chez un homme qui, à soixante-neuf ans, fut atteint de scarlatine. Tout l'épiderme de la face plantaire est tombé d'un bloc, constituant deux moules parcheminés de la région.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Mensuration thermométrique de la température cutanée chez l'homme, par le docteur ERNST HANKEL.

L'auteur a décrit, il y a cinq ans environ, dans le même recueil, un petit appareil destiné à mesurer la température de la peau humaine. (*Archiv der Heilkunde*, 1868, p. 321.) Depuis cette époque, deux nouveaux travaux, entrepris dans la même direction, sont venus jeter un jour tout nouveau sur cette intéressante question; ce sont ceux de Küchenmeister (*Œsterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, XVI, p. 38) et de Lombard (*Archives de physiologie*, juillet et août, p. 498, 1868).

Le premier de ces investigateurs se servait d'un simple thermomètre à cuvette aplatie, tandis que M. Lombard a employé, comme on sait, dans ses recherches, une pile thermo-électrique (bismuth, antimoine et zinc) et un galvanomètre; mais on peut lui reprocher de n'avoir pas tenu compte, dans ses appréciations, des variations thermiques produites par certaines soudures de l'appareil.

Or, pour qu'une pile thermo-électrique soit exacte, il est nécessaire que les températures des soudures et des divers points de communication non appliqués sur la peau soient connues et constantes.

Pour répondre à ce but, le docteur Hankel a fait construire son appareil avec des fils de fer et de ruolz. La force thermo-électrique de sa pile est, il est vrai, moindre que celle de l'appareil de Lombard, mais la malléabilité des métaux dont il a fait usage lui a permis d'employer des fils assez longs pour que les deux points de soudure soient assez éloignés l'un de l'autre et que l'on puisse ainsi appliquer l'une des soudures sur un point déterminé de la peau, tandis que l'autre est maintenue sur un corps quelconque, dont la température est exactement connue.

Nous nous garderons bien de suivre l'auteur dans la description détaillée mais confuse qu'il donne de son appareil thermo-électrique et des divers moyens auxquels il a eu recours pour arriver à son perfectionnement, car le point qui nous semble le plus intéressant à connaître ce sont les résultats pratiques que ce nouveau moyen d'exploration lui a fournis.

Nous nous bornerons à les résumer ici, en renvoyant, pour plus ample informé, le lecteur au compendieux article du docteur Hankel.

Contrairement à l'opinion de M. Lombard, l'auteur, en explorant la température cutanée de la tête *pendant l'activité cérébrale*, arrive à la conclusion suivante: Le travail intellectuel, même prolongé, ne donne pas lieu à une élévation thermique bien notable du cuir chevelu.

Le docteur Hankel examine ensuite les variations locales de la température cutanée *pendant les mouvements*. Et d'abord, en explorant à l'aide de son appareil thermo-électrique la température de la peau située au-dessus d'un muscle en contraction tonique, il constate un abaissement passager mais constant de 1-9 degrés (de l'échelle de son instrument, ce qui représente à peu près 0°,017 à 0°,15 Réaumur). Ce léger abaissement thermique se montre dès la première minute de la contraction musculaire, rarement dans la seconde, et dure tout au plus deux minutes. A cet abaissement succède une élévation de température relativement assez forte (0°,5 à 0°,034 Réaumur). Les différences thermiques dans ces cas doivent être attribuées, suivant lui, à l'élévation antérieure de la température cutanée, à l'intensité de la contraction et à l'individualité du sujet soumis à l'expérience.

Dans les mouvements alternatifs (d'extension et de flexion d'un doigt par exemple) la température de la peau correspondant aux muscles en contraction successive présente les modalités suivantes: au début, léger abaissement thermique (0°,22-0°,017 Réaumur); après une durée de une à deux minutes, ascension progressive de la température pendant quatre minutes (0°,85-0°,14 Réaumur).

En résumé, pendant les contractions toniques et cloniques des muscles, la température de la peau sus-jacente s'abaisse passagèrement et s'élève ensuite d'une façon assez notable.

Quand la contraction musculaire est intense, la température d'un point de la peau éloigné du lieu de la contraction subit les mêmes modifications thermiques.

L'élévation de la température cutanée est plus grande pendant les mouvements cloniques que pendant les contractions toniques.

Cette différence est facile à expliquer en se fondant sur les expériences physiologiques de Heidenhain, de Helmholtz et de Ludwig. Mais il est plus difficile de comprendre l'abaissement thermique passager constaté par le docteur Hankel, à moins d'invoquer avec lui l'afflux sanguin plus considérable dans le muscle en activité, entraînant par cela même une ischémie des parties voisines et par conséquent une réfrigération momentanée.

Dans une dernière série de mensurations, l'auteur examine la température de la peau pendant la sueur et arrive aux conclusions suivantes :

1° La température de la peau en transpiration monte au commencement de la sueur ou peu de temps avant;

2° Elle reste élevée aussi longtemps que dure la transpiration elle même. Mais ces données ne sont valables que pour les cas où les parties soumises à l'examen thermoscopique restent couvertes; du moment où on les découvre, la température s'abaisse aussitôt.

Le docteur Hankel déduit en outre des résultats précédents ce précepte : que la sueur se produit dès que la différence entre la température de la peau et celle du corps a atteint son minimum. (*Archiv der Heilkunde*, 28 mars 1873, 2 Heft, p. 157-187.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de climatologie générale du globe, études médicales sur tous les climats, par le docteur Armand, ex-médecin chef de l'hôpital militaire de Saïgon. — Paris, chez G. Masson. 1873.

Semblable à tous les êtres organisés, l'homme subit profondément l'influence des milieux; les éléments telluriques et atmosphériques impriment leur cachet à son développement individuel non moins qu'à celui des races elles-mêmes, et de même que la végétation change avec les climats, de même aussi les espèces animales, sans en excepter l'espèce humaine, présentent des types essentiellement variables, que les sciences ethnologiques étudient aujourd'hui, et dont elles tentent de retracer les lois.

Le médecin ne saurait rester indifférent à ces recherches; plus que tout autre naturaliste, il doit étudier les variations de l'organisme humain, les modifications qu'impriment à sa constitution le séjour dans les différents points du globe, les influences pathologiques auxquelles il se trouve soumis par le fait de ses migrations. Comme les familles des êtres organisés, les familles pathologiques (si nous pouvons employer ce mot) se modifient suivant les localités et subissent des transformations dont les causes nous échappent souvent, mais qui n'en existent pas moins et dont la science moderne dévoile tous les jours quelque mystère nouveau.

La géographie médicale est l'une des branches des sciences naturelles dont l'étude comporte encore le plus de difficultés; intimement liée à la géographie générale, elle emprunte une partie de ses documents aux phénomènes astronomiques et météorologiques, aux données fournies par l'orographie et l'hydrographie de chaque région, à la flore, qui est la résultante de tous ces éléments. A mesure que la facilité des communications rend plus accessibles les régions autrefois à peine entrevues, d'intrépides observateurs les vont parcourir au mépris de fatigues et de dangers sans cesse nouveaux. La géographie médicale, autrefois à peine entrevue, tend de jour en jour à se préciser davantage et à quitter le domaine des hypothèses pour entrer dans celui des sciences positives.

Néanmoins les progrès sont encore lents et difficiles, aussi devons-nous accueillir avec faveur les travaux des médecins qui, mus par leur zèle pour la science, font tourner au profit de tous les observations recueillies pendant le cours de leurs voyages et de leurs séjours dans les différentes régions des deux hémisphères.

Parmi ces valeureux chercheurs que la marine et l'armée s'enorgueillissent de compter dans leurs rangs, M. le docteur Armand a su acquérir une juste notoriété. Les circonstances d'une carrière dont tous les instants ont été marqués par les plus éminents services, ont amené M. Armand à parcourir l'Algérie, l'Italie, la Crimée, la Chine, la Cochinchine à la suite de nos armées. Soldat et médecin, doué d'un esprit ingénieux, dont l'originalité prime-sautière se dégage dès la première ligne de chacun de ses travaux, il a déjà enrichi la science de publications accueillies avec une faveur méritée, et dont les principales sont : L'Algérie médicale, publiée en 1854; une Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée, Paris, 1858; les Lettres de l'expédition de Chine et de Cochinchine, publiées en 1851, sans compter nombre de mémoires et de travaux divers, ni la publication d'un journal hebdomadaire : l'Écho médical de Paris, entrepris en 1857 et 1858, feuille véritablement remarquable que le départ de son directeur pour l'armée active vint malheureusement interrompre.

Parvenu à une époque de la vie où l'homme qui a beaucoup vu aime souvent à condenser le résultat de longues années de recherches, M. Armand publie aujourd'hui un ouvrage considérable ayant pour titre : Traité de climatologie générale du globe. Ce titre est peut-être un peu trop vaste, car la climatologie générale ne peut point encore être décrite d'une façon complète, et dans le fait l'auteur n'a pas eu la prétention de la tenter. Personne plus que lui n'en aurait été digne cependant, si l'œuvre était possible.

L'ouvrage de M. Armand est plutôt un résumé d'observations entreprises sur différents points du globe, complétées par celles de nombreux écrivains médicaux; mais il ne forme pas encore ce tout complet que le titre pouvait faire espérer. Ces réserves établies, signalons rapidement les principales divisions du Traité de climatologie.

Les premiers chapitres sont consacrés à mettre le lecteur au courant des notions de géologie, de paléontologie et de météorologie indispensables pour apprécier la valeur des climats et comprendre leurs modes de formation. Il passe ensuite à la géographie anthropologique ou distribution des races humaines sur le globe. La question des langues, capitale en ethnologie, y est même abordée, mais l'auteur passe avec rapidité sur ces sujets, avec trop de rapidité même, car ils auraient mérité de plus longs développements. A propos de la distribution des êtres vivants sur la surface du globe, à peine consacre-t-il quelques pages à ce sujet pour s'étendre uniquement sur les observations recueillies dans un double voyage à travers l'océan Indien et les mers de Chine. Passant ensuite à l'étude des climats partiels, il parcourt rapidement l'Europe, l'Asie, l'Afrique et l'Amérique, ne négligeant pas non plus l'Océanie, décrivant succinctement les principales stations où les Européens ont établi des observations, esquissant à grands traits les caractères orographiques et telluriques, mais réservant la partie médicale proprement dite pour des chapitres ultérieurs, où il leur donnera un plus grand développement.

Les études médicales débutent par l'histoire pathogénique des fièvres climatériques, et, fidèle aux principes déjà développés dans son Algérie médicale et dans son Étude étiologique des fièvres en Algérie et en Italie (Paris, 1857), l'auteur combat de tous ses arguments la doctrine du miasme palustre. Partant de ce fait incontestable que l'on rencontre des fièvres de toute gravité, et même des fièvres pernicieuses, dans des régions absolument dépourvues de toute humidité, séparées de marais par des espaces tels que les vapeurs qui s'en élèvent ne sauraient les franchir, d'autre part s'appuyant sur ce fait, non moins incontestable, que dans certaines conditions on observe des fièvres dites palustres à la suite de l'exposition aux rayons d'un soleil ardent ou, au contraire, à la suite d'un brusque refroidissement de l'atmosphère, comme celui qui succède au coucher du soleil dans les pays tropicaux, M. Armand refuse aux marais et au sol lui-même toute influence sur la production de la fièvre. Pour lui, les « sources fébrigènes éloignées

résident dans l'ensemble, l'intensité et la variabilité des phénomènes thermo-électro-hygrométriques; les causes prochaines ne sont autres que les perturbations physiologiques qui, sous leur influence, se produisent dans tout l'organisme, et notamment la perversion fonctionnelle du système nerveux » (voy. page 282).

Nous n'avons qu'à signaler ici cette opinion, déjà émise par Eisenmann et même par Pallas, à la défense de laquelle l'auteur déploie un grand talent. Prenant corps à corps chaque fait en particulier, passant en revue les différentes opinions émises sur l'origine de la fièvre, descendant même dans le domaine des faits particuliers, il n'abandonne la discussion que lorsqu'il croit l'avoir complétement épuisée. Souvent la logique parle hautement en sa faveur; il n'en saurait être autrement lorsqu'on trouve en pareille discussion la plus entière bonne foi jointe à une vive originalité. Cependant nous regrettons de ne lui avoir pas vu suffisamment tenir compte des travaux récents publiés sur l'origine des fièvres dites paludéennes; écrites il y a déjà plusieurs années, les observations de M. Armand auraient pu se compléter par les travaux de Salisbury, attribuant l'origine de la fièvre à l'introduction dans l'organisme de spores cryptogamiques du genre inférieur des *palmellæ*, qu'il décrit sous le nom de *gemiasma* (voy. *Revue des cours scientifiques* du 6 novembre 1869, traduction d'un mémoire inséré en 1862 in *American Journal of the medical sciences*, 1866, pages 51 et 75), réfutées en partie par Wood, même publication, 1868, pages 333-352); il aurait également trouvé un précieux auxiliaire dans un de ses collègues, M. Colin, dans son TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES (Paris, 1870), cet écrivain démontre que dans beaucoup de localités la fièvre intermittente paraît due à des influences telluriques développées en dehors de toute action marécageuse.

L'auteur, qui a su ébranler avec talent la doctrine de l'influence unique du marais sur la production de la fièvre, n'entraîne pas autant la conviction lorsqu'il s'agit d'édifier un nouveau système, et c'est précisément en ce point qu'une appréciation plus complète des travaux récents eût peut-être été pour lui d'un assez puissant secours.

Passant ensuite aux maladies climatériques, l'auteur résume les questions épidémiologiques se rattachant au choléra, au typhus, à la dysentérie, au scorbut même, qui cependant ne dépend guère du climat; il passe ensuite en revue les maladies climatériques des stations de l'Asie, de l'Afrique, de l'Europe, où il ne parle que de quelques points spéciaux, comme Paris, Lyon et la province de Bretagne; puis, franchissant l'Atlantique, il arrive en Amérique, qu'il parcourt du nord au sud pour passer de là en Océanie et revenir ensuite aux États-Unis. Quelques-unes de ses études sont traitées à fond, d'autres à peine ébauchées, faute de documents, sans doute; d'autres enfin manquent absolument, et c'est précisément un *desideratum* que nous espérons voir combler par l'auteur.

L'œuvre du docteur Armand, telle qu'il la présente aujourd'hui au public, n'en est pas moins un monument considérable, riche de faits, marqué au coin de l'originalité la plus vive, et si quelques points semblent au premier abord avoir trop d'extension, nous ne nous en plaignons pas : ce sont ceux précisément où l'auteur se montre le plus lui-même, où il charme le lecteur et l'entraîne à sa suite quelquefois en dehors de la médecine proprement dite, mais toujours sur un terrain rempli d'intérêt.

Comme nous le disions en commençant : résumé d'une longue et laborieuse carrière, d'observations judicieuses exprimées avec élégance et clarté, le TRAITÉ DE CLIMATOLOGIE GÉNÉRALE marquera, nous n'en doutons pas, dans la littérature médicale française, et sera fréquemment consulté en raison du nombre considérable de faits qui s'y trouvent réunis.

G. MORACHE.

VARIÉTÉS.

RÉGIME ALIMENTAIRE DU SOLDAT.

Une modification importante vient d'être apportée dans l'une des parties capitales du régime du soldat. Jusqu'à présent, la ration quotidienne de viande demeurait fixée à 300 grammes sur le pied de guerre, à 250 sur le pied de paix. Les médecins, les officiers du commandement, reconnaissaient l'insuffisance de cette ration, et le gouvernement cherchait dès 1861 (règlement du 14 décembre) à améliorer cette situation en substituant à l'achat de la viande par compagnie le système de la fourniture par corps de troupes au moyen de marchés passés avec les entrepreneurs. Mais, dans un grand nombre de localités, le prix de la viande s'élevant tous les jours davantage, les régiments arrivaient à grand' peine à passer des marchés avec les bouchers; ne pouvant consacrer à l'achat de la viande qu'une somme très-minime, et la même sur tous les points du territoire (Paris et Lyon exceptés), pour donner au soldat les 250 grammes réglementaires, on devait souvent se contenter de viande de qualité très-médiocre.

L'essai tenté depuis 1861 ne donna donc pas de résultats bien satisfaisants; quelques officiers proposaient d'en revenir à l'ancien système de l'achat par compagnie, sans marchés passés avec un fournisseur. Peut-être, disaient les partisans de cette méthode, en s'adressant aux bouchers détaillants on pourra avoir, sinon des bons morceaux, du moins les parties moyennes, mais en tous cas de bonne viande, de celle que l'on vend pour le public.

Le gouvernement a pris une mesure plus radicale. Au lieu de laisser aux corps de troupes l'achat de la viande sur les fonds de l'ordinaire, il la fournira lui-même, en nature, comme il fournit déjà le pain; la ration sera uniformément portée à 300 grammes, même en temps de paix.

On a résilié tous les marchés passés individuellement par les corps de troupes, et le ministre de la guerre, traitant directement avec de grands entrepreneurs, a mis en adjudication la fourniture de la viande par zones territoriales. Les adjudicataires ont dès lors de grandes livraisons à effectuer, peuvent faire leurs approvisionnements en conséquence et agir avec des capitaux considérables. Les marchés passés récemment ont tous été mis à exécution à partir du 1er juillet 1873.

Depuis ce jour, chaque régiment touche donc autant de fois 300 gram. de viande qu'il a d'hommes présents à l'effectif. Les filets, comme morceaux de luxe, les têtes, pieds et autres abats restent à l'adjudicataire; les quatre quartiers figurent seuls dans la distribution.

Pour la 1re division territoriale, comprenant les départements de la Seine, Seine-et-Oise, Oise, Seine-et-Marne, Aube, Yonne, Loiret, Eure-et-Loir, le marché passé avec un seul adjudicataire a été fait, — croyons-nous, — à raison de 1 fr. 23 par kilogramme.

Nous applaudissons sincèrement à cette mesure, qui aura pour effet certain de modifier avantageusement le régime de nos soldats. Si elle semble constituer une charge nouvelle pour le budget, peut-être comblera-t-on ce déficit par une diminution des journées d'hôpital. Dans tous les cas, ce serait une dépense juste et utile, de celles que le pays acquittera toujours avec satisfaction.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. — Séance générale. — Extraits du discours de M. PASSY.

«.... Il n'est pas de société qui ne renferme un très-grand nombre de familles subsistant uniquement du salaire d'un travail manuel. L'indigence ne cesse de les menacer, et il suffit d'un accident pour qu'elle devienne victorieuse. Eh bien! ces familles n'ont pas de pire ennemi, ne rencontrent pas de cause de détresse plus active, plus puissante que l'abus qu'elles font des boissons alcooliques. Dans un pays voisin, en Angleterre, on a évalué à plus de cinq cent millions de francs la somme que les habitudes d'ivrognerie enlèvent chaque année aux masses populaires : ajoutez-y les pertes causées par les maladies, par les chômages, par les accidents divers qu'entraînent ces habitudes, et vous arriverez à un chiffre énorme. Les impôts peuvent être lourds; il est regrettable qu'ils ôtent aux pauvres quelques-uns de leurs moyens de bien-être; mais que sont-ils auprès des charges que leur imposent l'ivrognerie, la servitude des vices qu'elle engendre? Je le dis avec une entière conviction : si l'ivrognerie cessait ses ravages; si les chefs, les membres des familles en lutte avec le dénûment cessaient de sacrifier aux ignobles joies du cabaret une partie des rémunérations dues à leurs labeurs, bientôt dans leurs rangs s'amasseraient des épargnes, bientôt aux revenus du travail quotidien ils joindraient ceux de petits capitaux, et bientôt aussi on les verrait s'élever graduellement eux et les leurs à de meilleures et plus hautes destinées.....

Deux choses en Europa ont contribué a favoriser les progrès de l'intempérance : l'une, c'est l'abaissement du prix des alcools, l'autre, l'impunité assurée à l'état d'ivresse. La substitution malheureuse des alcools tirés du cidre, de la battcrave, des grains, à ceux que produisent les fruits de la vigne, a réduit le prix à moins du tiers de ce qu'il était autrefois; sa consommation a pu s'étendre en raison de l'amoindrissement des dépenses qu'elle occasionnait. A cala, il y a un remède fort simple : c'est l'élévation des taxes sur les alcools jusqu'au chiffre ou la fraude trop encouragée viendrait déjouer les efforts du fisc. Quant à l'impunité pour l'ivressa, déjà, elle a cossé d'exister. Une loi récemment randue frappe les coupables, at cette loi commance à opérer : car à Paris at dans le département de la Seine, le nombre des jugements et des peines édictées s'est accru da mois en mois. Ainsi, en simple police, ce nombre qui était en mars dernier da 694 saulement, s'est élévé an mai à 1636 et au correctionnel de 152 à 203. C'est quelque choso que l'intervention de la loi; mais, cette loi, à mon avis du moins, n'est pas assez sévère. Il faut que l'ivrogne soit atteint dans l'esprit de ceux qui l'antouront, frappé de la déconsidération qu'il mérite, et le châtiment le plus efficace serait, suivant l'espèce des cas, la privation plus ou moins longue de l'exercice des droits civiques ajoutée aux autres pénalités.

Il est un moyen d'action en usage en Suède, dont l'emploi serait seul décisif : c'est l'intervention directe de l'État dans la création et la régime das débits de boissons, limitation du nombre des cabarets. Retrait des licences à la moindre infraction à la défense de laisser les buveurs s'enivrer, surveillance active et sévère des agents de l'autorité, voilà les mesures auxquelles il faudrait recourir pour atteindre le mal à sa source et en contenir la déplorable extension.

Maintenant, ces mesures, les pouvoirs publics consentiront-ils à les prendra et à en assurer la complète exécution? S'il fallait en juger par les paroles récemment tombées de haut dans un pays voisin, il serait permis d'en douter. En effet, là, le chancelier de l'Échiquier répondait à ceux qui s'élevaient contre l'abus des boissons spiritueuses, qu'il fallait bien se garder de rian faire qui puisse diminuer les recettes de l'État, et un personnage politique da grand renom ajoutait gaiement que les ivrognes de l'Angleterre avaient payé la rançon de l'Alabama. Chose étrange et triste. Un intérêt fiscal l'emporte sur les injonctions de la morale. Des hommes d'un savoir éminent, d'un dévouement complet au bien de leur pays, oublient, en présence des besoins du Trésor, qu'il est d'autres moyens d'y pourvoir et que la richesse d'une nation dépend avant tout de l'état des mœurs et qu'elle ne s'accroît et ne se répartit sous les formes les plus heureuses qu'à la condition que les masses populaires, dégagées du poids des charges imposées par des habitudes vicieuses, amassent des réserves et contribuent activement à la formation des capitaux qui rétribuent leurs labeurs..... »

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Disposition additionnelle au programme du concours pour les emplois d'élève* (inséré au *Journal officiel* du 20 avril 1873). Le ministre de la guerre a décidé, le 22 juin 1873, que les étudiants en médecine qui justifieront de 16 inscriptions valables pour le doctorat et les étudiants en pharmacie qui seront munis de 12 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de première classe, seront admis à prendre part au prochain concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire, à la condition, pour les premiers, de n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans révolus au 1er janvier dernier, et, pour les seconds, l'âge de vingt-quatre ans accomplis à la même date.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Demolombe, doyen de la faculté de droit de Caen, est élu membre du conseil par les facultés de droit, en remplacement de M. Ch. Giraud, qui a opté pour l'Institut.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LYON. — M. *Berne*, suppléant pour les chaires de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Pétrequin, admis à la retraite. M. *Crolas*, suppléant pour la chaire de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé professeur adjoint de pharmacie, en remplacement de M. Davallon, admis à la retraite. M. *Letiévant*, suppléant hors cadre et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Chauvin, décédé. M. *Gayet*, suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie, en remplacement de M. Berne, appelé à d'autres fonctions.

Sont nommés professeurs honoraires à ladite École : MM. Pétrequin, professeur, admis à la retraite; Davallon, professeur adjoint, admis à la retraite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Berger, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Buissard, décédé.

HÔPITAUX. — Le conseil municipal de Paris a voté des réparations à exécuter à l'hôpital de la Charité dans la limite d'une somme de 12 000 francs, et par voie d'adjudication (rapporteur M. Dapaul). Même vote, sur le rapport de M. Thulié, pour réparation à l'hôpital La Riboisière. Même dépense.

CHOLÉRA. — La choléra asiatique a fait son apparition en Italie : on a constaté plusieurs cas dans certains villages de la Vénétie. Le professeur Manias, de Padoue, a été appelé, et son autorité ne permet guère d'avoir des doutes. Le gouvernement prend les mesures usitées en pareille occasion. Le nombre des constatations est seulement de 20 jusqu'à présent; mais la saison est si chaude et si malsaine qu'il y a là un sujet de crainte malheureusement trop sérieux. (*Journal des Débats.*)

— On va construire, à Moscou, un nouvel hôpital pour les classes ouvrières, composé de nombreuses maisonnettes ou baraques qui contiendront en tout 446 lits.

NÉCROLOGIE. — On annonce de Thann (Alsace), la mort du docteur Conraux. C'était un homme de bien, sincère républicain; il avait opté pour la Franca et avait quitté l'Alsace; mais, se sentant malade, il se fit transporter dans son pays natal pour y mourir. Le docteur Conraux avait été nommé chevalier da la Légion d'honneur en 1871; il laisse das regrets unanimes.

— Un lamentable accident de voiture a eu lieu hiar soir dans une des vallées de Menton et a jeté la consternation dans le pays. Le docteur Bettini, parti en voiture de Menton pour Sostel, où il avait été appelé par un malade, a été renversé dans un précipice da la vallée de Carreï, où il a trouvé la mort. Un autre voyageur et le cocher respiraient encore quand on a pu les relever; ils ont été transportés à l'Hôtel-Dieu.

— On lit dans la LIBERTÉ : « Joseph Vriès, dit le *Docteur Noir*, est mort le 21 juin, dans un hôtel de la rue Jean-Jacques-Rousseau, 45. Vriès avait loué, place Sainte-Opportune, un petit appartement dont les meubles avaient été saisis à la requête d'un créancier. Dès qu'il se sentit atteint da la maladie qui devait l'emporter, il se fit transporter à l'hôtel ci-dessus désigné. M. Vriès est mort dans la dernière misère; il devait plus de 300 fr. au maître d'hôtel, qui le gardait par commisération. Les frais de ses obsèques ont dû être faits par la Ville. » *Sic transit gloria mundi.*

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 21 au 27 juin 1873, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 7. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 244. — Affections chroniques, 285 (1). — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 26. — Total, 729.

Londres : Décès du 15 au 21 mai 1873 : 1191. — Variole, 3; rougeole, 31; scarlatine, 9; fièvre typhoïde, 12; érysipèle, 9; bronchite, 102; diphthérie, 11; croup, 16; coqueluche, 39; dysenterie, 2; diarrhée, 20; pneumonie, 58; choléra nostras, 1.

(1) Sur ce chiffre de 285 décès, 145 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur le typhus exanthématique. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : Considérations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré. — Médecine pratique : Traitement de l'angine couenneuse. — **Correspondance.** Service de santé militaire : Médecine et pharmacie. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Mensuration thermométrique de la température cutanée chez l'homme. — **Bibliographie.** Traité de climatologie générale du globe. — **Variétés.** Régime alimentaire du soldat. — Société de tempérance.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 10 juillet 1873.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

(Deuxième article.)

Typhus des émigrations tartares et circassiennes. — Dans le cours de son argumentation, M. Fauvel a tracé (séance du 3 juin) la physionomie générale des épidémies qui frappèrent sur le sol ottoman les nombreux émigrés tartares et circassiens; chassés de leur pays natal par la marche envahissante de la Russie, ils préférèrent l'exil et la mort à la sujétion.

La première de ces épidémies est celle des Tartares-Nogaïs (1); partis de la Crimée et de différents points des rives de la mer Noire, ils arrivaient au nombre de 25 000 environ à Constantinople pendant le cours de l'hiver 1860. Entassés au delà de toute expression sur des navires, en proie à une misère affreuse, ils firent naître autour d'eux le typhus. M. Fauvel spécifie nettement que, comme on l'avait déjà observé en Crimée, le typhus se mélangeait chez eux à d'autres manifestations cachectiques, scorbut et diarrhée, résultats non équivoques de leur misère, en sorte que la maladie n'offrait point ces caractères pathognomoniques fortement accusés que l'on retrouva plus tard chez les personnes qui contractèrent le typhus à leur contact, mais sans avoir passé par la même période de misères.

Du reste, l'épidémie ne se généralisa point beaucoup; accueillis par les Turcs avec le mélange de charité et d'imprévoyance si caractérisé chez ce peuple, ils furent logés, dans l'intérieur même de la ville, dans des khans qui devinrent bientôt de petits foyers d'infections dangereux pour les maisons environnantes, mais à zones peu étendues. A la fin de l'hiver, on transporta les survivants sur d'autres points du littoral, où ils formèrent encore de petits foyers épidémiques, ainsi que sur les navires mêmes qui servirent à les transporter. Ils ne laissaient point du reste de traînées typhiques dans les quartiers qu'ils avaient occupés à Constantinople; une fois les Tartares partis et les khans désinfectés, le typhus cessa.

Quelques mois plus tard, pendant le cours de l'été, 30 000 nouveaux émigrants arrivent à Constantinople; mais sur les représentations du conseil de santé, l'autorité turque prit des mesures pour isoler les émigrants et les faire camper sur la côte d'Asie. Cette fois, ils n'eurent point le typhus et ne souffrirent que de la dysentérie et des fièvres palustres.

Ainsi donc, dit avec raison M. Fauvel, voici des faits qui, tout au moins, tendent à démontrer le rôle du confinement et de la séquestration dans la propagation du typhus : En hiver, les Tartares arrivent entassés sur des vaisseaux; à Constantinople on les agglomère dans des khans; ils créent autour d'eux une zone typhique. En été, on les relègue en face de Constantinople, sur l'autre rive du Bosphore, on les dissémine, le typhus ne se montre point. Du reste, M. Fauvel reconnaît lui-même, et M. Chauffard a grand soin de le faire remarquer, que l'origine spontanée de ce typhus au milieu des émigrants n'est pas absolument certaine. « On peut à la rigueur, dit-il, soutenir que ces Tartares avaient apporté de leur pays le typhus, qui prit de l'extension par le fait des conditions fâcheuses auxquelles ils furent soumis.

Le typhus de l'émigration circassienne peut, suivant M. Chauffard, prêter aux mêmes incertitudes. Nous ne connaissons pas, en effet, très-nettement la géographie pathologique de la Circassie; sans doute, il règne dans ces villages un ensemble de conditions hygiéniques peu favorables; les dernières années surtout, années de luttes et de défaites, ont pu aggraver une situation mauvaise par ailleurs. Rien ne prouve que le typhus n'est pas endémique dans ces montagnes, comme quelques-uns le croient voir dans les montagnes de la Kabylie.

Toujours est-il que, chassés par la conquête, les Circassiens abandonnent leurs montagnes, et, s'accumulant sur les bords de la mer Noire, y cherchent un navire quelconque pour franchir cette mer qu'ils veulent mettre entre eux et leurs oppresseurs. Des vapeurs, des bâtiments à voile, des barques même, servent à les transporter sur différents points du territoire ottoman, à Trébizonde et Samsoun en particulier; de novembre 1863 à juillet 1864, le nombre de ces émigrants ne s'élève pas à moins de 300 000. Ils arrivent exténués, mourants de faim, de soif et de froid, tellement entassés sur les navires que les morts restent agglomérés aux vivants. Ils apportent avec eux la variole; presque tous sont atteints de diarrhée et d'affections thoraciques. Une fois à terre, leur situation n'en est pas beaucoup meilleure : tout leur fait défaut, vivres et abris, et les efforts de l'administration ottomane ne parviennent pas à atteindre à la hauteur des besoins.

Bientôt le typhus éclate, envahit la ville de Trébizonde, frappe la population indigène comme les émigrants; les malades encombrent toutes les habitations, les cadavres sont à peine enfouis, les eaux elles-mêmes deviennent fétides par les infiltrations des cimetières. Aussi la mortalité devient-elle effrayante : sur 23 000 individus logés dans le khan, 1 600 étaient morts à la fin de février.

Des mesures tardives sont prises à la fin : un médecin français, le docteur Barozi, envoyé par le conseil de santé de Constantinople, prend en main la direction des secours; il fait évacuer la ville, y pratique des travaux de désinfection; les émigrants sont répartis dans des camps; l'état sanitaire s'améliore sensiblement.

Mais le courant d'émigration reprend en mars; en mai,

(1) Les Tartares-Nogaïs forment une branche de la grande famille turkomane établie, depuis le XIIIe siècle, sur les bords de la mer Noire, où ils avaient été conduits par un petitfils de Gengis-Khan, Nogaï. Ils sont répandus au nord du Caucase, sur la rive gauche du fleuve Kouban, dans le steppe de Crimée et jusque vers le Danube.

60 000 Circassiens se concentrent autour de Trébizonde; ils arrivent dans le plus complet dénûment; les camps s'infectent eux-mêmes, et la mortalité reprend de plus belle en fournissant chaque jour de 300 à 400 décès nouveaux.

Samsoun, petite ville du littoral, est envahie à son tour; le 20 avril, on n'y compte encore que 10 000 émigrés, il y en a 80 000 au 15 mai, 120 000 en juin. Plus encore qu'à Trébizonde, la situation est affreuse; on n'enterre pas les morts, victimes de la famine plus encore que de la maladie; à peine peut-on distribuer 12 000 kilogrammes de pain par jour, beaucoup n'ont absolument d'autre nourriture que les herbes arrachées à un sol bientôt entièrement dénudé.

Cependant, à ce moment encore, c'est à peine, dit M. Fauvel, si l'on peut reconnaître le typhus parmi ces malheureux. Ce qui domine, c'est « un état cachectique avec diarrhée, bouffissure, œdème des membres, ecchymoses scorbutiques, marasme, état que la mort termine le plus souvent d'une manière soudaine ». Le 7 juillet, le nombre des émigrants se trouvait réduit à 80 000, et le typhus prenait de l'extension dans la ville, au milieu de la population indigène.

On résolut de transporter ces masses d'émigrants par la voie maritime, sur différents points du littoral de la mer Noire, de la mer de Marmara et même au delà des Dardanelles. Les navires affectés à cette désignation deviennent bientôt de véritables foyers d'infection, et les émigrants n'atteignent leur destination qu'après avoir perdu le tiers, quelquefois la moitié de leur effectif; mais encore, parmi les Circassiens eux-mêmes, à peine reconnaît-on le typhus, qui éclate au contraire avec tous ses caractères chez les marins ou autres personnes exposées à leur contact.

« En vain, à cette époque, dit M. Fauvel, on recherchait chez eux les caractères essentiels du typhus exanthématique, on ne trouvait que des individus émaciés, infiltrés, scorbutiques, atteints de diarrhée colliquative ou de fièvre, en un mot des malades cachectiques qui s'éteignaient presque toujours subitement *sans autres manifestations*, et cependant de ces individus, de l'atmosphère confinée où ils vivaient, *se dégageaient invariablement les principes de ces deux maladies: la variole et le typhus.* »

Et plus loin, en montrant que les populations des endroits désignés pour leur installation définitive contractent le typhus, M. Fauvel ajoute: « On peut considérer comme fait bien établi que, dans cette odyssée, les Circassiens transportaient avec eux le germe du typhus, sans qu'eux-mêmes en présentassent toujours les atteintes évidentes. » En vain désinfecte-t-on les navires qui les ont transportés, les équipages sont frappés, surtout lorsque les émigrants avaient séjourné dans les entreponts, ainsi qu'il arriva à la *Tamise*, où les officiers, chauffeurs et mécaniciens, furent atteints parce qu'on avait admis une quarantaine de femmes et d'enfants dans une soute à charbon, aux environs de la machine.

Prenons bonne note de ces faits, nous en trouverons d'analogues dans l'histoire de l'épidémie algérienne, dont nous allons esquisser les principaux traits.

Épidémie algérienne. — L'Algérie française, le Maroc, la Tunisie et la régence de Tripoli, ont été en 1868 le théâtre d'une cruelle épidémie de typhus, au sujet de laquelle on peut se poser les questions déjà soulevées par les épidémies précédentes. Se trouvait-on en présence d'une épidémie spontanée, développée sous l'influence de la famine? Se trouvait-on au contraire en face de la généralisation d'une affection, vivant à l'état endémique dans certains points de ces régions et que des circonstances exceptionnelles ont fait sortir de ses foyers?

L'une et l'autre opinion peuvent être soutenues. Que s'est-il passé en effet? L'année 1864 avait été marquée par une sécheresse tout à fait anormale qui, en supprimant toute espèce de fourrages, fit périr la plus grande partie des troupeaux; puis, en 1865 et 1866, des nuées de sauterelles venues des fonds du désert dévorèrent sur pied les moissons, et les indigènes durent, pour subsister, consommer les réserves de grains qu'ils conservent d'ordinaire dans les silos en vue de l'ensemencement; aussi en 1863 il n'y eut point d'ensemencement possible, au moins sur les terres possédées par les tribus, car les cultivateurs européens et quelques grands propriétaires indigènes avaient pu acheter des grains importés d'Europe.

Aux privations des premiers jours succéda bientôt une famine intense, et les Arabes, poussés par le besoin, accouraient en foule autour des centres européens. Accueillis par les administrations locales, ils furent répartis dans des asiles, des camps provisoires, des prisons ou plutôt des camps de prisonniers dont ils cherchaient à s'ouvrir les portes en commettant quelques délits (du reste, les assassinats et les vols étaient nombreux). Ces malheureux présentaient cet ensemble de caractères que l'on avait déjà observés sur les Tartares et les Circassiens, sur les soldats de Crimée pendant le premier hiver; ils offraient au plus haut point les signes de la décomposition organique, mais point les symptômes du typhus. Et cependant, les individus forcés de vivre à leur contact, les soldats qui les gardaient, les officiers, les médecins, furent atteints du typhus exanthématique avec ses caractères les plus accusés. Ces faits, démontrés par les observations de Perrier, de Vital, de J. Arnould, de Maurin, sont hors de doute et admis du reste par M. Chauffard et M. Bouchardat.

Mais avant 1868 n'y avait-il point de typhus en Algérie? En 1866 et 1867, Vital et Arnould l'observaient dans la province de Constantine; déjà à cette date, des individus agglomérés dans les pénitenciers, celui d'Aïn-el-Bey en particulier, présentaient des symptômes non équivoques de décomposition organique; les manifestations morbides diverses accusaient chez eux un symptôme commun, la purulence, mais point ceux du typhus: à leur contact les Européens contractaient le typhus et le propageaient dans la ville et l'hôpital de Constantine.

C'était déjà la famine qui en était la cause première; mais antérieurement à cette généralisation, il semble que le typhus existât déjà dans le massif de la Kabylie, au sommet du Jurjurah, dans ces villages kabyles qui, sous un aspect riant, présentent au voyageur les signes non équivoques de la malpropreté et de l'encombrement. M. Chauffard a cité les observations d'un médecin, M. Tuefferd, d'après lesquelles, avant que l'émigration arabe se fût portée vers la Kabylie, il existait déjà de petites endémo-épidémies locales remontant jusqu'à 1863. Pour M. Chauffard, il serait difficile de les expliquer en invoquant les causes d'encombrement et de malpropreté qui pèsent sur tous les villages; car comment dès lors comprendre pourquoi certains sont épargnés, d'autres atteints? Pour lui, cette marche progressive, lente mais constante, appartient bien plutôt à une affection importée qui fait peu de victimes parce que le terrain n'est pas favorable, mais qui, pour ainsi dire, s'entretient en attendant l'heure propice à sa généralisation.

« Le typhus, dit-il, est-il vraiment indigène, ou plutôt ne serait-il pas comme un reliquat du typhus importé de Crimée en Algérie, comme il le fut en France dans l'année 1856? Plusieurs médecins militaires pensent que le typhus importé en Crimée ne s'est jamais pleinement éteint en Algérie, où il trouvait des conditions d'entretien et de renouvellement plus fâcheuses qu'en France. Je ne puis résoudre cette question. Je suis pourtant porté à croire que la vérité est dans cette dernière opinion. On ne parle en effet de typhus en Algérie que depuis la campagne de Crimée. »

Il est assez difficile, en effet, de se prononcer absolument sur la non-existence du typhus avant la guerre de Crimée, par cette double raison que la Kabylie ne fut conquise qu'en 1857 seulement, lors de l'expédition du maréchal Randon, et d'autre part, que l'attention des médecins militaires était moins appelée vers cette catégorie d'affections; jusqu'à ces dernières années on ne voulait voir en Algérie que l'empoisonnement palustre; la fièvre typhoïde même se confondait avec la fièvre rémittente. Après la Crimée et par une plus longue observation, les idées se modifièrent sensiblement, la réaction se fit dans les esprits, on admit en Algérie autre chose que le miasme, et, sans nier toute son importance, on élargit singulièrement le cercle pathologique de ces régions. C'est précisément à partir de ce moment que l'on parle du typhus et de la fièvre typhoïde.

Du reste, ces épidémies, antérieures à 1863 ou 1864, antérieures à la période de famine, sont loin d'être connues, on en juge sur des souvenirs ou même sur des informations essentiellement incomplètes. Il convient donc de rester dans le doute et de se poser la question, comme le fait M. Chauffard, sans la trancher absolument.

Ce qui demeure incontesté, c'est qu'à partir de 1864 la population arabe commença à souffrir par suite de la sècheresse, et qu'alors on observa les premiers cas de typhus, *contracté au contact d'individus qui n'en présentaient point les signes classiques*; avec les sauterelles de 1865 et 1866, avec la disette générale de 1867, la misère fit des progrès rapides et parallèlement le typhus se généralisa dans les trois provinces; il acquit son maximum en 1868, parce que les dernières ressources d'alimentation avaient été épuisées. En Kabylie, région où l'on voudrait placer le dépôt du typhus, il n'apparut point cependant à l'état de vaste épidémie, parce que la sécheresse y avait fait moins de ravages, et que les Kabyles, plus économes que les Arabes, ont plus de réserves en grain que ces derniers; des épidémies locales de typhus éclatèrent cependant dans les points où furent accueillis les mendiants arabes, mais il n'y eut point de généralisation comme dans les contrées habitées par les Sémites.

Il est un fait, du reste, qui semblerait venir à l'encontre de l'aptitude spéciale de certaines races à contracter le typhus; les Kabyles sont les descendants directs des Berbères qui, ethnographiquement, se rapprochent bien plus de la race latine actuelle, quelque mélangée qu'elle soit, que de la race sémitique, représentée par les Arabes avec lesquels ils n'ont et ne veulent avoir aucun mélange. Il faudrait donc admettre que le typhus importé en Algérie se serait précisément localisé chez les gens théoriquement les moins aptes à le faire prospérer.

Si cette importation est admissible, mieux vaudrait croire que le typhus s'est conservé en Kabylie parce que les habitants y sont plus agglomérés et plus stables, tandis que les Arabes vivent, en général, plus dispersés et plus nomades. Mais encore une fois, rien ne nous prouve cette importation, qui doit demeurer à l'état de pure hypothèse, tandis que le parallélisme entre le typhus et la misère en Algérie est un fait incontestable et incontesté.

G. Morache.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

La question si importante du service de santé militaire présente en ce moment deux épisodes distincts : le premier, devant l'Assemblée nationale; le second, devant l'Académie de médecine.

Le Journal officiel des 9 et 10 juillet renferme le rapport du général Chareton fait à l'Assemblée le 9 juin dernier, au nom de la commission de réorganisation de l'armée. Or, la commission propose, dans l'article 17 du projet de loi, de poser comme bases générales de l'organisation de l'administration (laquelle organisation doit faire l'objet d'une loi spéciale) : 1° l'indépendance absolue du contrôle; 2° la séparation dans les services administratifs de la gestion, de la direction et du contrôle; 3° la subordination de l'administration au commandement en temps de paix comme en temps de guerre; 4° *l'autonomie du corps médical sous l'autorité directe du commandement*. Le commandant du corps d'armée est le délégué du ministre pour l'administration, comme il est celui du Gouvernement pour le commandement des troupes.

A l'Académie de médecine (voy. le compte rendu de la dernière séance), M. Broca a lu le rapport de la commission chargée de répondre au ministre sur la question des rapports du service médical et du service pharmaceutique. Ce rapport remarquable, et qui a produit une certaine émotion, conclut comme nous l'avions fait nous-même. Les honorables représentants de la pharmacie dans la commission, se voyant vaincus, s'étaient retirés; mais l'élément pharmaceutique de l'Académie paraît disposé à engager vivement la bataille.

M. Broca, dans son rapport, a rappelé la situation des pharmaciens dans l'armée prussienne. Le *Militairærztliche Zeitschrift* contient sur ce sujet une note qui vient à propos. Le service pharmaceutique dans l'armée prussienne, y est-il dit, ce compose comme il suit :

« Pour l'armée active : 1° de sept pharmaciens-majors, chargés chacun de centraliser, *sous le contrôle du médecin général respectif*, le service pharmaceutique de deux corps d'armée; 2° des pharmaciens volontaires d'un an.

Pour l'armée entière lors d'une mobilisation générale : 1° des sept pharmaciens-majors; 2° des pharmaciens volontaires d'un an; 3° des pharmaciens du *Beurlaubenstand*.

Une décision de la division médico-militaire, en date du 22 janvier 1873, vient encore de réduire ce cadre en disposant qu'à l'avenir les pharmaciens ayant obtenu le diplôme du degré supérieur sont seuls admis à satisfaire à leurs obligations militaires en servant dans les établissements pharmaceutiques.

Un certain nombre d'emplois de pharmaciens devenant ainsi vacants, la circulaire ministérielle décide que, dans tous les établissements hospitaliers non pourvus d'un pharmacien, le service de la préparation et de la distribution des médicaments sera fait, *sous le contrôle d'un des médecins assistants spécialement chargé de ces attributions*, par un aide de lazaret.

Il est recommandé aux médecins traitants des hôpitaux de réduire au strict nécessaire les médicaments exigeant une préparation compliquée. La plus grande simplicité est recommandée pour la formulation, afin de simplifier ainsi la tâche de l'aide-major chargé de la pharmacie. Les pommades, onguents, teintures, etc., devront être préparés par l'infirmier. Les pilules seront au besoin achetées dans les pharmacies civiles avec lesquelles il y a lieu de passer un marché à cet effet. Dans les

grands hôpitaux, où jusqu'à présent fonctionnaient plusieurs pharmaciens, un seul de ces agents suffira pour assurer le service. »

Nous suivrons avec tout l'intérêt qu'elle mérite la discussion engagée à l'Académie.

— On trouvera plus loin (page 453) un compte rendu de l'*Exposition de Vienne*, au point de vue des appareils de chirurgie.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine clinique et physiologie.

DU PHÉNOMÈNE RESPIRATOIRE DE CHEYNE-STOKES, par H. BERNHEIM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Avant de relater les observations qui me sont personnelles, il me semble opportun de résumer les faits déjà connus sur ce singulier mode de respiration. Cheyne, médecin à Dublin, l'observa pour la première fois en 1816. (Dublin, *Hospital Reports*, II, p. 217.) Il s'agissait d'un homme de soixante ans, affecté d'une dégénérescence graisseuse du cœur; huit à neuf jours avant sa mort il eut une attaque d'apoplexie. Depuis lors, raconte Cheyne, la respiration prit un caractère particulier d'irrégularité. Les mouvements respiratoires cessaient par intervalles pendant 1/4 de minute, puis recommençaient d'abord faibles, ensuite plus fréquents et plus profonds; enfin de nouveau plus faibles, jusqu'à ce qu'une nouvelle pause survint. Le temps d'une série de respirations était d'environ 1 minute; le nombre des respirations pendant cette minute était d'environ trente. L'autopsie ne montra dans le crâne aucune autre altération qu'une injection intense de la pie-mère au-dessus des lobes moyens et postérieurs du cerveau.

Stokes (*Diseases of the heart and the aorta*, Dublin, 1854) parle d'une manière plus explicite du même phénomène et en fait le symptôme presque pathognomonique de la dégénérescence graisseuse du cœur, à son dernier stade. La plupart des livres classiques répétèrent, sans la commenter, l'assertion de Stokes. Cependant, Théodore von Dusch, auteur d'un excellent TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR, publié en 1867, remarqua qu'un rhythme tout à fait analogue de la respiration s'observe aussi dans d'autres maladies, notamment dans les maladies du cerveau avec sopor et coma; c'est ainsi, dit-il, que je l'ai vu dans des cas de tumeur cérébrale, de méningite de la base, dans le coma urémique, et une fois dans un cas grave de péricardite. Schweig, ajoute-t-il, a rapporté cette respiration à la sténose unilatérale de l'un des trous déchirés, d'où compression de l'un des nerfs vagues (?)

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants signalent la respiration entrecoupée par des pauses dans la méningite tuberculeuse. Hasse signale même, outre les pauses, l'intensité croissante, puis décroissante des respirations.

A Traube (*Gesammelte Beiträge*, 1871) revient l'honneur d'avoir surtout appelé l'attention des cliniciens sur ce phénomène qu'il appelle phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, et d'en avoir donné la théorie physiologique. J'assistais à la clinique de Traube, en mai 1869, lorsqu'il nous présenta le malade qui fit le sujet de sa leçon : c'était un homme de cinquante-deux ans, pâle, cyanosé, assez œdématié, oppressé, somnolent; il avait les signes physiques d'une insuffisance avec rétrécissement aortique et légère insuffisance mitrale. Ses respirations, très-irrégulières, étaient interrompues par des pauses complètes; après chaque pause durant environ 40 secondes, le malade commençait à respirer superficiellement; les respirations devenaient ensuite, non plus fréquentes, mais de plus en plus profondes et finalement dyspnéiques jusqu'au plus haut degré de la respiration suspirieuse bruyante. Puis le caractère dyspnéique diminuait progressivement, la respiration devenait de plus en plus superficielle et finalement s'arrêtait; après une nouvelle pause, la même série de respirations recommençait. Cette série durait environ 35 secondes et comprenait trente respirations. A chaque pause le malade s'endormait pour se réveiller seulement lors du paroxysme dyspnéique. Ce mode respiratoire continua jusqu'à la mort, quelques jours après l'entrée du malade à la clinique. L'autopsie montra les altérations valvulaires diagnostiquées, mais pas de dégénérescence graisseuse du cœur, et pas d'altération dans la cavité crânienne.

Traube a observé souvent ce mode respiratoire, depuis que le livre de Stokes l'y rendit attentif; la première fois, en 1855, chez un homme dans la cinquantaine, frappé d'apoplexie, hémiplégique et comateux : à l'autopsie il chercha en vain au microscope des traces de cœur gras; il y avait une hémorrhagie cérébrale. De l'ensemble des cas observés par lui, Traube conclut que ce symptôme se rencontre dans les maladies les plus variables; maladies du cœur, avec ou sans altération graisseuse, avec ou sans affection cérébrale constatée; maladies intracrâniennes, hémorrhagies, tumeurs cérébrales, stade comateux de l'urémie, troisième stade de la méningite tuberculeuse; le cœur et les vaisseaux peuvent être sains. Tous ces faits ont cela de commun, que le malade est privé de connaissance.

La durée des périodes, dit Traube, est quelquefois si courte, et les intervalles si peu étendus, que le phénomène peut passer inaperçu. Aussi, dans un cas de tuberculisation avec épanchement ventriculaire, il vit quatre à cinq périodes avec pauses évoluer en une minute. D'autres fois il y a à peine une période dans ce laps de temps. Lorsque les pauses sont extraordinairement longues, on observe souvent vers leur fin des convulsions dans les muscles, particulièrement de la face et des bras, comme cela se voit chez les animaux faiblement curarisés et soumis à la respiration artificielle, vers la fin des pauses un peu prolongées.

Voici maintenant, d'après Traube, la raison physiologique de ce phénomène. Dans toutes les observations, il y a des circonstances qui peuvent déterminer une diminution dans la quantité de sang artériel que reçoit le bulbe où réside le centre respiratoire. Une affection aortique ou mitrale, un cœur gras, peuvent diminuer l'afflux du sang au cerveau; une hémorrhagie cérébrale, un épanchement méningé ou intraventriculaire diminuent la circulation intracrânienne d'une quantité de sang égale au volume de l'épanchement. De là résulte que le centre respiratoire reçoit moins de sang oxygéné et que l'excitabilité des cellules nerveuses qui le constituent est diminuée. L'influence du bulbe sur la production du phénomène fut reconnue par Schiff qui, sans connaître les faits cliniques, écrivait dans son livre de pathologie, en 1858 : « Tout épanchement sanguin peu abondant autour de la moelle allongée, toute pression sur celle-ci rend la respiration plus fréquente et plus laborieuse. Si l'épanchement est plus abondant ou la pression plus forte, on observe chez les divers mammifères un symptôme particulier dont, jusqu'à présent, j'ai cherché en vain l'analogue dans la pathologie humaine. Les respirations manquent 1/4 ou une demi-minute, commencent ensuite lentement, s'accélèrent, puis diminuent de nouveau, jusqu'à ce qu'une nouvelle pause survienne. »

Dans toutes ces circonstances expérimentales ou pathologiques, le centre respiratoire, anémié, est moins excitable. Or, il est admis de par la physiologie expérimentale que pour le fonctionnement normal des cellules du centre respiratoire, il faut dans le sang une certaine quantité d'acide carbonique. Lorsque ce gaz s'accumule dans l'atmosphère inspiré, ou dans le sang par maladies cardiaques ou pulmonaires, la respiration s'accélère. Le premier mouvement respiratoire du fœtus est dû à la suspension de l'hématose placentaire, d'où accumulation d'acide carbonique dans le sang. Lorsque chez un animal on pratique vivement la respiration artificielle, c'est-à-dire qu'on rend le sang plus riche en oxygène, plus pauvre en acide carbonique, il arrive un moment où il n'y en a plus assez pour exciter le bulbe; la respiration se suspend; il y a

apnée (ne pas confondre avec asphyxie), et la respiration ne reparaît que lorsque l'acide carbonique non éliminé s'est de nouveau accumulé. En renforçant soi-même sa respiration pendant quelque temps, on produit sur soi le même phénomène. Admettons que le bulbe soit moins excitable : il faut plus d'excitant; de là apnée jusqu'à ce que la quantité nécessaire d'acide carbonique pour l'exciter soit accumulé; alors la respiration s'établit et par elle l'acide carbonique étant derechef éliminé, il arrive, après un certain nombre de mouvements respiratoires, que l'excitant est insuffisant et une nouvelle pause a lieu. Traube explique aussi l'intensité croissante puis décroissante des mouvements respiratoires de chaque série; je développe un peu plus que ne l'a fait l'auteur cette ingénieuse et rationnelle théorie. Le centre respiratoire, substance grise du quatrième ventricule, ne suffit pas seul à faire la respiration ; il reçoit des nerfs centripètes qui lui transmettent des impressions sensitives, impressions qui constituent le besoin de respirer; puis ces impressions, recueillies par les cellules du centre, sont transformées et réfléchies sur les nerfs phréniques et autres, moteurs des muscles inspirateurs. Les nerfs centripètes de la respiration sont : 1° les filets sensitifs des pneumogastriques; après la section de ces nerfs la respiration est plus lente, et la mort peut survenir en quelques jours sans altération pulmonaire ; il faut l'attribuer uniquement à la suppression des filets sensitifs ou centripètes des pneumogastriques (Paul Bert). Si après leur section audessous du poumon, on excite le bout central, les mouvements respiratoires s'accélèrent, deviennent plus intenses, et si l'excitation est plus intense, le diaphragme reste en contraction permanente, tétaniforme, et la mort a lieu par l'excès même de travail des muscles inspirateurs.

2° Les filets sensitifs de la peau et des muqueuses peuvent aussi exciter le centre respirateur. Toute excitation de la surface cutanée renforce l'inspiration ; on rappelle les nouveau-nés asphyxiés à la respiration et à la vie, en excitant la peau et les muqueuses, par des frictions, des flagellations, des sinapismes, des aspersions d'eau froide. Lorsqu'on couvre la peau d'un enduit imperméable, on voit, dit Kuss, la respiration s'affaiblir, se ralentir et s'arrêter, et, en tout cas, devenir insuffisante.

Dans l'état normal, les extrémités périphériques des nerfs vagues pulmonaires reçoivent un sang plus riche en acide carbonique que les autres nerfs sensibles du corps; aussi l'on conçoit que ceux-là seuls puissent intervenir dans la respiration ordinaire. Après la section des nerfs vagues, les respirations sont séparées par de longues pauses ; en outre, elles prennent un caractère dyspnéique. Pourquoi? Parce que alors le nœud vital ne peut plus recevoir que l'impression des nerfs sensibles, autres que ceux du nerf vague; et pour que ces nerfs soient impressionnés, il faut que le sang qui leur arrive, c'est-à-dire le sang de toutes les artères du corps, contienne autant d'acide carbonique que les artères du poumon en contiennent normalement. De là la pause jusqu'à ce que cette quantité soit accumulée; mais comme alors tous les nerfs sensitifs de la peau et des muqueuses en connexion avec le centre lui transmettent l'invitation à respirer, il en résulte que ce centre est plus excité que lorsqu'il est influencé par les vagues seuls, et la respiration est dyspnéique. On va comprendre maintenant tout le mécanisme du phénomène de Cheyne-Stokes. Pendant la pause, l'acide carbonique s'accumule dans le système pulmonaire, les nerfs vagues seuls sont excités; la respiration est superficielle. L'acide carbonique continuant à s'accumuler dans les artères du corps, tous les nerfs sensibles sont excités aussi, et la respiration devient dyspnéique. Mais cette respiration profonde élimine l'acide carbonique; bientôt il n'y en a plus assez pour exciter les nerfs sensitifs de la périphérie; la respiration redevient superficielle; enfin, il n'y en a plus assez pour exciter les nerfs vagues pulmonaires, la respiration se suspend.

Traube signale un autre fait : c'est l'influence de la morphine sur la production du phénomène. Lorsque, dit-il, par une maladie organique du cœur, les conditions existent qui peuvent développer cette respiration, les injections sous-cutanées la provoquent; lorsque ce mode respiratoire existe déjà, les injections sous-cutanées de morphine peuvent le développer davantage. Chez un malade hémiplégique, affecté d'insomnie, chaque injection de morphine était suivie du phénomène de Cheyne-Stokes. La morphine diminuant l'excitabilité des centres nerveux, on conçoit que son effet s'ajoute à celui de l'ischémie des centres.

L'attention des cliniciens allemands fut éveillée par le mémoire de Traube; les faits observés ultérieurement confirmèrent sa théorie.

Mader, de Vienne (*Wiener medicinische Wochenschift*, 1869), observa ce mode respiratoire dans cinq cas d'affections cérébrales; dans le premier cas, il y avait anévrysme artériel du cercle de Willis avec épanchement sanguin sur le plancher du quatrième ventricule ; dans le second cas, une tumeur entre le bulbe, la protubérance et le cervelet, comprimait la protubérance et médiatement le plancher; dans le troisième, une hémorrhagie dans le corps optique droit se propageait en arrière jusqu'au bulbe; dans le quatrième cas, une dilatation énorme et flexueuse des artères vertébrales déterminait une compression notable de la moelle; dans le cinquième cas, il y avait maladie de Bright, et une tumeur sanguine anévrysmatique lenticulaire dans la protubérance. Tous ces cas rappellent donc l'expérience de Schiff déterminant le phénomène en question, par pression sur la moelle allongée. Mader ne croit pas, toutefois, que la faiblesse d'action du cœur puisse produire ce phénomène sans altération aucune des centres nerveux; il admet l'existence, dans tous ces cas, de légers troubles organiques du centre respiratoire, lesquels peuvent échapper aux sens.

Le professeur Ziemssen, d'Erlangen, observa à sa clinique trois cas où cette respiration existait; un cas de dégénérescence graisseuse avancée du cœur; un cas d'hemorrhagie cérébrale double; un cas de rétrécissement avec insuffisance mitrale. D'après ses observations, les pupilles peuvent, pendant la pause, se contracter et rester insensibles à la lumière; avec la première respiration, elles se dilatent de nouveau. Quelquefois la dilatation des pupilles précède d'un temps minime le retour de la respiration, si bien que par elle on peut conclure au retour des mouvements respiratoires. En même temps que ce rétrécissement des pupilles, Ziemssen observa pendant la pause une déviation lente, latérale, se répétant régulièrement du même côté, des deux globes oculaires. Enfin, pendant les pauses, l'intelligence était suspendue; le pouls devenait plus petit et irrégulier, sa fréquence restant la même. Ziemssen essaya la respiration artificielle, en appliquant les électrodes sur le trajet des nerfs phréniques et congénères ; chaque application faite avec un courant d'induction à intensité moyenne déterminait une respiration énergique et bruyante, et chaque fois, au moment de la première respiration, les pupilles rétrécies se dilataient de nouveau, et le mouvement automatique des globes oculaires s'arrêtait. En suspendant le courant, les pauses reparaissaient et avec elles le rétrécissement des pupilles et les mouvements des yeux. Si la faradisation était continuée assez longtemps, on arrivait à supprimer complétement les pauses. Malgré tous les efforts le malade mourut. (*Aertzl. Intelligenzblatt*, n° 20, 1870.)

Je résume encore quelques observations relatées par différents auteurs.

Obs. I (docteur Esembek). — Un employé des finances, âgé de soixante-deux ans, eut, il y a un an et demi, une attaque d'apoplexie dont il se remit. Le 6 décembre 1869, nouvelle attaque avec perte de connaissances, secousses convulsives dans la face et le bras droit, puis paralysie complète; pouls plein, irrégulier. Excitation alternant avec dépression; coma, aphasie jusqu'à la mort, 13 décembre. Trente-six heures avant la mort, la respiration prit le rhythme de Cheyne-Stokes : intensité croissante et décroissante des mouvements respiratoires; apnée

durant souvent dix à quinze secondes; pouls très-petit et fréquent. Pendant l'apnée, le malade ressemblait parfois à un cadavre.

A l'autopsie, surcharge graisseuse du cœur qui est flasque; caillot dans le cœur gauche et l'aorte ascendante, pas d'altération valvulaire; exsudat séreux très-abondant dans les méninges, la substance cérébrale et les ventricules cérébraux; sinus et vaisseaux gorgés de sang; injection et extravasats capillaires en plusieurs endroits de la substance cérébrale. Pas de foyer apoplectique. Moelle blanche sans hypérémie. (*Aertzl. Intell. Bl.*, 1870.)

Obs. II (docteur Lutz). — Un enfant de cinq ans était en desquamation de scarlatine, le 19 février 1870; otorrhée droite, constipation, photophobie, agitation du côté droit, alternant avec de l'apathie; respiration entrecoupée par des pauses de vingt secondes, surtout la nuit. Tandis qu'il paraissait s'endormir, il avait trois à quatre respirations superficielles fréquentes, puis deux à trois séparées par des intervalles de plus en plus longs, incomplètes, dyspnéiques, puis la dernière longue et suspirieuse, puis une pause durant de un quart à un tiers de minute. Après cette pause, les respirations devenaient régulières; la même série ne se reproduisait, le plus souvent, qu'après d'assez longs intervalles pendant lesquels la respiration était superficielle et régulière. La nuit suivante, du 21 au 22, amélioration des symptômes; pauses plus rares et plus courtes; le 24 février ce mode de respiration avait disparu: apathie, photophobie, otorrhée gauche et droite. Pas d'albumine dans les urines. Guérison progressive. L'auteur, en raison des symptômes cérébraux qui précédèrent et accompagnèrent le phénomène, pense qu'il y avait de l'exsudation dans le voisinage de la moelle allongée. (*Deusches Archiv für klinische Medicin*, 1870.)

Obs. III (docteur Roth, à Bamberg). — Garçon de sept mois; pâle, desquamation de scarlatine, vomissements depuis quelques jours; agitation, constipation, cris hydrencéphaliques (11 janvier 1872); cinq à six respirations, d'abord superficielles, puis plus profondes et plus lentes; cette série de respirations durait cinq à huit secondes, puis pause de cinq à huit secondes. Le pouls était alternativement lent et fréquent, chaque fois pendant une durée égale de cinq à huit secondes; mais ces modifications ne coïncidaient pas avec celles de la respiration; pupilles sensibles. Albuminurie. Respiration longtemps régulière la nuit. Le lendemain mêmes périodes de respirations avec pauses; le soir il n'y avait plus de pauses, mais des respirations très-précipitées alternant avec quelques respirations plus lentes et profondes, c'est-à-dire dyspnée extrême. Mort. A l'autopsie, pie-mère injectée, épanchement considérable dans les méninges; à la base, celles-ci opaques, épaisses; substance cérébrale molle; bulbe très-mou; artères de la base vides; ventricules remplis de sérosité et substance cérébrale avoisinante complétement ramollie.

Roth rapporte une autre observation d'éclampsie urémique où le phénomène fut constaté.

Obs. IV. — Le 25 mai 1872, il vit une jeune fille de quatorze ans, anémiée, œdématiée depuis quatre semaines; un peu d'albumine et quelques cylindres hyalins dans les urines. Le 24 mai dans la nuit et le 25 dans la matinée, dix-huit attaques convulsives; le matin à onze heures, elle est sans connaissance; les joues colorées, les carotides battant avec force, les veines du cou remplies, les pupilles dilatées peu sensibles, souffle aortique au premier temps, pouls radial tendu à 116; pauses respiratoires de dix secondes alternant avec trois ou quatre respirations rapides en cinq secondes. Quatre nouveaux *accès éclamptiques en une heure et demie, pendant lesquels la respiration était précipitée, régulière*, le pouls ne pouvait être compté; cyanose extrême; l'attaque durait sept à huit minutes; la respiration restait quelque temps régulière, puis reprenait le type indiqué. Une saignée fut pratiquée pour diminuer l'hypérémie veineuse et faciliter la circulation artérielle; il y eut encore une attaque, puis les symptômes graves se dissipèrent. (*Archiv für klinische Medicin*, 1872.)

Obs. V (du docteur Körber, à l'hôpital de marine de Cronstad). — Le 22 juin 1872, il vit un enfant de neuf mois atteint de méningite tuberculeuse; œil ouvert, pupilles dilatées, ondulantes, fontanelles tendues, surdité, respiration égale, gémissements; bouche pendante à gauche, mouvements de la langue et de déglutition; depuis quinze jours cris, roideur de la nuque; déjà antérieurement diarrhée, agitation nocturne, vomissements. Le 25 juin, on constate que la respiration se fait comme suit : une respiration superficielle, une deuxième plus profonde, une troisième et quatrième normales, cinquième et sixième plus faibles, septième et huitième à peine perceptibles; cette série dure cinq secondes, puis pauses de cinq à sept secondes; sommeil; pouls à 100 non influencé; contracture de la nuque; pupilles non influencées, hémiplégie gauche. *Si le mamelon est mis dans la bouche de l'enfant, il le prend tette et, pendant tout ce temps, la respiration a lieu sans pauses; sein éloigné, après quelque temps les pauses respiratoires reparaissent.*

Le 26 juin, nuit agitée, contracture, même mode de respiration.

Le 27, dans la nuit, respirations profondes alternant avec les respirations superficielles, sans pauses.

Le 28, respiration variable, tantôt sifflante, abdominale, et alors le malade ouvre les yeux, et s'agite convulsivement; tantôt, au contraire, respiration assez facile, et alors le malade semble dormir; après quelque temps de repos, la respiration avec pauses reparaît : cinq respirations en cinq secondes, pauses de huit secondes; profondeur des respirations moins irrégulière que le 26; la première et la deuxième sont plus fortes, moins fortes cependant que les intermédiaires; toutes les quelques minutes on observe une respiration suspirieuse plus profonde. Pouls non influencé. Subitement se déclare une dyspnée violente, avec respiration abdominale et inspiration sifflante; il n'y a plus de pauses. L'enfant ouvre les yeux, a des secousses épileptiformes, de l'opisthotonos entre ces secousses. *Mis au sein, l'enfant prit le mamelon ; l'inspiration sifflante, la dyspnée et les convulsions cessèrent rapidement.*

Le 29, accès de dyspnée et secousses convulsives toutes les deux ou trois heures, que la mise au sein réussit le mieux à arrêter. Mort le 30. (*Archiv für klinische Medicin*, 1872.)

Obs. VI (Merkel, de Nuremberg). — *Persistance du phénomène durant des semaines.* — Homme de quarante-quatre ans, vigoureux, pâle; en 1866, déjà ses artères étaient dures; hémorrhoïdes, pertes sanguines. En juillet 1869, emphysème pulmonaire; anémie.

Le 29 décembre, attaque d'apoplexie, hémiplégie gauche. La respiration était particulière : mouvements respiratoires superficiels, puis dyspnéiques et de plus en plus laborieux. Après trente ou cinquante secondes, pause durant vingt à trente secondes; et, pendant cette pause, rétrécissement des pupilles, et la série recommençait. Le malade ne perdait pas connaissance.

En janvier 1870, l'hémiplégie s'améliora; le mode particulier de respiration disparut après quelques jours, mais il en restait toujours des vestiges.

Je le revis le 14 novembre 1870. Teint pâle, cireux; affaissement intellectuel, langue lourde. La respiration particulière se remarquait jour et nuit; sauf de très-courts moments pendant lesquels le malade dormait : pause, vingt à trente respirations superficielles, dyspnée très-intense, puis apnée. Cet état s'est produit peu à peu depuis quelques semaines. Dans les premières semaines de décembre, il y avait des moments de répit qui pouvaient durer jusqu'à un quart d'heure, pendant lesquels il pouvait manger. Vers Noël, la situation devint intolérable; plus même un quart d'heure de repos. Dyspnée vingt-cinq à quarante secondes; pause jusqu'à trente-cinq secondes. Pendant cette dyspnée, le malade était en pleine possession de lui-même, répondait péniblement aux questions; avec la pause, il se roidissait totalement, fixait avec des pupilles rétrécies et insensibles, et ces pupilles redevenaient mobiles et se dilataient derechef avec le retour des respirations. Pas de mouvement latéral des yeux. Pouls petit et faible. Le malade, interrogé au début de la pause, faisait attendre la réponse jusqu'au retour de la respiration.

Mort le 29 décembre. Dans les dernières vingt-quatre heures, secousses convulsives des muscles de la face pendant les pauses. Une injection de morphine (0gr,02), faite dix heures avant la mort, accentua davantage le phénomène.

Autopsie. — Sinus de la dure-mère vide de sang; épaississement énorme des artères de la base du cerveau avec rétrécissement, incrustations calcaires, forme de chapelet. Artères des méninges rigides, flexueuses.

Cerveau : Anémie remarquable; substance médullaire blanche, dense, quelques gouttes de liquide dans les ventricules. Kyste lenticulaire séreux à parois ocrées au milieu de la limite des couches optiques et striées. Trois kystes comme de chènevis, sans ramollissement périphérique, au milieu du pont. Cervelet et bulbe normal. Hypertrophie et dilatation du cœur avec dégénérescence graisseuse légère. (*Ibidem*, 1871.)

La seconde observation de Merkel est remarquable par les oscillations latérales des deux globes oculaires, telles que déjà Ziemssen les avait observées.

Obs. VII. — Fille de vingt-deux ans, entrée à l'hôpital le 14 janvier 1872. Il y a trois semaines, rhumatisme articulaire. Fièvre intense.

Le 18, on entend un souffle systolique à la pointe; fin janvier, souffle à la base et à la pointe aux deux temps; souffle dans les carotides; pouls tendu 120-136; douleur splénique. Plus tard, léger catarrhe pulmonaire et albuminurie avec cylindres, puis palpitations.

Le 20 février, hémiplégie gauche avec coma vigil.

Le 25, la respiration prit le type caractéristique. Cinq à six respirations bruyantes profondes, dont les dernières étaient un peu plus superficielles; pause de douze à seize secondes; mais le phénomène n'a pas une

grande régularité; il n'est manifeste que les premières heures de la matinée, le soir du 26 pendant une demi-heure, passagèrement le 27 au soir. La somnolence persistait.

Le 28 au matin, le phénomène était plus développé; après quelques respirations superficielles, il y avait quinze à vingt respirations profondes (expirations prolongées et, par intervalles, bruyantes); puis quelques respirations plus courtes, puis pauses de cinq à vingt secondes; pendant les pauses, rétrécissement de la pupille droite (la gauche, depuis l'hémiplégie, restait insensible à la lumière; mais elle se rétrécit aussi, quoique moins que la droite). Avec la première respiration elle se dilate et devient impressionnable. En même temps les deux yeux sont entraînés autour de leur axe vertical, l'œil droit en dehors, l'œil gauche moins que le droit, mais dépassant toujours la ligne médiane. Lorsque la pause était courte, ces mouvements étaient peu accusés, se bornaient quelquefois à de légères oscillations, mais toujours indiquées. Somnolence permanente. Cette respiration, aussi bien développée, fut observée de huit heures à huit heures et demie du matin. Puis ce type, sans s'effacer, redevint moins marqué comme les jours précédents. Le soir, respiration stertoreuse, puis râles trachéaux et mort.

Autopsie. — Végétations et anévysme valvulaire de la mitrale, valves aortiques rigides et revêtues d'incrustations et de végétations; un caillot mou remplit le cœur et s'insère à la valvule; infarctus pulmonaires et spléniques; embolies bouchant la sylvienne droite; injection capillaire fine à la circonférence postéro-externe, vers la tempe, de l'hémisphère droit, dans l'étendue d'un thaler, substance corticale rouge, pointillée de sang, substance médullaire adjacente décolorée jaune, molle. Ventricules vides; protubérance et bulbe non altérés. (*Ibidem*, 1872.)

Tels sont les documents que j'ai pu recueillir sur cette respiration interrompue par des pauses; j'ai jugé opportun de les relater avec quelques détails, en raison des problèmes physiologiques qui s'y rattachent, et aussi en raison des applications thérapeutiques qui peuvent être indiquées dans certains cas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Suite. — Voyez les numéros 8, 13, 18 19 et 23.)

Voici une observation de M. Sédillot, de Strasbourg, qui, quoique intitulée *Cysto-carcinome de l'ovaire*, vient à l'appui de la thèse que nous soutenons, que les prétendues tumeurs *fibro-cystiques*, cysto-sarcomes, cysto-carcinomes, ne sont que des kystes multiloculaires constitués par des tissus fibreux, à différents degrés de développement et à différentes périodes de transition, présentant dans leurs parois des portions solides, indurées, ayant des loges ou cavités kystiques de grandeur variable dans leur intérieur, remplies de liquides de toute nature, et laissant entre les adhérences qu'ils ont contractées avec tous les organes voisins, utérus, vessie, rectum, pourtour du bassin, etc., des cavités plus ou moins vastes renfermant des liquides, soit séreux, sanguin, albumineux ou autrement.

Obs. *Cysto-carcinome de l'ovaire datant de six mois. Deux ponctions. Ovariotomie. Adhérences nombreuses. Mort vingt-quatre heures après l'opération.* (Thèse de Strasbourg, janvier 1863, M. Pingaud.) — Madame Sch..., âgée de quarante et un ans, entre au Diaconat (maison de santé) dans les premiers jours de mars 1862, pour y être soignée d'un kyste volumineux. Elle a eu douze enfants. En octobre 1861, les règles se supprimèrent tout à coup. Elle a des douleurs dans le ventre, des vomissements, de la céphalalgie et des symptômes nerveux qui lui font croire à une nouvelle grossesse. M. Schneiter, consulté, reconnaît une tumeur de l'ovaire gauche. Le ventre continue à se développer rapidement, et, en février 1862, on pratique une ponction qui donne issue à 2 litres 1/2 d'un liquide séro-sanguinolent. Le mal faisant de nouveaux progrès, le professeur Schützenberger diagnostique un kyste multiloculaire, bosselé, à loges petites, les unes molles et fluctuantes, les autres dures. En présence de ce diagnostic, on fit appeler M. Sédillot pour pratiquer l'ovariotomie, qui fut faite le 22 mars 1862. La dureté et les bosselures partielles de la tumeur avaient été considérées par M. Sédillot comme d'un mauvais augure, en raison des transformations kystiques dont cette tumeur était le siége et aussi à cause des adhérences nombreuses qu'il pressentait. Dès le moment où l'abdomen fut ouvert, dit M. Sédillot, et où il fut permis de constater la nature de la tumeur et l'étendue des adhérences qui la fixaient au grand épiploon, au mésentère, aux intestins et aux parois du ventre et du bassin, il ne douta pas un instant de l'impossibilité de sauver la malade. Un des kystes ponctionné donna issue à une petite quantité d'un liquide gélatineux. L'ouverture abdominale ayant été agrandie et les adhérences détruites avec les mains, l'opérateur parvint avec peine à faire sortir la masse kystique principale, qui est entièrement ramollie et parsemée d'une infinité de petits kystes, se déchire facilement sous les efforts de traction. Une hémorrhagie abondante a lieu dans tous les points où la fusion s'était établie, entre la surface de la tumeur et les organes voisins. Le pédicule de cette tumeur ovarique est médiocrement long et de la grosseur des cinq doigts réunis, et a son point d'attache dans la fosse iliaque gauche.

Le kyste était aréolaire, à contenu albumineux et encéphaloïde, et ses parois, examinées au microscope, étaient constituées en grande partie par du tissu cancéreux.

Cette femme a succombé au choc de l'opération, à l'hémorrhagie et à la péritonite.

Pour M. Sédillot, cette malade était atteinte d'un kyste multiloculaire cancéreux, et c'est pour cette raison qu'il désigne cette affection ovarique sous le nom de *cysto-carcinome*. Cette variété de kyste, ayant des bosselures les unes molles et fluctuantes, les autres dures, est constituée par un nombre infini de petits kystes qui renferment des liquides de toute nature, gélatineux, d'apparence médullaire, etc. Ces kystes, habituellement volumineux, sont très-vasculaires, très-friables et contractent facilement des adhérences avec tout ce qui les environne. Si ces adhérences se bornent aux parois du ventre, au pourtour du bassin, aux intestins, au mésentère, etc., on ne peut faire autrement que de considérer ces kystes comme des kystes multiloculaires dégénérés ayant subi diverses transformations pathologiques. Mais si des adhérences intimes s'établissent entre eux et l'utérus, comme nous en avons rencontré d'assez nombreux exemples, ils peuvent être pris pour des tumeurs fibreuses transformées dont le siége primitif serait, suivant quelques chirurgiens, dans le tissu utérin, et cela parce qu'ils ont l'apparence de tumeurs fibreuses, squirrheuses. Et si ces masses kystiques ont dans leur intérieur des cavités à parois épaisses, dures et comme fibreuses, on les appelle tumeurs fibro-cystiques, désignation impropre et qui laisse croire à tort qu'un kyste a pu se développer dans l'intérieur d'une tumeur fibreuse, et que, dans certains cas on a enlevé une tumeur fibreuse de l'utérus transformée en kyste, tandis qu'on a tout simplement enlevé un kyste multiloculaire transformé en tissu plus ou moins résistant, ressemblant à du tissu fibreux, et qui, par les progrès de son développement, a contracté des adhérences très-intimes ou avec l'utérus seul, ou bien en même temps avec la vessie, le rectum et tout le pourtour du petit bassin. Les cavités kystiques qu'on a cru exister dans l'intérieur des tumeurs fibreuses de l'utérus n'étaient autre chose que des cavités du kyste lui-même, ou formées entre les adhérences solides qui s'étaient établies entre les différents organes du petit bassin.

Enfin, nous terminerons ces observations par un fait qui nous a été adressé par le docteur Peruzzi, et nous le rapporterons dans tous ses détails, parce qu'il a été recueilli avec soin et que l'examen anatomique et microscopique ne laisse rien à désirer; c'est d'ailleurs un beau succès d'extirpation de tumeur fibreuse sessile.

Obs. *Gastrotomie pour l'extirpation d'une tumeur fibreuse volumineuse, péri-utérine sessile, prise pour un kyste de l'ovaire. Guérison.* Par le docteur Peruzzi, de Lugo (Romagnes). (*Estratto dall' Ippocratico*, série IIIe, vol. XVI). — Jeanne Sagrini, couturière, âgée de vingt-huit ans, née de parents sains et robustes. Elle est d'un tempérament lymphatique et fut réglée à douze ans. La menstruation resta régulière, mais très-abondante; elle était leucorrhéique. Elle eut beaucoup à souffrir de chagrins très-vifs et répétés. En dix ans de vie conjugale, elle eut deux fils,

l'un qui meintsnsnt e neuf sns, et l'sutre sspt mois. Après son prsmier accouchement, ells eut uns métro-péritonite dont ells guérit. Pendsnt les cinq snnées suivantos, la ssnté ns fut sn rien troublée, mais ensuite elle commença à ressentir dss doulsurs dans la région du côlon transverse; à gsuchs, elles s'étendirent jusqu'à la région iliaque. Le menstrustion devint assez abondante pour que l'écoulement du sang durât quinze jours snviron à chaqus fois. Dsns les deux dernièrss ennés, slle eut de plus à aouffrir ds deux péritonitss graves qui réclemèrsnt un traitement très-actif; la dernière survint dans le cours de le grossssse, il y a préssntement treizs mois aujourd'hui.

Il y a qustre sns qu'elle s'sperçut de la présence d'une tumsur qu'on pouvait facilsment circonscrire evec les doigts; ells svait le volume d'un œuf, était trés-mobils, située à gauche, lå où peu de tsmps auparavant elle avait commencé à sentir les douleurs que nous avons notées plus haut. En même temps qu'elle reconnsissait l'existsncs de la tumeur, elle éprouvait une ssnsation de plénitude du côté du vagin, ds la difficulté dens l'émission des urines, une constipation constante, des nausés de temps à autre, et dens les derniers jours elle eut encore le sensation de mouvement intérieur, comme dans la grossesse. La tumeur, en augmentant de volume, en arriva à occuper la région hypogastrique, puis s'étendit jusqu'à la région iliaque droite, d'où l'on pouveit la ramener vers la gsuche. Ce fut dans les deux dernières années que l'augmentation du volume fut plus considérable et compliquée des deux péritonites dont nous avons perlé. La grossesse et l'accouchement n'en furent en rien troublés.

L'augmentation progressive du volume de la tumeur, les péritonites dont elle avait souffert, la faiblesse qu'elle ressentait, l'amsigrissement très-évident et d'autres inconvénients moins graves, l'inquiétèrent assez pour qu'elle eût recours à moi.

A mon prsmier examen, je trouvai la pesu flesque, sillonnée de nombreuses rides au visage. Elle étsit notablement amaigrie, surtout dans les régions supérieures du tronc. Je constatai l'existence d'une tumeur qui occupait la région hypogastrique, la région ombilicale, jusqu'à 2 centimètres au-dsssus de l'ombilic. Elle s'étendait encore en partie vers les deux régions iliaques. Sa forme était presque ovoïde, sa surface était lisse et égale. Elle était mobile latéralement, et aussi de bas en haut; l'étendue du déplacement était d'environ 3 centimètres. Elle était résistante, élastique, et à la palpation on aveit le sensation d'une fluctuation profonde. Le mensuration donneit :

1° Circonférence au niveau de l'ombilic.	76	centimétres.
2° Du cartilage xiphoïde à l'ombilic...	15	—
3° De l'ombilic à le symphyse pubienne.	20	—
4° De l'épine antérieure et supérieure droite de l'os iliaque...........	17	—
5° De l'épine entérieure et supérieure gauche de l'os iliaque.........	15	—

Dens le cul-de-sac antérieur du vagin, en avent du col de l'utérus, le doigt rencontrait le globe de la tumeur, dur et élastique; le col utérin légèrement incliné à droite, assez mobile, l'organe profondément enfoncé dans l'excsvetion. La sonde utérine pénétrsit à travers le col à une profondeur de 6 centimètres. L'indicateur, appuyé sur le col de l'utérus, percevait les mouvements de latérslité imprimés à la tumeur psr l'autre main et étaient communiqués au col lui-même, surtout de haut en bas. La tumeur étant soulevée de bas en heut, le col de l'utérus ne la suivait pes sensiblement. Les mouvements de latéralité imprimés au col ne se communiquaisnt pas à la tumeur; les parois abdominales glisseient fecilement sur elle. A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit enormal. Pes de sensations spécisles au toucher. Les sons étaient normaux à la percussion dana les régions lombairea, iléo-costalés. Lcs caractères physiques des urines n'étaient pas modifiés, 2500 grammes dans les vingt-quetre heures; réaction neutre, pas d'albumine, pss de sucre. Les fonctions digsstives normales. Rien du côté des organes respiratoires, 21 inspirations à la minute. Bruits du cœur réguliers, pouls à 70. Températeure de le peau à 36 degrés. Décubitus lstéral droit de préférence.

L'examen subjectif et objectif ainsi complété, quel jugement porter sur la nature de la tumeur? Les troubles de la nutrition avec leurs caractères tout spéciaux chez cette femme, la mobilité de la tumeur jointe aux résultats presque négatifs de l'exploration par le vagin, et principalement la sensation de fluctuation perçue, me conduisirent è diagnostiquer un kyste de l'ovaire, à parois épaisses, à contenu liquide, sans adhérences pariétales ou pelviennes. Pourtant une circonstance me faisait douter, c'était le lieu de première apparition de la tumeur, qui certainement n'est pas le plus ordinaire dans l'évolution des kystes de l'ovaire; mais comme j'avais vu quelquea années auparavant un cas qui avait une grande ressemblance avec celui-ci, dans lequel pour les mêmes motifs, et aussi à cause d'un espace libre entre la tumeur et la fosse iliaque, où l'on pouvait enfoncer trois doigts, j'avais émis des doutes sur l'origine de la tumeur, qui (guérie plus tsrd avec des injections iodées) fut ensuits reconnus à l'autopsie pour un kyste de l'ovaire; comms, d'autre part, on svait droit d'exclure ce css autent d'une migration de la rate que d'une hydropisie enkystés, d'une hypsrtrophis des glandes rétro-péritonéales, je persistai dans le diagnostic de kyste de l'ovaire, bien que la position de la tumeur sur la ligne médians, ss forme, la longueur limitée du canal cervico-utérin, les règles trop sbondsntes, eussent pu êtrs des circonstsnces très-vslables pour ne pas fsire exclure la possibilité d'une tumeur fibreuse, peut-être même d'un fibroms ramolli de l'utérus. En vérité, je n'eus jamsis l'occasion de mieux spprécisr la difficulté de distinguer une tumsur solide d'une tumeur liquide, une tumsur ds l'utérus d'uns tumsur de l'oveire... Une ponction exploratrice aurait pu ms donner quelque éclaircissement, sinon sur le point du départ, du moins sur la nature solide ou liquide de la tumeur...

L'opération fut faite le 25 octobrs 1869, à onze heures du metin, par une température de 22 dsgrés centigradss.

La malads, enveloppée de flanelles, la vessie vidée par le csthétérisme, le ventre couvert avec le tsblier de Kœberlé, l'snesthésie étant complète, je commençai par une incision de 15 centimètres, dirigée de l'ombilic vers la symphyse pubienne, comprenant toute l'épsisseur de la peau et la ligne blanche, j'ouvris de même le péritoins, et le tumeur apparut alors. Je la ponctionnai avec le trocart de Kœberlé, mais je ne vis pas sortir une goutte de liquide; alors je reconnus que ls tumeur était solide. Ne pouvant plus compter sur la réduction, je débridai en haut de 3 centimètres environ; je saisis la tumeur avec de solides pinces à griffes, et je la fis sortir de la cavité abdominale. Aussitôt je reconnus qu'un des ovaires et une trompe de Fallope l'avaient suivie et que la tumeur elle-même faisait corps avec l'utérus. Immédiatement, sans hésitation aucune, j'appliqusi le clsmp à branches parallèles de Spencer Wells sur une espèce de collet ou de pédoncule formé par le corps même de l'utérus, d'une circonférence de 10 centimètres environ; je le serrai fortement et, ayant pris soin de protéger la cavité abdominale avec des flanelles imbibées d'eau chaude, j'enlevai la tumeur un peu au-dessus de l'instrument constrictsur; évidemment j'enlevai evec la tumeur une portion de l'utérus, un ovaire, une trompe de Fallope et une psrtie du ligament large. Ce temps de l'opération dura quatorze minutes environ. La perte de ssng fut insignifiante.

Le 1er décembre, l'opérée, parfaitement guérie, put retourner chez elle.

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur fut fait psr l'illustre professeur Taruffi, et je transcris textuellement sa description, qu'il m'envoya sous forme de lettre.

« Bologne, 17 novembre 1869.

» Mon cher ami,

» Pour répondre à vos sollicitations et vous donner la description que vous me demandez de la piéce pethologique que vous avez eu le gracieuseté de m'apporter vous-même, je me bornerei à vous donner les principaux carsctéres qui en découlent naturellement. Je ne vous redirai pas toutes mes recherches en détail, ce serait une répétition de tout ce qui est déjà connu au sujst des tumeurs congénères. Avsnt d'en arriver à la description, je vous dirai que ce fut pour moi une bonne fortune que vous ayez eu à pratiquer une ponction au centre de la face antérieure de la tumeur dans le cours de l'opération; elle m'e servi de guide très-sûr pour établir les rapports de la tumeur et pouvoir la décrire à peu près, comme si elle était en place.

» La tumeur a une forme ovoïde, légèrement aplatie d'avant en arrière, avec une extrémité plus effilée en bas, et une sutre, la base en quelque sorte, plus élargie en haut. Elle préseute deux surfsces et deux bords arrondis; la surface antérieure est convexe; la moitié droite est d'une couleur pâle, le moitié gauche est rosée, rouge même en quelques points; au centre de cette surface se trouve une solution de continuité, une déchirure, circonscrite, profonde de 5 centimètres (ponction d'essai). La surface postérieure est à peu prés plane, généralement lisse et divisée eussi en deux parties, d'un degré de coloration inégale. Les deux bords qui réunissent les deux surfaces n'offrent aucune ligne de démarcetion ni aucune particulsrité, excepté le droit, qui, dans sa partis supérieure, au point où il remonte pour aller joindre la base de la tumeur, présente comme surajouté un promontoire en continuation directe avec lui; ce promontoire, dans sa partie externe, a la forme arrondie, excepté dans sa partie inférieure (latérsle à le tumeur), où il appsrnît taillé obliquement de dehors en dedans. Au centre de ce plsn oblique se voit une ouverture en bec de flûte qui permet l'introduction du petit doigt et laisse la sensation d'une cavité. Les contours de cette ouverture sont déchiquetés et rougeâtres. Au côté gauche et au-dessous de ce promontoire (côté droit et supérieur de la tumeur) on trouve sept orifices disséminés, qui ont tous l'aspect de vaisseaux sanguins coupés en travers; l'un d'eux a un celibre plus considérable. Dans le partie supérieure, le promontoire allonge à droite la base de la tumeur, et dans ce plan, du côté postérieur (dans

le voisinage d'une ligne fictive qui sépare la tumeur du promontoire), on voit naître un canal qui n'a évidemment pas besoin de description; c'est à ne pas s'y tromper une trompe de Fallope comprise dans le ligament large, sous lequel et en arrière est l'ovaire correspondant; dès maintenant nous pouvons donc considérer le susdit promontoire comme une grande partie du corps de l'utérus. En pressant la tumeur, on lui trouve une consistance plus ferme que celle de la chair musculaire, moins grande que celle du corps de l'utérus.

» Après dix-huit jours de macération dans l'alcool, la tumeur, incisée suivant un plan médian entre ces deux surfaces, en respectant les connexions après le promontoire, donnait à la mensuration les dimensions suivantes, qui doivent être moindres qu'à l'état frais : en suivant l'axe longitudinal, la tumeur mesure 14 centimètres; le plus grand diamètre transversal en a 13, et dans la circonférence correspondant aux points extrêmes du diamètre indiqué, il y a 34 centimètres; le poids total, y compris le promontoire, est 1120 grammes. En examinant la surface de la coupe, on reconnaît l'existence à l'intérieur de la tumeur d'une membrane résistante, qui en certains points peut être soulevée, de l'épaisseur de 1 millimètre, et qui enveloppe toute la production, se continue avec le ligament large et avec l'enveloppe même du corps de l'utérus, excepté dans la portion où l'utérus a été lui-même coupé obliquement, environ dans l'étendue de 2 centimètres. Tout autour de l'étendue artificielle déjà indiquée, la membrane manque complétement; il n'y a pas à douter que cette membrane ne soit le péritoine qui recouvre la paroi postérieure de l'utérus, énormément distendu et un peu épaissi, opinion que l'examen microscopique n'a pas démentie. Au-dessous du péritoine, il y a une trame grisâtre plus ou moins adhérente à la séreuse placée au-dessus et en rapport avec le tissu propre de la tumeur située au-dessous d'elle; cette couche est constituée par du tissu connectif, tantôt à disposition aréolaire, tantôt à faisceaux compactes et parallèles, ou encore mêlés à de la substance amorphe interposée. Cette couche, qui peut avoir environ 2 millimètres, n'est pas également distribuée tout autour de la tumeur; dans quelques points elle est extrêmement mince et à peine reconnaissable, dans d'autres elle est abondante et molle, comme on le voit entre la paroi postérieure de l'utérus et la tumeur; mais dans la partie supérieure elle manque absolument, et au lieu d'elle on constate, entre le haut du corps de l'utérus et la substance propre de la nouvelle production, une continuité de tissu non interrompue, ce qui permet de conclure que la tumeur n'était pas énucléable, en conservant son point de départ.

» La substance propre de la tumeur, recouverte de l'enveloppe décrite plus haut, étudiée à la surface de la coupe, se présente sous deux aspects : une masse centrale rouge, relativement molle, avec un noyau central irrégulier, gris, du volume d'un œuf de pigeon et tout à fait ramolli. Tant au milieu de la masse que du noyau, on voit même à l'œil nu une quantité considérable de vaisseaux veineux. Cette masse centrale se continue directement avec une substance de couleur grise plus compacte, qui adhère plus ou moins intimement au tissu connectif sous-péritonéal, excepté à la partie supérieure, où il se rejoint à la substance de l'utérus. Comme nous l'avons dit, la substance grise, aussi bien que la substance rouge, ne présente pas une surface homogène, ni lisse, mais déchiquetée et irrégulière, avec quelques anfractuosités; on n'y retrouve qu'en dans quelques points les dispositions en faisceaux.

» A l'examen microscopique, on voit que toute la substance propre de la tumeur, quelle qu'en soit la couleur, est constituée par des fibres musculaires lisses, qui, réunies, forment des faisceaux apparents dans quelques points à l'œil nu, et qui, dans toutes les régions où la surface de la coupe est rugueuse, sans structure évidente, présentent des faisceaux musculaires obliquement et transversalement dirigés, que du tissu connectif relie entre eux; en communication avec le péritoine, situé au-dessous, ces faisceaux s'entrelacent dans toutes les directions. Cet examen montre en outre que la différence de coloration dépendait surtout de la richesse vasculaire et de l'imbibition sanguine, et enfin que le noyau central ramolli n'est qu'une dégénérescence granulo-graisseuse, qui a envahi dans quelques points les faisceaux musculaires.

Pour compléter la description du fragment d'utérus, que nous avons vu adhérent à la tumeur par du tissu connectif dans la région postérieure, et continu à la tumeur par le côté supérieur et postérieur, je plaçai la pièce pathologique sur le bord gauche, j'introduisis dans l'ouverture en bec de flûte une sonde cannelée, et dans la rainure je fis glisser un bistouri qui, pénétrant dans la cavité, incisa longitudinalement toute la paroi externe. Cette incision ouvrit toute la cavité, qui avait absolument l'aspect de la cavité utérine; elle était, de même qu'elle, tapissée de mucosités peu épaisses. Sa longueur était de 4 centimètres, sa largeur de 2 centimètres 1/2, l'épaisseur de sa paroi antérieure était de 1 centimètre 1/2. J'essayai ensuite d'introduire un stylet dans l'angle infundibuliforme (droit) de la cavité, pour pénétrer dans la trompe correspondante; je n'y pus parvenir. Je ne réussis pas mieux en essayant l'introduction par le pavillon de la trompe. Je cherche inutilement l'infundibuliforme gauche; les injections mercurielles, essayées à travers ces petits orifices, qu'on apercevait à gauche sur la face externe de l'utérus mis à nu, ne pénétrèrent pas plus. J'en conclus que la trompe gauche ne se trouvait pas juste en face de la droite, mais certainement beaucoup plus bas, et que par conséquent elle était au-dessous de l'incision.

Si maintenant nous voulons tirer quelques conclusions de tout ce que nous venons d'exposer, il me semble qu'il ne peut naître aucun doute sur la nature de la tumeur; on doit la ranger parmi les myomes de l'utérus, particulièrement parmi ceux qui sont sous-séreux, d'origine pariétale, sessiles, qui ont conservé tous leurs rapports de continuité avec la substance propre de l'utérus et qui pour cette raison, à cause de l'atmosphère de tissu connectif épais qui les enveloppe, ne sont pas énucléables.

» Une difficulté sérieuse eût pu se présenter, c'eût été de définir la position de l'utérus sans avoir étudié la tumeur en place; mais, comme nous l'avons dit, grâce à l'heureux hasard d'une ponction exploratrice, cette difficulté put être écartée avec toute vraisemblance de certitude; sachant quelle était la partie antérieure de la tumeur, on en arrivait par conséquent à admettre que l'utérus était placé à la droite; comme la ponction était sur la ligne médiane, que d'un autre côté la piqûre est à 6 centimètres de l'utérus, il devient facile de déterminer le degré de déplacement de cet organe. Nous avons noté plus haut que l'utérus ne se trouvait pas sur la face antérieure de la tumeur, mais bien sur un de ses bords, et que la trompe de Fallope droite est dirigée en arrière; on en peut déduire que l'utérus, dans son mouvement de translation vers la droite, a fait un quart de rotation autour de son axe; nous ajouterons que les insertions de l'utérus étaient telles, qu'en haut elles rejoignaient la base de la tumeur, mais il n'était pas possible que les diamètres transverses de cet organe permissent à son extrémité inférieure d'aller toucher, dans une excavation recouverte de parties molles, les points du coccyx, s'il n'était survenu un allongement du vagin et de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, la partie supérieure de l'utérus étant déjà distante de 16 centimètres de l'extrémité inférieure de la tumeur. La trompe de Fallope et l'ovaire gauche manquaient. Pour expliquer ce fait, il n'y a, ce nous semble, qu'une hypothèse à faire, c'est que l'utérus, tiraillé par en haut, ayant fait un demi-tour à droite, c'est sur la région gauche de l'utérus et sur la partie correspondante du vagin qu'a dû s'exercer la traction la plus considérable, à cause de la plus grande distance à franchir; or, cette portion de l'utérus ne correspondant pas complétement à la force qui en arrière la déplaçait, la soulevait, s'est déformée, n'a pas pris le même niveau que la portion droite; de là encore l'insertion de la trompe gauche est restée beaucoup plus inférieure que l'insertion de la trompe droite, au-dessous de la surface de section que nous avons pratiquée obliquement, c'est-à-dire que, partant du corps de l'utérus, elle se terminait en bas et en dedans, à la portion sus-vaginale du col. »

(La pièce est déposée au musée d'anatomie pathologique de Bologne.)

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

DES TRANSPLANTATIONS DE MOELLE DES OS DANS LES AMPUTATIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. Note de M. *G. Félizet*. — Cette étude a pour base : 1° une opération pratiquée sur un blessé de vingt-six ans; 2° des expériences sur des chiens.

1° Les transplantations de moelle des os, dans un manchon formé par le périoste des os longs, présentent les conditions les plus favorables au succès de la greffe.

2° L'occlusion de la moelle greffée de la sorte, sous un manchon exactement suturé, a pour effet de produire la guérison des moignons osseux par un processus anatomo-pathologique, identique avec celui qui préside à la formation du cal, d'abord cartilagineux, puis osseux, des fractures simples.

3° L'ouverture accidentelle du manchon ne rend pas impossible la greffe de la moelle; elle la rend incomplète en favorisant l'issue au dehors d'une partie du tissu transplanté. Elle a pour conséquence d'empêcher la formation des masses cartilagineuses. Elle entraîne l'ostéomyélite, au même titre que les sections simples des os à l'air libre dans les amputations ordinaires.

CUIVRE ET CHOLÉRA. — M. *Davin* appelle l'attention de l'Académie sur quelques faits qui paraissent constater l'efficacité contre le choléra du cuivre projeté en poudre impalpable dans l'atmosphère. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

CALCULS BILIAIRES. — M. *Lailler* adresse, comme suite à ses précédents travaux sur l'urine, des « Considérations sur la formation des calculs biliaires ». (Renvoi à la commission du concours de médecine et chirurgie.)

PATHOLOGIE. — M. *Fauconnet* adresse une suite à ses ÉTUDES SUR DIVERSES MALADIES SIMPLES ET COMPOSÉES. (Renvoi à la commission du concours de médecine et chirurgie.)

THERMOMÈTRES PHYSIOLOGIQUES. — M. *E. Seguin* adresse un mémoire intitulé : THERMOMÈTRES PHYSIOLOGIQUES, APPLICABLES A LA MÉDECINE, A LA CHIRURGIE, etc. (*Comm. :* MM. Becquerel, Cl. Bernard, Bouillaud.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de la marine et des colonies adresse à l'Académie une demande d'un certain nombre de tubes destinés à recueillir le vaccin. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le rapport de M. le docteur *Diard* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi pendant l'année 1872 dans les communes de Cernay-la-Ville, Levy-Saint-Nons, Maincourt, les Essarts et la Celle-la-Borde (Seine-et-Oise.) (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements de la Loire, des Hautes-Alpes et du Nord. (*Même commission.*) — *c.* Le tableau des vaccinations pratiquées, pendant l'année 1872, dans le département de la Creuse. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Le rapport de M. le docteur *Pidoux*, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, sur l'asthme. — *e.* Le rapport de M. le docteur *Charmasson de Puylaval*, médecin de Saint-Sauveur, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Des échantillons et les pièces à l'appui d'une demande d'autorisation d'exploiter pour le service médical l'eau d'une source minérale que le sieur *Modeste Euzet* a découverte dans la commune de Cette, au lieu dit la Plaine-Saint-Joseph (Hérault). (*Même commission.*) — *g.* Le rapport de M. le docteur *Lemonnier*, médecin inspecteur des eaux minérales, sur le service médical de l'établissement des Eaux-Chaudes pendant l'année 1872. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de candidature de M. le docteur *Lancereaux*, pour la section d'anatomie pathologique. — *b.* Des lettres de remercîments de MM. *Auguste Haspel, Bourdin, Vincent, Leduc, de la Grandiesse, Caradec* et *Perrotte*. M. *Perrotte* adresse en outre une observation d'un cas de médecine légale. (Renvoyé à l'examen de M. Tardieu.) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Lacaze* sur la constitution médicale de l'arrondissement de Montauban pendant l'année 1872. — *d.* Une lettre par laquelle M. le directeur de l'Institution des sourds-muets annonçait à l'Académie que le service anniversaire du docteur *Itard* aurait lieu le 5 juillet 1873 dans la chapelle des Sourds-Muets, et invitait MM. les membres de l'Académie à assister à cette cérémonie funèbre.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : LA VARIOLE AU POINT DE VUE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET PROPHYLACTIQUE, par M. *Léon Colin*. — 2° L'article *Quarantaine*, extrait du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, par le même auteur. — 3° LA GYMNASTIQUE SCOLAIRE POUR GARÇONS ET JEUNES GENS, par M. le capitaine *Docx*. — 4° Le tome X de la Société académique des sciences, arts, belles-lettres, agriculture et industrie de Saint-Quentin.

M. *Barth*, au nom de M. le docteur *Luys*, médecin de la Salpêtrière, offre à l'Académie les 3e, 4e et dernière livraisons de son ICONOGRAPHIE PHOTOGRAPHIQUE DES CENTRES NERVEUX.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. *le président*, annonce que l'ordre du jour appelle la discussion sur la réorganisation du service médical dans l'armée.

Cette question, comme nous l'avons dit précédemment, était grosse d'orages ; l'orage n'a pas éclaté aujourd'hui, mais nous en avons eu les avant-coureurs et ce sera probablement pour la prochaine séance. M. Depaul ayant fait remarquer que, d'après les termes mêmes de sa lettre, M. le ministre de la guerre demandait une solution dans le plus bref délai. M. Poggiale, pharmacien, répond que rien ne presse, car cette question sera présentée à part à l'Assemblée nationale, (voy. plus haut, p. 443) et l'on a bien le temps d'attendre. M. Poggiale paraît tenir beaucoup à gagner du temps. M. Bussy, autre savant pharmacien, insiste dans le même sens en demandant qu'on ne discute qu'après l'impression et la distribution du rapport à tous les membres de l'Académie. Il ne veut pas qu'on puisse enlever à l'improviste, surprendre pour ainsi dire le vote de l'Académie ; mot malheureux que relève en protestant M. le président.

Pour couper court à cet incident qui indique déjà la tendance des esprits, M. le président donne la parole à M. Broca pour la lecture de son rapport, rapport fort remarquable dont nous ne pouvons malheureusement donner qu'un résumé et que nous recommandons tout spécialement aux lecteurs du BULLETIN.

Il y a environ un mois, M. le ministre de la guerre, à l'occasion de la réorganisation de l'armée, avait demandé à l'Académie s'il y avait lieu d'introduire dans le service médical certaines modifications que réclamaient quelques médecins militaires. L'Académie avait nommé, pour étudier la question, une commission de 9 membres, comprenant 3 pharmaciens, 3 chirurgiens et 3 médecins, et en outre M. le secrétaire perpétuel, qui assiste de droit à toutes les commissions. M. Dumas avait demandé à être entendu et était venu donner à la commission l'appui de sa parole et de sa longue expérience. La commission présentait donc toutes les garanties possibles de savoir, de sincérité et d'impartialité. Après quatre longues réunions préparatoires, la discussion allait pouvoir enfin s'engager avec connaissance de cause, quand se produisit un incident regrettable et que rien ne justifiait à priori. Trois des membres de la commission, les trois pharmaciens, MM. Gobley, Poggiale et Bussy, donnaient leur démission « dans des termes, dit M. Broca, qui mettaient en suspicion les autres commissaires » .Cette retraite prématurée, inexplicable et que rien ne motivait, car on n'avait même pas encore entamé la discussion, n'arrêta pas la commission qui décida qu'on passerait outre et continua ses travaux.

Les questions qu'elle avait à examiner étaient les suivantes : devrait-on, dans le service médical de l'armée, conserver les choses dans l'état actuel, ou fusionner les médecins et les pharmaciens, ou bien enfin subordonner la pharmacie à la médecine militaire ?

D'après le système, *dit de fusion*, on supprimerait les pharmaciens, et la pharmacie serait exercée par des docteurs en médecine déclarés aptes à cette spécialité. Les deux sections (pharmaciens et médecins) se trouveraient ainsi fusionnées en un seul groupe constituant une seule et même hiérarchie.

La commission, après avoir entendu M. Dumas, a reconnu que le système de la fusion n'était pas praticable ; il n'offre en effet aucune garantie suffisante et ferait tomber la pharmacie militaire entre les mains des fruits secs de la médecine, qui ne l'accepterait que comme pis aller. Au point de vue moral et scientifique, cette innovation aurait donc les résultats les plus déplorables ; du reste, on l'a essayée une fois, et il a fallu y renoncer ; aussi la commission a-t-elle rejeté cette solution à l'unanimité.

Restaient en présence le système actuel et le système de subordination de la pharmacie à la médecine.

Dans l'état actuel, le service de santé comprend les médecins et les pharmaciens, indépendants les uns des autres, mais subordonnés à un intendant militaire et à des officiers d'administration qui ne reconnaissent d'autre autorité que celle de l'intendant. En temps de guerre il y a de plus le service de train des ambulances, toujours sous la direction de l'intendance. Cette organisation, à peine supportable en temps ordinaire, a des conséquences désastreuses en temps de guerre, comme on a pu le constater pendant la malheureuse campagne de 1870-71. Les Prussiens, qui en avaient constaté les inconvénients pendant la guerre contre l'Autriche, réformèrent complétement leur service médical après Sadowa, et en confièrent la direction à un chef pris dans le corps médical, en dehors de toute attache administrative. L'Italie a suivi cet exemple ; il est grand temps que la France les imite. Or, parmi les trois branches qui constituent actuellement le service médical, pharmaciens, intendants et médecins, à qui faut-il s'adresser ? Évidemment au médecin, comme le plus compétent, le plus populaire et le plus aimé des soldats.

Quant à la subordination de la pharmacie à la médecine, ce n'est qu'une question secondaire, et l'on ne s'explique pas

l'opposition systématique des pharmaciens, car après tout la subordination est la règle dans l'armée, et que les pharmaciens soient subordonnés à l'intendant ou au médecin, c'est toujours de la subordination. Il n'y a là rien de déshonorant. Ces questions mesquines devraient s'effacer devant l'intérêt général. « Il faut voir les choses de plus haut, dit M. Broca, et songer que la France est le seul pays en Europe où le service médical et la santé de nos soldats soient soumis aux caprices d'un officier d'administration. »

La commission propose donc comme conclusion : le rejet du système dit de fusion, la réorganisation du système actuel avec l'autonomie du service médical ayant à sa tête un chef compétent pris dans son sein, et la subordination de la pharmacie militaire à la médecine.

Ce remarquable rapport, lu avec feu et conviction par M. Broca, a fait une profonde impression sur l'Académie, excepté pourtant sur les pharmaciens, qui ont demandé le renvoi de la discussion à la prochaine séance. Espérons que d'ici là ils méditeront les paroles de M. Broca et laisseront de côté les questions de rivalités personnelles ou professionnelles pour ne penser qu'à l'intérêt général.

M. Chatin termine la séance en communiquant à l'Académie un travail sur la présence du nitre dans les plantes. Ce sel se rencontrerait, paraît-il, dans un très-grand nombre de plantes.

P. S. — L'honorable M. Briquet nous écrit pour accuser d'inexactitude, en ce qui le concerne, notre compte rendu de la précédente séance de l'Académie. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter au BULLETIN la conclusion de M. Briquet; nous espérons que le lecteur la trouvera tout à fait conforme au résumé de notre rédacteur.

« Je termine par les conclusions suivantes :

» Il existe deux espèces différentes, les confondre conduit à la confusion : l'une est avec lésion des intestins, l'autre est exempte de cette lésion. La première est celle qu'ont vue et décrite tous les grands auteurs depuis quatre cents ans, et dont les épidémies ont été extrêmement nombreuses; elle est sans contredit la plus grave des deux. Elle a ses causes spéciales, et sa manière d'être qui la différencie de l'autre espèce. Il y a tout avantage et aucun inconvénient de la réunir à la fièvre typhoïde. »

Un peu plus haut, M. Briquet écrit, comme nous le lui avons fait dire : « Je le défie (M. Fauvel) de prouver que la famine ait été la cause d'une seule des centaines d'épidémies de typhus avec troubles du tube intestinal. »

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE; NÉCROSE DE LA CLAVICULE. — HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

M. *Le Fort.* Une fille de dix-sept ans, d'une bonne constitution, ressentait depuis quelque temps des douleurs dans la région claviculaire droite, et cela sans cause traumatique connue. Elle entra dans le service de M. Le Fort, qui constata la présence d'un abcès volumineux dans cette région. A la pression, on déterminait de la crépitation. Le débridement permit de voir au fond de la plaie la clavicule nue et isolée. La malade fut endormie. La clavicule, saisie avec une pince, fut extraite facilement; cependant, pour l'extrémité externe, il fallut employer le détache-tendon. La malade, opérée depuis cinq jours, est dans un état assez satisfaisant. M. Le Fort ne connaît pas d'exemple de périostite phlegmoneuse de la clavicule ayant amené la nécrose de l'os en aussi peu de temps.

Selon M. *Chassaignac*, il peut y avoir dans les cas de ce genre abcès sous-périostique, ou arthrite purulente de l'extrémité interne de l'os. Il s'agit ici d'un abcès sous-périostique; une disposition diathésique a favorisé la formation du pus.

M. *Paulet* pense que l'épiphyse interne et le cartilage sont restés en place, car à dix-sept ans l'épiphyse n'est pas soudée.

M. *Verneuil.* Si l'on pratiquait une coupe longitudinale de cette clavicule, on verrait si la nécrose est totale. M. Verneuil ne le pense pas. Il cite à ce sujet un cas de névrose consécutif à un un abcès sous-périostique de la moitié inférieure du fémur.

M. *Marjolin* cite un fait relatif à la diaphyse du tibia et qui confirme l'opinion de M. Verneuil.

M. *Le Fort* reconnaîtra qu'il a eu tort d'enlever la clavicule, si l'on peut lui prouver que la nécrose n'aurait pas continué. S'il avait laissé la clavicule dans la plaie alors qu'elle n'était adhérente que par sa partie externe, il paraît évident que la nécrose eût continué. Il n'en est pas de même pour le tibia, qui peut se nourrir par ses deux extrémités d'une façon suffisante; la clavicule enlevée se reproduit presque toujours, les observations en font foi.

M. *Guyon.* Il n'y a pas à conclure de la clavicule au tibia. M. Guyon a vu revivre des os qui paraissaient destinés à se nécroser. Un malade avait une ostéo-périostite aiguë du tibia, du péroné et du fémur; la suppuration envahit l'articulation du genou; drainage. L'épiphyse supérieure du tibia était mobile; dénudations très-étendues sur les trois os; et cependant l'enfant a conservé tous ses os sans en perdre de parcelles appréciables.

M. *Panas* voudrait scier la clavicule suivant sa longueur pour voir l'état de l'élément médullaire qui nourrit l'os: si le corps médullaire reste sain la nécrose doit rester superficielle.

M. *Verneuil.* Pour enlever un séquestre, il faut que la mortification soit bien avérée; pour cela il faut scier l'os. M. Verneuil pense que l'extrémité externe de la clavicule aurait vécu.

M. *Trélat* partage l'opinion de M. Le Fort. Il s'agissait d'une ostéo-périostite aiguë très-violente; la conduite à tenir vis-à-vis de cette inflammation dominait les autres indications : conserver un moule pour l'os nouveau, ou même un morceau de l'os ancien.

M. *Larrey* rappelle un fait observé aux Cliniques, dans le service de Cloquet : la clavicule, moins ses deux extrémités articulaires, se nécrosa à la suite d'une contusion de la région.

— M. *Blot* demande un avis relativement à un enfant que les membres de la Société de chirurgie ont pu examiner. La lèvre supérieure, beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, ressemble à un groin. Cette difformité est congénitale. Il paraît y avoir hypertrophie de tous les éléments de la lèvre supérieure, qui a quatre ou cinq fois son volume normal. Depuis quinze jours la difformité a augmenté sensiblement.

L'enfant a déjà été présenté à M. *Sée*, à l'hôpital Sainte-Eugénie, il y a plusieurs jours. Depuis ce temps, il s'est ajouté à la lésion un état inflammatoire qui a déterminé une infiltration plastique des tissus qui augmente momentanément l'hypertrophie congénitale. M. Sée propose l'excision d'un lambeau triangulaire de la muqueuse et du tissu sous-jacent, en respectant la peau.

M. *Desprès* se demande s'il ne s'agirait point là d'un hématome. En admettant cette hypothèse, il ne faut pas toucher à cette lèvre; dans tous les cas, il serait prudent de faire une incision exploratrice avant d'agir plus amplement.

M. *Verneuil* reconnaît qu'il y a une inflammation récente ajoutée à la lésion ancienne; mais on ne peut admettre un hématome. Il n'y a pas de tumeur; c'est une espèce d'éléphantiasis comme on en a vu au prépuce. La lèvre a 4 centimètres de hauteur et son tissu est lardacé; il y a une certaine analogie avec la macroglossie. M. Verneuil conseille d'employer d'abord les émollients et les résolutifs; plus tard, faire une ponction exploratrice et, si cela est nécessaire, employer le galvanocautère.

M. *Chassaignac* a opéré des lèvres doubles, où il faut enlever une épaisseur assez considérable de tissu. Il conseille de décoller la peau, d'enlever une partie de la tumeur, de ramener les deux bords au contact, afin de ne pas avoir d'hémorrhagie.

M. *Duplay* voit là un exemple d'hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure. Ce fait n'est pas unique dans la science; dans une observation de Holmes, c'était surtout aux dépens de la couche musculaire qu'était produite la difformité. Si l'on peut se borner à enlever la couche musculaire, on respectera les artères coronaires; mais il faut attendre quelque temps avant de risquer une opération.

M. *Larrey* a vu, dans un conseil de révision, un exemple d'hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

DIFFÉRENCES D'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET DE STRUCTURE DES MUSCLES ROUGES ET DES MUSCLES BLANCS CHEZ LE LAPIN : M. RANVIER. — DES ALTÉRATIONS RÉNALES CONCOURANT A L'IMPERMÉABILITÉ DU REIN : M. CORNIL. — DE L'ACTION PHLOGOGÈNE DES SOLUTIONS D'URÉE : M. MURON. — ACTION PURGATIVE DES HYDROSULFATES DE SOUDE ET DE MAGNÉSIE : M. RABUTEAU. — L'ASTIGMATISME SE MODIFIE : M. JAVAL.

M. *Ranvier* présente un lapin chez lequel il démontre le mode de contraction différent d'un muscle rouge et des autres muscles moins colorés. Le lapin est curarisé, de sorte qu'on ne puisse invoquer une excitation des centres et des cordons nerveux. Il est soumis à la respiration artificielle au moyen d'un appareil très-simple, facile à emporter dans les pérégrinations scientifiques. Le muscle rouge expérimenté est le semi-tendineux, qui chez le lapin présente une coloration rouge qui tranche avec celle des muscles voisins. Dans ces conditions, le muscle étant mis à nu comme les muscles voisins qui ont une coloration blanchâtre ou rosée, on observe, par l'action directe des courants induits, des différences dans le mode de contraction du muscle rouge et des muscles blancs. Tandis que dans les muscles blancs de la cuisse l'action de l'électricité détermine des contractions rapides presque aussitôt suivies de la contraction tonique, de l'état tétanique du muscle, et qu'aussitôt après l'interruption du courant induit, le muscle revient brusquement au repos; dans le muscle rouge, le semi-tendineux, on voit, au contraire, avec une grande netteté, que les contractions par les courants induits sont plus lentes à s'établir, l'état tétanique se produit progressivement, il persiste pour disparaître lentement lorsque l'action électrique est supprimée.

A ces différences physiologiques correspondent des particularités de texture. Dans les muscles rouges, la striation longitudinale est plus prononcée, ce qui est le contraire des muscles blancs, la striation transversale est moins nette, on observe des stries en étage qui rappellent la striation du muscle cardiaque; d'autre part, les noyaux du sarcolemme, examinés sur les coupes transversales, sont bien plus nombreux dans les muscles rouges, ils font saillie dans le faisceau primitif des fibrilles; on retrouve de ces noyaux à l'intérieur du faisceau. Bref, à une action physiologique différente correspondent des particularités histologiques. M. Ranvier continue ses recherches sur le sujet.

— M. *Cornil*, à propos de la récente communication faite par M. Bouchard, passe en revue les altérations rénales qui, dans la période atrophique de la maladie de Bright, déterminent l'imperméabilité rénale à un degré tel que les praticiens doivent en tenir compte dans les effets produits par les médicaments. Les plus importantes de ces altérations sont les suivantes : oblitération des tubes de Henle par des dépôts colloïdes ou cylindres hyalins, transformation kystique des glomérules, et dans le cas de M. Bouchard transformation calcaire de la capsule des glomérules; en outre, il y a transformation kystique des tubes urinifères. Enfin, des lésions très-importantes des vaisseaux; celles-ci sont constituées par l'endartérite et l'endophlébite avec périphlébite; de sorte que les vaisseaux sont diminués dans leur calibre, presque oblitérés. C'est ainsi que glomérules, canalicules urinifères et vaisseaux deviennent les uns et les autres inaptes complétement ou incomplétement à la production des phénomènes de l'excrétion urinaire. Cette fonction éliminatrice, amoindrie ou en grande partie supprimée, l'action ordinaire des médicaments diurétiques, ou mieux des poisons éliminés par l'urine, est en conséquence modifiée. Cette conception, basée sur des faits cliniques et anatomiques, acquiert, nous le répétons, une grande valeur pratique.

M. *Muron*, continuant ses expériences sur l'action phlogogène, c'est-à-dire sur la propriété de produire l'inflammation, de l'urine injectée dans les tissus, conclut, des injections qu'il a faites avec des solutions d'urée dans l'eau, variant de 30 à 100 grammes d'urée pour 1 litre d'eau, qu'avec une solution de 25 à 50 grammes d'urée le liquide est résorbé, et qu'avec la proportion de 50 à 100 grammes d'urée pour 1000 d'eau on observe dans les injections sous-cutanées des phlegmons et de la gangrène. Ce n'est pas la quantité injectée qui produit les accidents, comme le démontrent des expériences comparatives, et non plus le siége de l'injection; ce qui agit c'est la proportion relative de l'urée. Ces expériences peuvent avoir des conséquences pratiques; en effet, toutes les fois qu'il y a lieu de craindre l'infiltration urineuse, dans l'uréthrotomie, la taille et autres opérations, on devra chercher à rendre l'urine aussi faible en densité, aussi pauvre en urée que possible. Les boissons abondantes et peut-être les médicaments qui abaissent la quantité d'urée excrétée, sont les moyens de rendre l'urine plus aqueuse, plus pauvre en principes extractifs, et par suite moins phlogogène.

— M. *Rabuteau* communique les conclusions d'un travail dont une partie a été publiée en 1868 dans les comptes rendus de la Société et qu'il a continués dans le service de M. Lasègue.

Les hyposulfates, tels que l'hyposulfate de soude ou de magnésie, introduits dans l'organisme, sont éliminés en nature. Ils diffèrent ainsi des hyposulfites, qui se transforment en sulfates.

Injecté dans le sang, l'hyposulfate de soude produit la constipation, c'est pourquoi M. Rabuteau a pensé qu'il agirait comme médicament purgatif. En effet, ingéré dans l'estomac à la dose de 20 à 30 grammes dans 2 à 3 verres d'eau, l'hyposulfate de soude provoque chez l'homme trois à quatre selles sans produire de coliques.

L'hyposulfate de magnésie produit des effets analogues.

Les inconvénients de ces produits comme purgatifs sont d'une part leur cherté et d'autre part leur amertume; cependant comme l'hyposulfate de plomb est soluble, il semble qu'on puisse dans les cas d'intoxication saturnine espérer de bons effets de l'administration de l'hyposulfate de soude comme purgatif.

— M. *Javal* se présente lui-même comme un exemple rare de modification de l'astigmatisme. En 1864 M. Javal, usant d'un pince-nez à verres cylindriques, regardait par le centre des verres; il portait la tête un peu inclinée en arrière : l'astigmatisme avait pour mesure 1/24e à 1/20e; actuellement il est représenté par 1/16e à 1/18e. La différence est peu prononcée, cependant elle suffit pour imprimer une attitude différente, car M. Javal tend à baisser la tête, c'est-à-dire à regarder par la partie supérieure de son binocle. Pratiquement, ce fait est de nature à prévenir les oculistes qu'ils doivent avant de changer les verres cylindriques pour des verres sphériques, ou de presbytes, examiner à nouveau l'astigmatisme et ne pas conclure trop vite à l'existence de la presbytie chez les astigmates qui ne voient plus nettement avec leurs verres cylindriques.

A. Hg

Exposition de Vienne.

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

APPAREILS DE CHIRURGIE.

A l'exception des appareils de prothèse dentaire, à l'égard desquels l'Amérique a une exposition supérieure à celle de tous les autres pays, la France garde sa supériorité dans la fabrication des instruments et des appareils de l'art chirurgical. On dirait presque que c'est là une industrie exclusivement française; car tous les exposants étrangers n'ont que les modèles de Paris, assez grossièrement imités et souvent défigurés.

Trois fabricants français exposent à Paris, M. Collin (maison Charrière), M. Mathieu et M. Guéride. Leur installation est reléguée dans un endroit un peu retiré; mais elle est très-complète et très-appréciée par les visiteurs compétents. Je ne doute pas que la comparaison de cette exposition avec celle des pays étrangers ne frappe tous les médecins, et qu'au point de vue de la vente l'Exposition de Vienne ne soit très-propice à nos fabricants. L'appareil qui a eu le plus de succès à l'étranger et que l'on retrouve dans toutes les vitrines, même dans les vitrines russes, est l'aspirateur de Dieulafoy. Quelques légères et insignifiantes modifications ont été apportées par les fabricants étrangers, sans doute pour ne pas avoir l'air de copier servilement nos modèles; mais la plupart de ces appareils sont restés tels que M. Collin les a construits la première fois, pour M. Dieulafoy. L'aspirateur de M. Potain n'est exposé que dans les vitrines françaises; il n'a pas encore pénétré chez les fabricants étrangers.

M. Mathieu a exposé des appareils tout nouveaux et qui servent à l'anthropologie. Ces appareils, construits sous la direction de M. Broca, permettent de calculer avec précision l'angle facial, la forme et les courbures du crâne, la direction du rayon visuel, etc. On ne retrouve des appareils d'anthropologie que dans une seule vitrine en Autriche. Le docteur Riegler expose deux compas qui permettent de mesurer les différentes dimensions du crâne; mais ces compas sont loin d'avoir les avantages de ceux que M. Broca a fait construire.

Parmi les appareils récents de M. Mathieu, nous citerons principalement un perforateur de la cornée, un appareil pour inciser le nerf optique, un scarificateur des tempes, un perce-tympan très-ingénieux. On remarque encore un appareil pour l'acupuncture, plusieurs appareils pour éclairer l'oreille, le larynx, l'urèthre, une pince pour retirer les corps étrangers de l'œsophage, etc.

M. Collin nous donne l'œsophagotome de M. Trélat; des polypotomes pour le larynx; un ouvre-bouche nouveau pour les asphyxiés; un ingénieux instrument pour ligatures profondes, du professeur Biglow de Boston; une série d'instruments pour retirer les corps étrangers de l'urèthre, de la vessie, de l'oreille, de l'œsophage. Ces instruments sont construits sur le principe de la pince laryngienne du docteur Cusco (deux leviers sur une branche fixe); l'instrument de M. Pajot pour dilater le col utérin, et son appareil pour la fécondation artificielle; un nouvel endoscope; le brise-pierre et le lit mécanique pour la lithotritie, du docteur Reliquet, et des appareils d'orthopédie, dont quelques-uns ont subi des modifications très-importantes, entre autres celui qui sert à redresser les déviations de la colonne vertébrale; enfin, et c'est là une nouveauté qui sera sans doute remarquée dans l'obstétrique, un forceps à double scie, dont les sections viennent converger vers l'extrémité des cuillères et permettent à l'opérateur de retirer une tranche de la tête du fœtus. Cet instrument a été construit sur les indications du docteur Tarnier.

Ce qui frappe particulièrement dans ces instruments, surtout dans les instruments pour les opérations qu'on pratique sur l'œil, c'est leur légèreté, leur *fini*, comparativement aux mêmes instruments provenant des autres pays

M. Guéride a exposé des instruments d'ovariotomie, un ligateur automatique fort ingénieux, le serre-nœud du docteur Cintra pour la ligature du pédicule, un appareil éclairant pour l'oreille, un vaporifère, quelques instruments de chirurgie.

Chez les fabricants étrangers, la vitrine la plus intéressante est celle qui contient la collection d'instruments et appareils pour opérer sur le larynx, et réunis par le docteur Schrötter. C'est pour ainsi dire l'historique de la laryngoscopie, et l'idée est excellente, car on saisit ainsi d'un seul coup les progrès qu'a faits cette partie de la pratique. La plupart de ces instruments sont construits par M. Reiner, de Vienne.

M. Joseph Leiter, qui semble être à la tête de la plus importante maison de Vienne, n'expose d'intéressant que ses instruments de caoutchouc durci. Cette industrie a pris ici un grand développement, et l'on y travaille le caoutchouc d'une façon remarquable. On généralise peut-être trop son emploi; car non-seulement les seringues de toutes sortes, les canules à trachéotomie, les stéthoscopes, etc., sont construits en caoutchouc durci, mais encore les jambes artificielles, malgré la fragilité de cette matière. Les tubes de caoutchouc que l'on emploie pour insuffler des poudres dans le pharynx ou le larynx ont sur les tubes métalliques le grand avantage de déterminer une sensation moins désagréable, par suite de leur mauvaise conductibilité de la chaleur. De même sur la cornée, un instrument métallique produit toujours une sensation vive, tandis que le contact du caoutchouc durci est plus supportable.

M. Leiter a essayé de remettre en usage la scie de Hein, modifiée par Charrière. Cet instrument, destiné aux résections, est généralement connu sous le nom de scie à molette et abandonné depuis longtemps par les chirurgiens français.

L'instrument véritablement original de M. Leiter est une scie destinée à couper les appareils plâtrés. Cet instrument doit rendre des services, et nous engageons les fabricants français à l'imiter à leur tour.

Les Allemands du Nord ont exposé en assez grand nombre; mais nous ne trouvons rien dans leurs vitrines qui mérite une mention particulière; ce sont toujours les modèles français rendus plus lourds et moins élégants. Quelques instruments pour opérer les fistules vésico-vaginales méritent seuls d'être mentionnés.

On remarque encore quelques appareils orthopédiques bien construits et disposés avec intelligence; mais le poids en est trop considérable, surtout lorsqu'on les compare aux corsets, aux appareils pour pied-bot, etc., que nous trouvons chez les fabricants français.

M. Lollini (de Bologne) a exposé un assez gros lot d'instruments. Peut-être a-t-il voulu y mettre trop d'élégance, car les manches sont en ivoire sculpté et l'acier est entouré de trop de facettes pour laisser à la forme et aux courbures la commodité manuelle qui plaît aux chirurgiens. M. Lollini a cependant quelques instruments nouveaux, construits d'après les indications de M. Ritzoli, et principalement un appareil pour provoquer la fracture des os longs. Cette opération est très-souvent employée ici, et nous avons vu, dans le service de M. Billroth, un grand nombre de cas où il avait provoqué la fracture du tibia et du péroné chez des enfants rachitiques. Cette opération amène presque toujours un redressement très-considérable de la jambe, et, selon les modèles de plâtre que nous avons vus avant et après l'opération, nous ne doutons pas que ce soit là une opération très-utile. Elle n'offre presque jamais d'inconvénients, et souvent la plaie que l'on fait pour atteindre l'os se guérit par première intention. M. Billroth, avant de briser l'os, l'amincit ou du moins l'entame au moyen d'une gouge, et ne détermine la fracture que lorsque l'os n'offre plus de résistance. Cette opération, très-fréquente dans les hôpitaux de Vienne, doit être évidemment plus rare en France, car le rachitisme y est moins commun.

Copenhague compte deux fabricants d'instruments de chirurgie qui font assez bien; ils sont tous deux élèves des fabricants de Paris et ils ont conservé les principes français dans la fabrication. Ils réussissent mieux à imiter nos modèles, et leurs instruments se rapprochent des nôtres par la forme et le fini.

Nous avons remarqué chez l'un d'eux un moyen ingénieux pour maintenir en place les pelotes ombilicales; ce moyen consiste à placer des ressorts légers autour de la pelote; ils sont disposés en rayons et s'arcboutent quand la pelote veut se déplacer.

Un lit pour malade offre un mécanisme des plus ingénieux, qui permet, à l'aide d'un simple mécanisme, de déplacer la portion du matelas qui correspond au bassin et d'y substituer par le même mouvement un vase de métal ou de faïence; puis, par un mouvement inverse, le vase est déplacé et la portion de matelas reprend sa place.

L'Angleterre n'a presque rien exposé. La maison Asch et Sons a une vitrine de dents artificielles, mais celles-ci sont loin d'avoir la couleur naturelle et la transparence des dents américaines.

Dans la plupart des pays, les instruments de chirurgie sont presque tous recouverts d'une couche de métal, afin de les protéger contre la rouille.

La Hongrie a exposé des instruments bien faits; mais la Russie est en général inférieure aux autres pays. Il n'y a que les appareils qui sortent de l'établissement impérial, des instruments de chirurgie du ministère de la guerre, qui ont quelque valeur. La trousse militaire réglementaire est bien conditionnée, mais surchargée de choses inutiles, car elle renferme des plessimètres d'ivoire.

Pour les appareils électriques, nous aurions cru trouver en Allemagne des appareils plus nouveaux et plus importants, et cependant, à l'exception d'un fabricant de Nuremberg, nous n'avons vu que des appareils anciens et très-compliqués. Un fabricant de Varsovie, sur les indications du docteur Brunner, a fait un appareil à courants continus qui est un vrai monument et qui ne coûte pas moins de 3000 francs. C'est d'une complication inouïe et sans aucune utilité, car on peut obtenir absolument les mêmes effets avec les appareils que vendent en France MM. Trouvé, Gaiffe, Morin, etc.

M. Trouvé et M. Gaiffe ont une exposition très-complète et très-belle d'appareils électriques, soit à courants induits, soit à courants continus. M. Trouvé expose de plus des appareils de galvanocaustique, très-simples et d'un prix peu élevé.

Nous ajouterons pour terminer que la meilleure exposition pour les yeux artificiels est incontestablement celle de M. Boissonneau, et que les exposants étrangers sont loin d'atteindre la beauté de l'émail, la perfection de la forme, et je dirais presque l'expression de ses yeux artificiels.

Dans une prochaine note, nous donnerons quelques détails sur l'exposition de la Société de secours aux blessés.

REVUE DES JOURNAUX.

Signe physique de la perforation intestinale, par le docteur Spiaggia.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un signe nouveau ou peu connu de la perforation de l'intestin.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-cinq ans qui mourut après avoir présenté pendant quelques jours les symptômes d'une péritonite par perforation intestinale. A l'autopsie, on trouva une exsudation abondante agglutinant les anses intestinales, et trois perforations siégeant dans l'intestin grêle. Celles-ci étaient très-éloignées les unes des autres; leurs bords étaient nettement découpés du côté de la muqueuse et irréguliers à la surface séreuse.

M. le docteur Spiaggia appelle l'attention sur un symptôme fourni par l'auscultation, et surtout appréciable à un pouce environ au-dessous de l'ombilic. Il s'agit d'un bruit comparable au son de la respiration tel qu'on l'entend à la région dorsale de la colonne vertébrale, près des vertèbres. Ce bruit est synchrone avec l'inspiration et l'expiration, mais plus prononcé pendant l'inspiration. Le docteur Spaggia attribue ce bruit au passage des gaz dans la cavité péritonéale à travers les perforations, et il en conclut que ce bruit est un signe diagnosctic important de la perforation intestinale. Il rappelle un cas semblable observé par Botkinde à Saint-Pétersbourg, rapporté dans le Berliner klinische Wochenschrift, n°s 20 et 21, 1869.

Nous ne sommes pas très-convaincu, pour notre part, de la précision de ce signe; dans tous les cas, nous nous expliquons difficilement que pendant l'inspiration et l'expiration l'air passe de l'intestin dans la cavité péritonéale assez librement pour produire un son appréciable, et d'ailleurs il faut se garder de la possibilité de confondre le bruit avec le frottement péritonéal, qui est un phénomène bien connu de la péritonite. (*Gazetta clinica dello Spedali di Palermo*, février 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par Robert Barnes, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à l'hôpital Saint-Thomas, etc. Traduites sur la seconde édition par le docteur E. Cordes, avec une préface de M. le professeur Pajot. (In-8 de 498 pages. Chez G. Masson, 1873, Paris.)

Le livre du docteur Barnes n'est pas, à proprement parler, un traité dogmatique des opérations obstétricales; c'est, comme le fait très-justement remarquer M. le professeur Pajot dans sa préface, une série de leçons originales, comprenant à la fois l'examen pratique des accidents graves de la parturition, les indications raisonnées et des recherches judicieuses sur la méthode opératoire, le procédé à choisir, l'instrument à préférer et les manœuvres de détail destinées à assurer le succès.

Comme un traité d'obstétrique ne saurait être complet sans une description des méthodes qu'on emploie dans les hémorrhagies, l'auteur a terminé son ouvrage par d'intéressantes leçons sur ce sujet important. «Pénétré, dit-il, du sentiment que notre art ne devait pas laisser une femme mourir exsangue, j'ai pris grand' peine à exposer les conditions desquelles dépend l'arrêt de l'hémorrhagie, et j'ai insisté sur la nécessité de perfectionner et de généraliser la transfusion. » Puis il ajoute, en terminant : «Mon guide et mon principe capital ont été de conserver la vie et de diminuer les souffrances des femmes en travail, de sauver l'enfant autant que cela est possible sans négliger la mère, qui est le plus précieux des deux êtres. J'ai l'espoir et la ferme conviction que ces deux importants objets peuvent être atteints par une étude attentive et une exécution adroite des principes renfermés dans ce livre. »

Après avoir ainsi montré la pensée intime qui a animé l'auteur de ce livre, voyons maintenant en détail les leçons les plus importantes qu'il renferme.

Le travail de l'accoucheur est un problème de dynamique dans lequel entrent trois facteurs : 1° le *fœtus*, corps qui doit sortir; 2° le *canal* composé des os du bassin et des parties molles, à travers lequel doit passer l'enfant; le fœtus et le canal constituent la résistance, l'obstacle à vaincre; 3° la force est représentée par l'*utérus* et les muscles volontaires. Pour que l'accouchement soit normal, il faut que ces facteurs soient entre eux dans un rapport harmonieux, un simple défaut de corrélation entre eux pourra arrêter le travail.

Le fœtus et le canal peuvent être dans de justes proportions, mais la position de l'enfant défavorable; dans ce cas, la main, le levier et le forceps sont les instruments au moyen desquels on doit rétablir le rapport. D'autres fois, c'est le troisième

facteur qui fera défaut, la *vis à tergo*. On peut souvent alors réveiller l'utérus endormi et stimuler les muscles auxiliaires au moyen d'un oxytocique comme l'ergot de seigle, la cannelle, le borax, le quinquina. Mais il peut se faire que la force n'existe pas ou qu'il ne soit pas sage de la mettre en action; c'est dans ce cas que l'on a recours aux instruments de traction.

La première leçon du docteur Barnes est consacrée à la description des nombreux instruments employés en obstétrique (levier, forceps, appareil de Roberton pour la réduction du cordon, double soufflet de Richardson, crâniotome, céphalotribe, crochet de Ramsbotham, bistouri, seringue de Stiginson, dilatateurs hydrostatiques, dards de porc-épic, sondes, appareils à transfusion d'Arcling, etc.). Les quatre leçons suivantes ont trait aux divers modes d'application du forceps.

L'auteur examine d'abord les pouvoirs du forceps. Cet instrument possède trois forces : 1° si l'on saisit simplement la tête et qu'on tire sur le manche, il est un *tracteur* qui fournit la *vis à fronte*, pour suppléer à la *vis à tergo;* 2° comme il est composé de deux branches qui ont un point d'appui l'une sur l'autre dans l'articulation, il constitue un double levier; 3° si les branches sont assez longues, assez fortes et bien faites de tout point, le forceps possède une force *compressive*, capable de réduire certains diamètres de la tête et de faire cesser la disproportion, si elle n'est pas extrême. Ces forces peuvent être, comme le fait très-judicieusement observer l'auteur, utilisées ou perdues presque complétement, suivant le choix du modèle. Ainsi, le forceps court de Denmann n'est qu'un faible tracteur, un faible levier et n'a qu'un pouvoir compressif fort minime; son utilité est donc très-restreinte. Un allongement modéré des manches, un léger renforcement de tout l'instrument, ajoutent à la force du levier et à celle de traction et créent la force de compression. Nous ne pouvons, on le conçoit, qu'esquisser à grands traits ces considérations pleines d'intérêt sur les qualités du forceps, sur son action et sur ses usages.

Les indications de son emploi peuvent être ainsi résumées : toutes les fois qu'on peut articuler sans y mettre de la force, on peut raisonnablement penser à essayer le forceps, et il faut en faire la tentative avant de recourir à la version ou à la perforation.

Les dix leçons suivantes sont consacrées à la version et constituent, on peut le dire à bon droit, la partie la plus intéressante et la plus originale de ce livre.

« Si l'obstétrique, dit le professeur Barnes, devait être réduite à une seule opération, je voudrais que ce fût à la version. Aucune autre ne tire l'accoucheur et la patiente d'autant de difficultés différentes. Dans presque tous les accouchements laborieux où le diamètre conjugué excède 76 millimètres, elle permet de délivrer avec un espoir raisonnable de sauver la mère et probable de sauver l'enfant; nous pourrions réduire de beaucoup le nombre des cas de crâniotomie; nous pourrions nous passer du forceps, mais ni l'un ni l'autre ne peut remplacer la version. »

Voici comment il définit la version : Une opération par laquelle on cherche à substituer à une position défavorable une position qui rende l'accouchement plus aisé.

Mais avant de décrire la version, il étudie, en premier lieu, les conditions qui déterminent la position normale de l'enfant dans la matrice, celles qui modifient sa situation habituelle. Enfin les puissances que la nature met en jeu, ou plutôt les méthodes qu'elle emploie quand elle a affaire à des positions défavorables. De l'observation des changements naturels ou accidentels de position du fœtus dans la matrice, la transition est naturelle à l'exécution artificielle de ces changements.

La *version céphalique* ou simple rectification de la position peut être indiquée dans les circonstances suivantes :

A. *Avant le début du travail.* Quand l'utérus est oblique sur le détroit supérieur et dans quelques cas où l'épaule se présente déjà.

B. *Quand le travail a commencé.* 1° Lorsque l'utérus est oblique sur le détroit supérieur, ce qui peut mener à une présentation de l'épaule;

2° Dans quelques cas de présentation de l'épaule, si les membranes sont intactes;

3° Dans quelques cas de présentation de l'épaule, après la rupture des membranes, si le fœtus est encore très-mobile;

4° Dans les présentations de la face ou du front;

5° Lorsque la main descend sur l'un des côtés de la tête;

6° Lorsque le cordon descend sur l'un des côtés de la tête.

Bornons-nous à signaler ces indications précieuses et passons aux conditions qui indiquent la *version podalique*. Ce sont : 1° généralement celles qui ne sont pas favorables à la version céphalique ou à l'imitation de l'évolution spontanée; 2° plus spécialement les présentations de l'épaule, si l'enfant est vivant, dans lesquelles les genoux ou les pieds sont plus près que la tête de l'orifice utérin; 3° les cas dans lesquels l'épaule est déjà engagée, spécialement ceux où le bras fait prolapsus; 4° la plupart des cas de prolapsus du cordon et du bras ou de la main, et quelques cas de prolapsus simple du cordon, quand on ne peut pas le réduire; 5° les présentations de l'épaule, lorsque les eaux s'étant écoulées, l'utérus est assez contracté pour empêcher la mobilité du fœtus; 6° certains cas dans lesquels une dangereuse complication, telle qu'une hémorrhagie accidentelle ou causée par une insertion vicieuse ou des convulsions, est à craindre ou existe déjà et exige la terminaison rapide de l'accouchement;

7° Quelques cas d'inertie avec présentation de la tête, de présentation de la face, de rétrécissements du bassin auxquels le forceps n'est pas applicable et pour lesquels il faudrait crâniotomiser;

8° Certains cas de rupture utérine, le fœtus étant encore dans l'utérus;

9° Certains cas de mort de la mère pendant le travail, pour sauver l'enfant, quand on ne peut pas faire l'opération césarienne;

10° Certains cas de monstruosité fœtale ou de dystocie causée par des tumeurs qui empiètent sur le bassin.

L'auteur passe en revue chacun de ces points, en indiquant les modifications que l'on doit apporter à la manœuvre obstétricale dans chacun de ces cas et, en particulier, dans les rétrécissements du bassin.

Dans la dix-septième leçon, que nous ne saurions trop recommander à l'attention du lecteur, le professeur Barnes étudie les complications qui peuvent gêner le travail, qui amènent des difficultés très-variées et demandent divers traitements. Dans un premier groupe, il range certaines conditions anomales de l'utérus (rétroversion et rétroflexion de l'utérus gravide, hypertrophie du col, prolapsus de la matrice, grossesse dans l'une des cornes d'un utérus double). Le deuxième ordre comprend les obstacles mécaniques au développement de l'utérus gravide ou à la marche du travail qui se trouvent dans les parois utérines ou dans le voisinage de cet organe (tumeurs des parois utérines, descente de la vessie au-devant de la tête fœtale, tumeurs vaginales, tumeurs abdominales comprenant la grossesse extra-utérine, les tumeurs ovariennes, l'hématocèle rétro-utérine, les tumeurs hydatiques du foie, les kystes des reins, etc., enfin les tumeurs pelviennes comprenant ces productions osseuses, cartilagineuses et sarcomateuses des parois du bassin).

Cet important chapitre peut se résumer dans les propositions suivantes :

A. Dans les cas de *tumeurs compliquant la grossesse :* il faut provoquer l'accouchement prématuré. Si la tumeur est liquide et ovarienne et donne lieu à une grande gêne : ponctionner. Si la tumeur ovarienne se rompt ou s'étrangle pendant la grossesse : l'enlever par la gastrotomie.

B. Dans les cas de *tumeurs gênant l'accouchement :* on doit rejeter, s'il est possible, la tumeur de côté; si la tumeur est liquide, en diminuer le volume par la ponction; si la tumeur

est en avant de l'enfant, l'enlever complétement. Si l'on ne peut agir avantageusement sur la tumeur, réduire le volume de l'enfant, faire la version, perforer, écraser la tête avec le céphalotribe, morceler la voûte crânienne, la sectionner au moyen de l'écraseur à fil métallique et l'extraire. Si l'on ne peut agir avantageusement ni sur la tumeur ni sur l'enfant, il faut avoir recours à l'opération césarienne.

Nous avons fidèlement reproduit les sages préceptes de l'habile accoucheur anglais, autant pour en montrer la justesse que pour initier le lecteur à l'originalité même de ce livre, et pour lui inspirer ainsi le désir de le connaître et de l'approfondir. Dans chacun des chapitres suivants, nous retrouvons toujours le même esprit, la même clarté, le même charme dans l'exposition, la même sagacité dans les indications, la même justesse dans les vues. Qu'il s'agisse de la crâniotomie, de l'opération césarienne ou des hémorrhagies utérines, l'accoucheur expérimenté, prudent et habile s'y révèle à chaque page; aussi peut-on justement dire avec M. le professeur Pajot : « Certains jugements, sans doute, pourront être discutés, quelques opérations contestées, mais ces leçons n'en resteront pas moins intéressantes, instructives, utiles, et elles prouveront, une fois de plus, que la patrie de tant d'hommes célèbres : les Chamberlen, Smellie, Denman, Burns, Ramsbotham, Simpson et beaucoup d'autres, possède aujourd'hui leurs dignes successeurs. Réunissant leurs talents et leur savoir, ils ont fondé cette éminente Société obstétricale de Londres, dont M. Barnes a eu l'honneur mérité d'être l'un des présidents! »

De telles paroles émanées d'un tel maître prouvent assez l'incontestable mérite de cette œuvre. Aussi considérons-nous comme un devoir de remercier ici le fidèle traducteur, M. Cordes, d'avoir enrichi notre littérature d'un ouvrage qui, sans lui, n'eût pu être accessible qu'à un trop petit nombre. Sa tâche était ardue, ingrate, difficile; il a su la mener à bonne fin. Puisse le public médical français lui savoir gré du service éminent qu'il vient de lui rendre au prix de tant d'efforts!

Dr LABADIE-LAGRAVE.

VARIÉTÉS.

RÉORGANISATION DE LA MÉDECINE EN FRANCE. — On se rappelle qu'il y a environ dix-huit mois, M. Naquet avait fait à l'Assemblée nationale une proposition de lui tendant à la réorganisation de l'enseignement dans les Facultés de l'État. La commission d'initiative a conclu à la prise en considération et à ce que la proposition fût renvoyée à la commission chargée d'examiner la proposition de M. comte Jaubert sur l'enseignement supérieur (séance du 3 juillet). M. Naquet, appuyé par M. T. Roussel et par M. Testelin, demandait le renvoi à la commission spéciale, et M. Bouisson voulait que la grande question de la réorganisation de la médecine, à laquelle se rattachent les questions particulières d'enseignement et d'exercice, ne fût pas mise à l'ordre du jour dans l'état actuel des esprits et des choses. L'Assemblée a tranché le débat en votant par 296 contre 276 *contre la prise en considération*.

ÉTAT SANITAIRE DE PARIS. — On lit dans l'OFFICIEL. — « L'État sanitaire de la ville de Paris sera désormais publié chaque semaine par le *Journal officiel;* cette publication est destinée à remplacer le Bulletin hebdomadaire, qui cesse, à partir de ce jour, d'être adressé par M. le préfet de la Seine à tous les médecins de la capitale. » Cette suppression du BULLETIN enlève aux médecins un moyen d'information qui leur était personnellement utile, et qui leur permettait, en outre, de renseigner les familles. Si tous les journaux politiques ne reproduisent pas l'*état* hebdomadaire dont la feuille du Gouvernement annonce la publication, voilà le corps médical obligé de s'abonner au *Journal officiel*.

ÉTAT SANITAIRE EN SUISSE. — M. Constant Bodenheimer, directeur de l'intérieur, section des affaires sanitaires, écrit de Berne à la date du 1er juillet : « Contrairement à la fausse nouvelle publiée dans le *Times* de Londres, que la petite vérole régnerait à Thun, à Interlaken et aux environs, le directeur du service médical dans le canton de Berne déclare que depuis un an il n'y a pas eu un seul cas de petite vérole dans l'Oberland bernois, et qu'en général l'état sanitaire n'y laisse rien à désirer. Une enquête judiciaire est ouverte contre l'auteur de ce faux bruit. »

CHOLÉRA. — On annonce de New-York à la date du 2 juillet, que le choléra disparaît à Nashville, et à la date du 3, qu'on compte dix décès cholériques par jour à Cincinnati; enfin à la date du 4, que le choléra a disparu de Nashville et de Cincinnati.

— On mande de Venise le 8 juillet : « Quelques personnes ont eu des atteintes de choléra; à partir d'aujourd'hui on publiera un Bulletin sanitaire. »

SERVICE SANITAIRE CIVIL EN ALLEMAGNE. — Le Conseil fédéral a voté en outre la création d'un service sanitaire commun à tout l'empire et ayant un caractère consultatif.

SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES. — Cette Société a tenu, il y a quelques jours, sa quatorzième séance générale, sous la présidence de M. Dumas. Après un éloquent discours de ce dernier, M. T. Buudet, secrétaire général, a lu le compte rendu annuel. Il en résulte que la Société a pu distribuer : en 1870, 31 215 fr.; en 1871, 28 882 fr. 91 c.; en 1872, 28 341 fr. 65 c.; total, 88 439 fr. 56 c. en trois années. Aujourd'hui, elle possède un capital de 408 685 fr., produisant un revenu annuel de 19 515 fr.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical s'associera à la douleur que vient d'éprouver notre si distingué et si aimé confrère, M. le docteur Parise, professeur à l'École de médecine de Lille, qui vient de perdre son fils, étudiant en médecine, digne déjà du nom paternel.

ASCENSION SCIENTIFIQUE EN BALLON. — Le journal l'AÉRONAUTE publie la relation d'une ascension faite le 26 avril dernier, en partant de l'usine à gaz de la Villette, par MM. Croce-Spinelli, Jobert, A. Penaud, docteur Petard et Sivel. La plus grande hauteur atteinte a été celle de 4700 mètres. Nous relevons seulement, parmi les observations faites, celles qui concernent les phénomènes physiologiques :

Absence de vertige et d'étourdissement; sentiment d'oppression qui a commencé à se manifester vers 2500 mètres; bourdonnement et douleur dans les oreilles ressentis par tous dans les descentes rapides, sensibles même dans les montées rapides pour une partie des voyageurs; le froid de — 20 degrés était aisément supporté à 3500 mètres; le soleil était très-piquant à cette basse température et l'excitation cérébrale était notable à cette hauteur.

Une série d'observations faites au delà de 4000 mètres a donné les résultats suivants : 1° moyenne de la température buccale, 35°,06; 2° le nombre des inspirations atteint, en moyenne, les 8/5 de sa valeur normale; 3° le pouls s'accélère en moyenne dans le rapport de 11 à 7 pour les tempéraments lymphatiques, et de 13 à 10 pour les tempéraments sanguins; 4° le pneumo-dynamomètre n'a pas signalé de modification sensible dans l'ampliation des poumons.

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : Discussion sur le typhus exanthématique. — Service de santé militaire. — **Travaux originaux.** Médecine clinique et physiologie : Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. — Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Exposition de Vienne. — **Revue des journaux.** Signe physique de la perforation intestinale. — **Bibliographie.** Leçons sur les opérations obstétricales. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par le docteur Joseph Grasset. In-4. Paris. A. Delahaye. 3 fr. 50

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin. 2 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 24 fr.

Principes d'électrothérapie, par le docteur E. Cyon. Ouvrage récompensé par l'Académie des sciences (médaille d'or, 1867). 1873, 1 vol. in-8 de 280 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 4 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 17 juillet 1873.

ORGANISATION DE L'ARMÉE. — *Académie de médecine* : SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE : MÉDECINE ET PHARMACIE.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler, la note militaire a singulièrement dominé tant au grand soleil des champ de Mars que dans la presse périodique, à la tribune de l'Assemblée comme à celle plus modeste de l'Académie de médecine. A voir l'enthousiasme avec lequel la population parisienne a salué les jeunes soldats de notre armée mêlés aux débris de nos héroïques armées du Rhin, on sent bien l'influence de ce vieux sang gaulois qui coule dans nos veines; nous sommes bien les fils de ceux que César reconnaissait comme également amoureux des armes et de la parole; peut-être le sommes-nous trop de cette dernière et trop souvent sacrifions-nous à la phrase sonore, aux succès de la tribune aux harangues, des intérêts plus sérieux, plus positifs, que notre fatale légèreté de caractère nous condamne à n'entrevoir nettement qu'à de bien rares intervalles.

Comme il y a un an, le pays est appelé, par l'organe de ses représentants, à décider d'une grande loi militaire; en 1872, l'Assemblée a profondément modifié les conditions du recrutement de l'armée, et certainement aussi notre état social par l'adoption du principe libéral et fécond du service obligatoire; en 1873 elle mettra en œuvre les ressources fournies par la loi du recrutement en votant la loi d'organisation générale de l'armée, auxquelles succéderont dans un court délai, nous n'en doutons pas, des lois spéciales sur l'état des officiers, les états-majors, l'avancement, l'administration, etc.

Sans nul doute, au point de vue de la nation considérée comme famille humaine, la loi du recrutement avait un intérêt majeur, puisqu'elle dispose pendant un laps de temps de la partie la plus virile de la population; mais la nation n'est pas seulement un groupe ethnologique, elle est aussi une société qui doit se défendre contre les agressions de sociétés voisines, contre ces haines de races que quelques esprits plus philosophiques que précis croyaient à jamais éteintes; elle doit, pour vivre et prospérer, être à même de maintenir son indépendance. A ce titre, la loi de l'organisation de l'armée ne saurait laisser indifférent même l'homme de science, le médecin qui, pour consacrer ses veilles, son repos et sa santé au progrès de son art, n'en sent pas moins battre en son cœur ce sentiment de fierté nationale et cet amour de la patrie que des âmes dégénérées seules sont condamnées à ne pas ressentir.

Le 9 juin 1873, le général Chareton, devenu, par suite du décès du regretté M. de Chasseloup-Laubat, rapporteur de la commission de la réorganisation de l'armée, a déposé sur le bureau de la chambre, au nom de cette même commission, le rapport sur le projet de loi qu'elle présente à l'Assemblée. Voté sans discussion en première lecture, le projet est revenu cette semaine devant l'Assemblée et sera voté avant la prorogation de l'Assemblée, afin que la loi puisse être mise à exécution au plus tard à partir du 1er janvier 1874. Ce n'est point sans de longues études que le projet a pu être adopté par la commission et le gouvernement à la fois; M. Thiers avait en effet présenté, en son nom et en celui du général de Cissey, un projet sur lequel il serait inutile de revenir ici, mais qui ne laissait pas que de susciter une pénible déception chez beaucoup de militaires; il semblait négliger une foule de questions regardées par eux comme des plus importantes. Depuis cette époque, l'accord s'est établi entre la commission, le gouvernement et le conseil supérieur de la guerre; il est dès lors vraisemblable que le projet passera sans de trop grandes modifications.

La loi du 27 juillet 1872 met à la disposition du gouvernement les ressources suivantes, dont les détails ont été donnés ici même (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 418), mais que le projet groupe ainsi qu'il suit :

FORCES ACTIVES.

Armée active (5 classes)	704 714 h.	
Réserve de l'armée active (4 classes).	510 294	
Dispensés rappelables	141 412	
Partie permanente ne se recrutant pas par la voie des appels	120 000	
Total des forces actives	1 476 420 h.	1 476 420 h.

ARMÉE TERRITORIALE.

5 classes organisées	582 533 h.	
6 classes de réserve non organisées.	625 623	
Total de l'armée territoriale	1 208 156 h.	1 208 156 h.
Total des ressources mises par la loi à la disposition de l'armée.		2 684 576 h.

On s'exposerait à de cruelles méprises si l'on se reposait sur des chiffres aussi élevés pour croire que l'on a en main des ressources inépuisables; il faut, dans l'évaluation des forces de l'armée active, tenir compte de ce que la dernière classe, soit 150 000 hommes, n'a pas encore assez d'instruction militaire pour servir activement, qu'il en est de même des 141 312 rappelés mobilisables, que le chiffre des non-valeurs organiques s'élève à 166 000 hommes. Il est vrai que l'on peut diminuer ce nombre de 75 000 hommes en faisant relever en temps de guerre continentale le corps d'armée d'Algérie par les troupes de l'armée territoriale et en appelant sous les drapeaux les hommes classés dans les services auxiliaires; le projet évalue ces derniers à 31 000 hommes pour les neuf classes; si nous nous en rapportons aux résultats déjà apparents du recrutement de la classe 1872, ce chiffre est encore trop faible.

En somme, en cas de guerre l'armée active pourrait compter sur 1 090 000 mobilisables. Ces forces, il s'agit de les orga-

niser; nous ne suivrons pas le rapport dans la remarquable discussion à laquelle il se livre pour arriver à proposer :

1° La création de dix-huit corps d'armée permanents, plus celui d'Algérie, correspondant à autant de zones territoriales et comprenant chacun deux divisions d'infanterie, une brigade d'artillerie, une brigade de cavalerie, un bataillon du génie, un escadron du train, les état-majors et les services accessoires.

2° La non-permanence des corps dans la même zone territoriale et le recrutement de l'armée active sur l'ensemble du territoire. Seulement, les hommes envoyés au bout d'un an en disponibilité de l'armée active ainsi que ceux envoyés dans la réserve au bout de leur cinq années seront immatriculés dans le corps tenant garnison dans leur zone territoriale, en sorte que c'est ce corps qu'ils devront rejoindre en cas de mobilisation.

3° Le maintien en temps de paix de l'effectif entretenu à 450 000 hommes environ y compris la partie ne se recrutant pas par les appels. C'est ce chiffre du reste qu'atteignent les prévisions du budget de 1874 (exactement 451 050).

La loi ne portera, on le voit, aucune nouvelle atteinte aux intérêts des populations; le temps de service paraît réduit au minimum, et si, comme le projet le fait supposer, le gouvernement ne conservait que trois ans les hommes d'infanterie sous les drapeaux et cinq les cavaliers et artilleurs, les charges seraient moins lourdes encore. Il est vrai que, dans ce cas, on garderait probablement presque tous les jeunes gens pendant trois ans et que l'on n'userait pas de la faculté d'en renvoyer un certain nombre au bout d'un an. On ne doit pas oublier en effet que la loi de 1872 laisse le gouvernement libre de fixer le nombre de ces hommes à renvoyer au bout d'un an; il peut donc le réduire presqu'à 0 sans sortir un seul instant de la loi; comme d'autre part il a toujours la faculté de délivrer des congés aux hommes incorporés, rien ne s'opposerait à transformer le service de cinq ans pour les uns et un an pour les autres en service de trois ans pour tout le monde. Il n'est pas besoin d'une nouvelle loi pour cela, celle de 1872 est assez élastique pour le permettre. Nous appellerions cette mesure de tous nos vœux, comme infiniment profitable à la population.

Dans le cours du rapport, relevons avec satisfaction un fait important au point de vue de l'hygiène de l'armée; on abandonnerait le système des camps baraqués appliqué d'une façon permanente, comme on songeait un instant à l'établir. Le rapport dit nettement qu'en dehors des dépenses nécessitées par leur entretien, dépenses qui les rendent au bout d'un certain temps plus onéreux que des casernes, « ils présentent en outre, sous le rapport sanitaire, tous les inconvénients qui résultent des grandes agglomérations d'hommes, ils nécessitent aussi des allocations supplémentaires (1 436737 francs au budget de 1874) aux troupes qui les occupent et ils se prêtent mal à l'instruction, au maintien de la discipline et du niveau moral des troupes ».

L'organisation des services sanitaires n'est pas encore touchée par le projet de loi, il est dit simplement, article 17 : « Indépendamment des états-majors dont il est parlé en l'article précédent, le commandant du corps d'armée a auprès de lui et sous ses ordres les fonctionnaires et les agents chargés d'assurer la direction et la gestion des services administratifs et du service de santé. Une loi spéciale sur l'administration de l'armée règlera les attributions de ces divers fonctionnaires ou agents et pourvoira à l'établissement d'un contrôle indépendant ». Il ne saurait rester aucun doute sur l'esprit que la commission a l'intention d'apporter dans la loi d'administration, elle le dit explicitement dans le rapport (titre II; voyez *Gazette hebdomadaire*, n° du 11 juillet 1873, p. 443). — *L'autonomie du corps médical sous la direction du commandement* découle fatalement de la subordination de l'administration au commandement en temps de paix comme en temps de guerre. Le corps de l'intendance cessant d'avoir la délégation spéciale de l'autorité du ministre, comme corps de direction, et devenant essentiellement corps de contrôle, il est évident que les corps placés jusqu'à présent sous ses ordres sont rendus à eux-mêmes ou plutôt à leur chef naturel, au commandement.

Ceci nous amène à dire quelques mots sur la question de la pharmacie militaire que l'Académie a discutée mardi dernier et pour la solution de laquelle elle n'a pas craint de s'imposer une séance extraordinaire jeudi 17. Qu'ajouterions-nous au rapport présenté par M. Broca? Avec une élévation de langage remarquable, il a su résumer en quelques pages toute la question depuis si longtemps pendante, la dégager de toutes les circonstances secondaires, en montrer la solution d'une façon nette, claire et précise. C'est avec raison que, ne se bornant pas au texte même de la lettre ministérielle, il a voulu élever le débat et affirmer nettement la nécessité d'une refonte radicale de notre organisation militaire, en prenant pour bases l'autonomie du corps de santé.

Nous avons trop souvent traité cette question ici même pour qu'il convienne d'y revenir, aussi bien les opinions sont faites, et ceux qui ne veulent pas voir la vérité ne seront certainement jamais convaincus.

Nous applaudissons de tout cœur à ce paragraphe, où le rapporteur demande avec énergie le rétablissement du concours pour le passage des médecins dans les hôpitaux comme chefs d'une division de malades. Que le concours soit placé à ce point de la carrière ou à un autre, peu importe; ce qu'il faut, c'est que, dans un corps scientifique, la science soit prise comme base principale de l'avancement, et qu'un médecin militaire ne puisse pas passer trente ou quarante ans dans l'armée sans avoir justifié publiquement et à diverses reprises qu'il est apte à remplir ses fonctions ou à en recevoir de plus importantes.

En vain M. Poggiale a-t-il voulu, dans la discussion, faire croire à l'honorable rapporteur et aux membres de la commission que le concours n'est pas sympathique à la majorité du corps médical. Nous connaissons trop nos collègues de l'armée pour ne pas être certain que toute la partie jeune, virile, celle qui a la conscience de ses devoirs et de sa valeur, y applaudira, au contraire, et de tout cœur.

Pour la première fois dans l'histoire du service de santé militaire, l'Académie de médecine, juge impartial et compétent au plus haut degré, aura donc été admise à donner son avis; c'est une voie nouvelle dans laquelle on semble entrer, nous ne pouvons qu'en féliciter le ministre de la guerre, en espérant que cette fois ne sera pas la dernière.

Dans la première partie de la discussion, MM. Bussy et Poggiale ont présenté à l'Académie leurs observations, non pas tant sur les conclusions du rapport, qui cependant devait être discuté, que sur la question des intérêts du corps pharmaceutique. Ils croient l'un et l'autre qu'en donnant au médecin la direction de l'ensemble du servivce, celui de la pharmacie

va péricliter et tomber entre les mains de gens sans valeur scientifique, des *fruits secs* de la médecine, pour employer l'expression de M. Poggiale. Ceci serait peut être vrai si l'on admettait le principe de la fusion, principe essentiellement faux et illégal, que la commission repousse avec raison. Mais cette fusion n'aura pas lieu, les médecins qui connaissent les obligations du service n'en voudraient pas plus que les pharmaciens. Il faut, au contraire, que l'armée possède des pharmaciens, des chimistes; mais en quoi seront-ils amoindris si, au point de vue de la discipline générale, ils se trouvent placés sous la direction d'un homme de science, comme ils le sont eux-mêmes. Les préoccupations constantes de ce chef réellement compétent ne seront-elles pas, au contraire, de faciliter aux pharmaciens l'exécution de leurs devoirs, de les soutenir auprès du commandement, de les couvrir, si besoin est, de sa propre responsabilité.

Devenus partie intégrante et minorité du corps sanitaire de l'armée, ils jouiront bien plutôt de tous les avantages des minorités que l'on a une tendance toute naturelle à traiter en enfants gâtés.

Ce n'est point, du reste, sur ce terrain des intérêts personnels que nous aurions voulu voir porter le débat, mais sur celui du service en général, sur le bien de l'armée, sur les intérêts du malade et du blessé; véritablement, les honorables pharmaciens en ont trop peu parlé et sont venus, au contraire, menacer l'Académie de véritables désastres si l'on supprimait le grade de *pharmacien inspecteur*. D'abord il n'en est point question; puis n'est-ce pas trop montrer le bout de l'oreille et faire supposer aux esprits mal faits qu'en définitive le fond du débat, pour les pharmaciens, n'est qu'une question de grades, d'honneurs et, il faut bien le dire, d'appointements. Le médecin, au contraire, a d'autres visées, il sait qu'aux ambulances, aux hôpitaux provisoires de campagne comme à ceux du temps de paix, il faut une direction compétente, scientifique; quelques bien doués que soient les fonctionnaires de l'intendance, ils ne peuvent remplir ce rôle auquel leurs études ne les ont pas préparé. Restent en présence le médecin, le pharmacien, le comptable et l'officier du train aujourd'hui placés sur le même rang, parce que tous sont sous la main de l'intendance. Du jour où celle-ci change d'attributions, lequel des quatre doit commander, car nécessairement il faut que quelqu'un commande. N'est-ce pas celui qui joue le rôle le plus important au point de vue des malades; si ce n'est pas celui-là, mieux vaudrait presque prendre l'officier du train, puisque sans son concours l'ambulance ne saurait faire un pas ni remplir complétement son rôle sur le champ de bataille, tandis que, n'eût-on jamais un pharmacien en temps de guerre, les blessés n'en seraient pas moins opérés, pansés, nourris et transportés.

Voilà où l'on arrive à force d'illogisme. Sachons donc voir clair une bonne fois, et surtout, comme l'ont si bien dit MM. Larrey et Legouest, que les pharmaciens cessent de crier à la persécution, à la destruction de leur corps. Si jamais ils passent sous la direction des médecins, ils sont, au contraire, certains de retrouver chez eux cet esprit de bienveillance et de camaraderie que les excitations du moment présent ne sont pas parvenues à détruire.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Nouvelles preuves de l'origine européenne du choléra épidémique, par le docteur Tholozan.

[Ce travail, qu'a bien voulu nous envoyer M. Tholozan, est entièrement différent de celui que notre savant confrère a lu mardi dernier à l'Académie de médecine.]

Je viens répondre ici à l'appel que M. le professeur Bouillaud m'a fait l'honneur de m'adresser d'apporter de nouveaux faits à l'appui de ma doctrine du début et du développement en Europe des épidémies cholériques.

Avant d'entrer en matière, il faut placer une remarque indispensable. Immédiatement après la conférence sanitaire internationale de Constantinople, quand je n'avais pas encore ébranlé le système exclusif et, il faut le dire, étroit adopté par cette assemblée, on admettait que le choléra épidémique une fois introduit de l'Inde en Europe s'y éteignait infailliblement après quelque temps, et que s'il y avait quelquefois des recrudescences, ces derniers restes d'un incendie qui s'éteint ne produisaient jamais de nouvelles épidémies. On trouve dans mon mémoire sur l'*origine nouvelle du choléra asiatique* toutes les citations tirées des actes mêmes de la *Conférence*, qui prouvent que telle était la doctrine suivie. Cela est tellement vrai qu'en 1869, quand, au milieu d'une paix profonde, le choléra se développa à Kiew, au centre de l'Ukraine, M. Fauvel, en rendant compte de ces faits à l'Académie de médecine, déclara qu'il n'y avait pas de crainte à avoir, qu'il n'y avait aucunement à songer à une explosion nouvelle, que jamais les restes d'une grande épidémie n'avaient produit d'épidémie envahissante en Europe (1). Les faits qui se passent en Europe depuis 1869 sont venus nous démontrer le contraire de l'assertion de M. Fauvel, et aujourd'hui on ne dit plus que les restes d'une épidémie ne peuvent pas produire hors de l'Inde d'épidémie nouvelle; on dit que c'est là toujours le choléra venu de l'Inde. Je le crois fermement : la variole qu'on observe de nos jours est aussi venue des pays d'Asie dans les temps anciens; dit-on pour cela que la grande épidémie variolique de Paris en 1870 est de provenance asiatique?

Quel que soit mon esprit de conciliation, je ne puis admettre que j'ai fait une œuvre inutile et hors de propos en démontrant que la Conférence s'était trompée complétement lorsqu'elle disait avec M. Goodeve que toutes les épidémies cholériques venaient de l'Inde nécessairement, et avec M. Fauvel que l'épidémie de 1852-1856 venait d'Amérique. La Conférence de Constantinople a été malheureuse de n'avoir pas à sa tête des hommes qui connaissent mieux l'histoire des épidémies cholériques. Personne, je l'espère, ne croira qu'il est indifférent de faire débuter les épidémies cholériques à l'est ou à l'ouest, dans l'Inde ou en Amérique, en Perse ou au centre même de l'Europe. Cela étant, je réclame de mes lecteurs un moment d'attention au sujet de ces points de départ du choléra envahissant.

Il y a eu cinq grandes épidémies cholériques en Europe,

(1) Voici le texte même du discours de M. Fauvel à propos du début de l'épidémie de Kiew dans la séance du 31 décembre 1869 de l'Académie de médecine : « Quelle est l'importance de ce fait et quelles en seront les suites? En me fondant uniquement sur les données de l'expérience, je crois pouvoir affirmer que ce fait n'a pas l'importance qu'on serait peut-être tenté de lui attribuer, et qu'il n'aura aucune suite sérieuse. En effet, ces réapparitions du choléra à l'état épidémique, dans certaines localités où il avait régné un an, deux ans et plus auparavant, n'ont rien d'insolite. On en compte d'assez nombreux exemples. Mais ces genres d'épidémies, ces réminiscences, ne sont jamais bien graves, et elles ont toujours jusqu'ici présenté en Europe ceci de particulier (et c'est ce qui nous intéresse le plus) : *qu'elles s'éteignent sur place, qu'elles ne se propagent pas, qu'elles ne sont jamais devenues le point de départ d'une épidémie envahissante;* d'où l'on peut induire que dans ces cas la maladie a perdu en grande partie au moins son caractère contagieux, qu'elle est devenue *stérile;* ce qui tend à prouver que le choléra asiatique n'est pas acclimaté en Europe. »

celle de 1830-1837, celle de 1847-1850, celle de 1852-1856, celle de 1865-1867, et celle de 1869 qui continue encore, dont les ravages ne sont pas terminés et dont on ne peut pas prévoir la fin. De ces cinq fléaux, il y en a deux qui ont eu en Europe leur point de départ; je ne dis pas qu'ils y sont nés de toutes pièces, je dis qu'ils y ont pris leur origine en ce sens qu'ils y ont eu toute leur croissance et leur développement. Quand une semence importée d'un climat lointain a pris racine et s'est acclimatée sur notre sol, quand malgré tous nos efforts pour l'extraire elle persiste et se développe d'elle-même, irez-vous seulement lui barrer le passage à la frontière ou bien chercherez-vous les moyens de la détruire sur le lieu même de sa germination. Dans tous les cas, les botanistes enregistreront avec soin les localités de la nouvelle patrie dans lesquelles les graines auront pris tellement droit de domicile qu'elles s'y renouvellent sans aucune culture, et ces points d'origine secondaires prendront le nom de *nouveaux habitats* de la plante exotique.

J'arrive à la question des nouvelles preuves de l'origine européenne du choléra épidémique. Il y a à distinguer les preuves relatives à l'épidémie de 1852-1856 et celles relatives à l'épidémie de 1869-1873. Je ne parlerai aujourd'hui que des premières et les faits que je citerai seront empruntés à un mémoire que M. Arkhangelsky, savant médecin russe, publia en 1871 en russe à Saint-Pétersbourg dans les Archives de médecine légale et d'hygiène publique, sous les auspices de l'éminent directeur du service médical civil en Russie, M. Pélikan.

Après la grande épidémie de 1847-1849, le choléra en 1850 diminua beaucoup ses ravages. Il existait cependant encore sous forme épidémique en Allemagne, en Autriche, en Danemark, en Suède et en Norwége. En France, des cas isolés se montrèrent à Marseille; en Russie, on en observa en Podolie. Dans l'hiver de 1850-1851, le choléra disparut de partout à l'exception de la Bohême. Au printemps 1851 la maladie s'accrut dans ce royaume, où l'on compta dans cette année 53000 cas et 23000 décès. En même temps, dans la Silésie autrichienne, à Troppau, l'épidémie se développa avec force. Des cas isolés furent observés à Brunn et sur la frontière de la Bohême et de la Moravie. En novembre, il y avait eu en Silésie 880 malades et 430 morts.

Dans cette année 1851, la Russie fut indemne à la seule exception du gouvernement de Varsovie, où le choléra se manifesta en septembre dans le district de Seradzsk; en octobre il parut dans les districts de Konin, de Kalish et de Petrokow; au commencement de novembre dans les districts de Viluin et de Lentchinsk. Toutes ces localités sont situées près de la frontière prussienne, et l'opinion des médecins qui observèrent l'épidémie est qu'elle s'était introduite de la Silésie en Pologne. A la fin de décembre on comptait qu'il y avait eu dans le royaume de Pologne 10 villes atteintes et 4 villages, donnant en tout 186 cas et 86 décès. Le mal se montrait dans les classes les plus pauvres de la population, qui vivaient dans des localités marécageuses et basses et dont la nourriture était malsaine.

Dans cette même année 1851 le choléra se manifesta aussi dans la Poméranie, particulièrement à Stralsund.

Passons maintenant à l'année 1852. Vers le milieu de janvier le choléra se manifesta à Warta, dans le district de Kalish, et ensuite à Oursk. Dans ces deux villes il y avait eu le 15 mars 206 malades et 77 décès. En mai l'épidémie s'était manifestée à Zlotchevo et dans les villes voisines Warta et Kalish. Du mois de mai au mois de juillet il y avait eu dans les quatre districts attaqués du gouvernement de Varsovie, ceux de Scradzsk, Kalish, Viluin et Lentchinsk, 332 malades et 266 décès. En juin l'épidémie se propagea à deux nouveaux districts, ceux de Piotrovsk et de Ravsk, et elle atteignit Varsovie, où en juillet on comptait 5992 cas et 2143 décès. A la même époque le choléra se propagea non-seulement dans les autres gouvernements du royaume de Pologne, mais dans deux gouvernements russes limitrophes, ceux de Volhysk et de Grodnov. Dans les gouvernements de Radom, de Plotzk et de Lublin, le choléra parut dans trois districts, et seulement dans un district du gouvernement d'Augustovsk.

En août l'épidémie du gouvernement de Varsovie atteint son acmé; dans les autres gouvernements cités elle augmenta et se propagea à un plus grand nombre de districts. Le gouvernement de Varsovie compta dans ce mois 32900 cas et 15800 décès, celui de Plotzk 2790 cas et 1300 décès, celui de Radom 2180 cas et 1140 décès, celui de Lublin 1480 cas et 500 décès, celui d'Augustovsk 100 cas et 50 décès, celui de Grodnov 650 cas et 203 décès, celui de Volhyn 27 cas et 10 décès.

En septembre l'épidémie diminue dans le gouvernement de Varsovie, mais elle augmente dans les autres sans en atteindre de nouveaux.

En octobre, la propagation de la maladie eut lieu dans les gouvernements de Minsk, Kovno, Kourland, Lifland, Estland, Pétersbourg.

Le développement de cette épidémie dans la Russie européenne est caractérisé par les chiffres suivants. En juillet 23 cas et 12 décès, en août 686 cas et 213 décès, en septembre 2224 cas et 728 décès, en octobre 1619 cas et 620 décès, en novembre 2535 cas et 951 décès, en décembre 2571 cas et 905 décès.

Dans cette même année 1852, il y eut à Berlin, dans la première moitié de juillet, 4 cas de choléra; ensuite la maladie prit des proportions plus considérables. Malheureusement on n'a pas de documents suffisants sur le choléra de cette époque en Prusse, et surtout du côté de la frontière russo-prussienne. Ce dont il n'y a pas de doute, c'est que l'épidémie de 1852 en Prusse appartient au nombre des épidémies les plus graves. D'après Haeser, il y eut en 1831 le chiffre de 7,70 malades et de 4,42 décès sur 1000 habitants; en 1852 il y eut 7,50 malades et 4,42 décès. Dans quelques villages, ajoute cet épidémiologiste, le tiers de la population fut attaqué et la mortalité fut de 90 sur 100 malades.

Il n'y a donc pas à se demander, poursuit M. Arkhangelsky, si le choléra du royaume de Pologne est venu de la Perse. *Toute la grande étendue de la Russie d'Europe, depuis sa limite occidentale jusqu'aux confins de la Transcaucasie, était indemne de choléra*. L'opinion de Hirsch et des autres épidémiologistes qui l'ont adoptée n'est pas soutenable.

Il nous reste maintenant à voir quelle fut la marche du choléra du sud au nord. J'ai prouvé qu'en 1851 le choléra avait paru à Bassora et s'était étendu de là à la Perse. M. Arkhangelsky a extrait des rapports du consul général de Russie à Tauris quelques données importantes sur la marche de l'épidémie de 1852 dans le nord de la Perse et vers la frontière russo-persane. Pendant l'*été* 1852, le choléra atteignit la province de l'Azerbeitzan. Il parut d'abord à Ourmiah, où en dix-neuf jours il causa 215 décès, puis il se propage à Soldouz et à Maraga, il gagne ensuite Salmas et Khoï, où il règne assez fortement. *Au commencement d'octobre seulement* il atteint Tauris et commence sa propagation sur la route de la Transcaucasie. A Tauris, l'épidémie s'élève brusquement en une semaine au chiffre de 100 décès par jour. Puis elle quitte la route directe qui mène à Tiflis par Nakitchévan, dévie à l'est et atteint le district de Seraub. A la fin d'octobre, il y eut jusqu'à 300 décès par jour à Tauris. Ensuite la maladie atteignit le Karadagh et particulièrement Agara et les villages voisins, et dès cette époque elle se dirigea vers le sud et atteignit Oudjan et Tacmendach. Le 17 octobre eut lieu à Nakitchevan le premier cas de choléra, et du 20 octobre au 27 novembre il y eut, à l'hôpital militaire de cette petite ville située sur la frontière et à mi-route de Tauris à Tiflis, 16 attaques et 7 décès.

Les rapports du directeur du service médical civil du Caucase montrent que du 19 décembre 1852 au 12 janvier 1853, le choléra avait paru dans les localités suivantes: à Sadorak et à Mouganli le 15 novembre, au campement des nomades de

Kourtin le 28 novembre, au village de Davallou le 5 décembre, dans la ville d'Erivan le 13 du même mois, à Ordobat le 29 novembre, dans le district de Chichè au village de Bekmenli le 1er décembre, dans le camp des nomades Hadjally le 1er novembre.

Ces faits nous montrent que près d'un an après l'apparition du choléra vers la frontière occidentale de la Pologne la même maladie épidémique se montra dans le nord de la Perse et sur la frontière russo-persane. Comment la faire provenir alors de la Perse? Cela est contraire aux principes de la logique la plus élémentaire. La Russie fut ainsi attaquée d'abord au nord-ouest, ensuite au sud; par ces deux points le mal pénétra dans cet empire. Voyons quels progrès fit le courant principal et antérieur venu de l'Allemagne, et quel fut le rôle du courant secondaire venu d'Asie. D'après la doctrine en vigueur, c'est celui-ci qui devrait l'emporter sur l'autre et devrait, étant plus envahissant, marcher plus vite et causer plus de ravages. M. Arkhangelsky dit à ce sujet que les gouvernements de Kovno et de Saint-Pétersbourg, dans lesquels l'épidémie débuta l'automne 1852, furent pendant toute l'année 1853 les principaux foyers d'où rayonna de tous côtés le poison cholérique. Dans le gouvernement de Volhyn, l'épidémie reparut en janvier 1853, à Moscou elle se déclara dans le même mois, et ce furent là deux nouveaux foyers d'émission. Dans l'année 1853, le choléra parut dans tous les gouvernements de la Pologne, dans tous ceux de la Russie européenne et s'étendit aussi dans la Sibérie occidentale. Dans le gouvernement de Jeroslaw, le choléra s'est montré à Rubinsk sur le Volga le 9 juin, dans le gouvernement de Kostroma en juin aussi; il en fut de même dans celui de Kazan. Dans le gouvernement de Minsk, l'invasion date du 18 mai; dans celui de Podolie, du 6 juin; dans celui de Poltava, le 21 juin; dans celui de Kiew, le 6 juillet.

Dans le gouvernement d'Astrakan, le choléra se montra le 17 juillet; l'administration locale constata que l'épidémie venait de Pétersbourg et de Moscou.

Ces données ne laissent aucune prise au doute, et elles montrent bien que la propagation a eu lieu du nord au sud et de l'ouest à l'est et nullement de la Perse vers la Russie. Voyons maintenant pour terminer quelle fut en 1853 la marche du choléra en Perse. En juin, l'épidémie se montra au port de Guez, à l'angle sud-est de la Caspienne; on dit qu'il y vint du Mazenderan. En août, le choléra se propagea de là dans la direction d'Asterabad; en septembre seulement il atteignit cette ville. En juillet, on signale le choléra sur le Kour. Le 23 juillet il existe dans le district de Lenkoran et il y continue en août et septembre. D'où vient ce choléra de Lenkoran? dit l'écrivain que je cite. En juillet, le choléra existait en même temps à Asterabad et à Astrakan. On peut donc faire à ce sujet toutes les hypothèses que l'on voudra, car Lenkoran est situé environ au milieu de la distance qui sépare la ville persane de la ville russe. C'est du reste là un fait qui n'a pas de valeur, puisque le choléra resta limité en 1853 *dans un petit espace situé à l'extrémité sud-est de la Transcaucasie.* Ainsi, en même temps que nous voyons la puissance et la force du courant européen venu du nord-ouest, nous constatons la faiblesse et même l'impuissance du courant persan ou indien. Il n'y a donc plus de doute à ce sujet. Les faits que je viens de faire connaître démontrent jusqu'à l'évidence: 1° que le choléra de la Russie en 1852 et 53 vint de la Bohême par la Pologne; 2° qu'en Russie la propagation eut lieu du nord au sud et de l'ouest à l'est; 3° que le courant parti de Bassora en 1851 et qui arriva dans l'été 1852 au sud de la mer d'Ourmiah et à Tauris en octobre, fut impuissant à dépasser la limite du Caucase où il s'évanouit.

Chirurgie pratique.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines, et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par le docteur Boinet. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 avril 1870, et sur lequel MM. Richet et Demarquay ont fait un rapport dans la séance du 29 octobre 1872.)

(Fin. — Voyez les numéros 8, 13, 18, 19, 23 et 28.)

Heath, de Manchester, est peut-être le premier (1843) qui osa extirper le corps de l'utérus par la gastrotomie, qu'il avait pratiquée pour extraire une tumeur ovarique: il ne trouva qu'une tumeur fibreuse péri-utérine qu'il excisa. Le col était sain, il le traversa avec une aiguille munie de deux ligatures qui furent placées de chaque côté de l'utérus, puis il coupa la tumeur, qui pesait 3 kilogrammes. L'opérée mourut d'hémorrhagie dix-sept heures après l'opération.

En 1844, M. Clay enleva, en même temps que les deux ovaires malades, des tumeurs fibreuses et l'utérus. La malade mourut le quatorzième jour, à la suite d'une péritonite foudroyante survenue à la suite d'une chute de l'opérée en la changeant de lit.

En 1853, un succès aurait été obtenu en Amérique par M. Burnham, qui croyait faire une ovariotomie. Il enleva la matrice en même temps que les deux ovaires. L'utérus fut séparé au-dessous du point où il s'unit au vagin, et deux ligatures furent appliquées sur les artères utérines. Le trente-cinquième jour, la malade était guérie.

On cite encore les opérations de plusieurs autres chirurgiens, qui toutes ont été faites par erreur de diagnostic; telles sont celles de MM. Peaslée (1855), Kimbel (deux opérations, 1855), Boid (1856), Spencer Wells (1859), Sawye (1860), Kœberlé (1862). Ce chirurgien propose de faire l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines avec l'extirpation de l'utérus et d'en faire une opération régulière.

Le tableau suivant ne laisse pas que d'être très-instructif, au point de vue des résultats de la gastrotomie pour l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines.

14 opérations de gastrotomie, entreprises dans le but d'extirper des kystes de l'ovaire et où l'on a rencontré des tumeurs fibreuses de la matrice qui n'ont pas été enlevées.

Obs. I. Lizare, 24 avril 1825 (R. Lee, *Med.-chir. Transact.*, t. XXXIV, p. 14). — Age, trente-quatre ans. Tumeur fibreuse très-vasculaire, ponctionnée et incisée, non enlevée. Rétablissement.

II. Dieffenbach, 1826 (*Rut's Magaz. f. die gesammte Heilk.*, t. XXV, l. II, p. 394). — Age, quarante-quatre ans. Tumeur incisée non enlevée. Rétablissement.

III. W. L. Atlee, 22 mai 1849 (*Amer. Journ. of the Med. sc.*, avril 1855). — Age, trente-trois ans. Tumeur fibreuse sans adhérences, ponctionnée, non enlevée. Rétablissement. Mort six mois après l'opération, à la suite d'un érysipèle.

IV. W. L. Atlee, 13 octobre 1849 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Age, quarante-trois ans. Tumeur utérine *fibro-cystique* sans adhérences, non enlevée. Mort quatre années après l'opération.

V. W. L. Atlee, 13 avril 1850 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Age, quarante et un ans. Tumeur utérine sans adhérences, non enlevée. La malade vivait encore en 1855.

VI. W. L. Atlee, 20 décembre 1851 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Négresse âgée de quarante-deux ans. Tumeur fibreuse pédiculée, offrant des adhérences étendues, non enlevée. Pendant l'opération un abcès développé dans la profondeur de l'abdomen, fut ouvert et donna issue à une grande quantité de pus. La malade vivait encore en 1855.

VII. Deane, 6 juin 1848 (*Boston med. and surg. Journ.*, octobre 1848). — Tumeur pariétale du côté gauche de la matrice, non enlevée. Guérison au bout de quinze jours.

VIII. Musscy, 1850 (*Hamilton's Report*, dans *Ohio med. and surg. Journ.*, nov. 1859). — Tumeur fibreuse interstitielle, non enlevée. Mort par épuisement quatorze heures après l'opération.

IX. Cutter (*Amer. Journ. of the Med. sc.*, 1854, t. LIII, p. 34). — Grande tumeur pariétale et tumeur multiple interstitielle. Opération inachevée. Mort au douzième jour, par péritonite.

X. N. Smith (*Syman's Report Boston*, 1856). — Tumeur fibreuse interstitielle, non enlevée. Rétablissement.

XI. B. Brown. — Tumeur *fibro-cystique*, non enlevée. Pyohémie. Mort au vingt-sixième jour.

XII. B. Brown. — Tumeur interstitielle, non enlevée. Rétablissement.

XIII. B. Brown. — Tumeur *fibro-cystique*, non enlevée. Érysipèle. Mort au seizième jour.

XIV. B. Brown. — Tumeur fibreuse pédiculée, utérus en gestation. Tumeur non enlevée. Pyohémie. Mort au dix-neuvième jour. (Ces quatre derniers cas ont été communiqués à M. Routh.)

Parmi ces observations, trois tumeurs sont désignées sous le nom de tumeurs *fibro-cystiques*. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions de ces prétendues tumeurs fibro-cystiques, et dans ces trois observations aucun détail anatomique n'indique leur caractère fibro-cystique.

Sur ces 14 gastrotomies commencées, mais non achevées, il y a eu 9 malades qui se sont rétablies et 5 qui sont mortes, 2 de pyohémie, 2 d'érysipèle et 1 de péritonite.

Ces faits prouvent donc au delà de toute évidence qu'on ne doit pas enlever les tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

23 opérations de gastrotomie avec extirpation de tumeurs fibreuses de la matrice :

Obs. I. J. L. Atlee, 1843 (*Amer. Journ. of the Med. sc.*, avril 1845). — Age, quarante-deux ans. Quatre tumeurs utérines. Mort par hémorrhagie au cinquième jour.

II. W. L. Atlee, 28 août 1844 (*Amer. Journ. of the Med. sc.*, avril 1855). — Age, vingt-quatre ans. Tumeur fibreuse *pédiculée* du poids de 1 kilogramme. Guérison le vingt-cinquième jour. Morte de phthisie trois ans après l'opération.

III. W. L. Atlee, 24 novembre 1849 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Age, trente-neuf ans. Tumeur fibreuse *pédiculée* du poids de 3 kilogrammes. Guérison. Morte du choléra au trente-neuvième jour.

IV. W. L. Atlee, 20 mai 1851 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Tumeur fibreuse du poids de 3 kilogrammes. Mort par hémorrhagie au troisième jour.

V. W. L. Atlee, 3 mars 1853 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Trois tumeurs pédiculées interstitielles du poids de 2 kilogrammes. Mort par péritonite au troisième jour.

VI. B. Brown (*Braithwaite Retrops.*, t. XLV, p. 310). — Tumeur interstitielle. Mort par phlébite.

VII. B. Brown, 1861 (*Transact. of the pathol. Soc. of London*, vol. XII, 1861, page 154). — Age, quarante-huit ans. Tumeur multiloculaire de l'ovaire droit et tumeur *pédiculée* de la matrice de la grosseur d'un œuf, enlevées l'une et l'autre. Guérison rapide.

VIII. Bigelow, 29 décembre 1849 (*Lyman's Report.*, case 84, Boston, 1856). — Age, vingt-deux ans. Ascite, kyste de l'ovaire et tumeur fibreuse utérine de petit volume enlevée. Mort le troisième jour.

IX. Greenville, 21 mars 1827. (R. Lee, *Med.-chir. Transact.*, t. XXXIV, p. 14). — Tumeur *pédiculée*. Mort à la suite d'une mortification de l'intestin.

X. Herf (*New-York Journ.*, mars 1856). — Tumeur *pédiculée* du poids de 2 kilogrammes. Guérison au bout d'un mois.

XI. Lane, 15 février 1844 (J. Clay's table IV, *Kiwisch's Clin. lect.*). — Age, quarante-trois ans. Tumeur *fibro-cystique pédiculée*. Guérison au bout de trois semaines. Mort cinq ans et demi après l'opération, des suites d'une maladie de vessie.

XII. J. Sloane (*Brit. med. Journ.*, février 1858). — Tumeur *pédiculée* du poids de 25 kilogrammes. Mort par hémorrhagie trois heures après l'opération.

XIII. Nelson (*Amer. Journ. of the med. sc.*). — Tumeur *pédiculée*. Guérison.

XIV. Boinet, février 1859 (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. II, 2e série, p. 687, 1862; Boinet, *Traité de l'ovariotomie*, 1867). — Age, quarante-sept ans. Ascite, tumeur fibreuse interstitielle du poids de 15 kilogrammes prise pour un kyste de l'ovaire. Mort par hémorrhagie quelques heures après l'opération.

XV. Fletcher (*British med. Journ.*, n° 8, 1862). — Tumeur fibreuse *pédiculée*. Guérison le soixante-sixième jour.

XVI. J. B. Hays (*Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1857). — Tumeur pédiculée, adhérente à l'épiploon, du poids de 1600 grammes, chez une femme âgée de quarante-deux ans. Guérison au bout d'un mois.

XVII. Stokes (*British med. Journ.*, février 1863). — Tumeur *fibro-cystique*. Mort du choc de l'opération au bout de trente heures.

XVIII. Spencer Wells. — Tumeur interstitielle. Énucléation. Mort quatre heures après l'opération, par suite du choc, de l'hémorrhagie et de l'influence du chloroforme. (Cas communiqué à M. Routh.)

XIX. Spencer Wells (*Patholog. Transact.*, t. XIV, p. 204). — Tumeur *fibro-cystique*. Mort, quatre heures après l'opération, du choc.

XX. Kœberlé, 14 mars 1863. — Tumeur *pédiculée* du poids de 33 kilogrammes. Mort par épuisement au quatrième jour.

XXI. Kœberlé, 21 novembre 1863. — Tumeur *pédiculée* très-vasculaire. Ascite. Mort par péritonite.

XXII. Le professeur Martin (*Monats. f. Geburtsk.*). — Tumeur utérine grosse comme la tête d'un enfant, qui s'était développée rapidement et dont la conséquence était la dysurie et l'œdème des pieds, la circonférence était de quarante-quatre pouces, et la sonde utérine pénétrait de trois pouces. *Elle était mobile dans l'utérus.* Une incision fut faite sur la ligne blanche, et, les adhérences avec la tumeur étant détruites, on trouva la tumeur attachée par un pédicule gros comme le pouce au fond de l'utérus. Serré avec un clamp, il fut sectionné au-dessous. La malade succomba promptement à une hémorrhagie interne.

La tumeur pesait douze livres trois quarts, soit 6375 grammes. L'autopsie montra une hyperplasie avec néoplasme de l'utérus. Péritonite et périmétrite chronique, hydropisie du tube de Fallope. Plus de 300 grammes de sang coagulé furent rencontrés dans la cavité abdominale. (*Union méd.*, année 1869, n° 136.)

Il est difficile de savoir au juste dans quelle classe de tumeur il faut ranger celle qui fait le sujet de cette observation. Était-ce une tumeur intra-utérine? Était-ce une tumeur périutérine? On pourrait, d'après la rédaction, soutenir les deux opinions. Alors, pourquoi pratiquer la gastrotomie? L'incision faite sur la ligne blanche permet de détruire les adhérences *et fait voir la tumeur attachée par un pédicule gros comme le pouce au fond de l'utérus. Ce pédicule est serré avec un clamp et sectionné.* Cette dernière rédaction indique une tumeur périutérine, pédiculée.. Quelle était la nature de cette tumeur, accompagnée d'une hydropisie du tube de Fallope? Rien ne l'indique. Tout manque dans cette observation, elle ne peut servir à rien. Que ceux qui publient de pareilles observations veuillent donc bien se donner la peine de les rédiger avec plus de soin, et de ne pas omettre les détails nécessaires pour les rendre compréhensibles.

XXIII. Docteur Perruzi (de Lugo). — Gastrotomie pour l'extirpation d'une tumeur fibreuse volumineuse périutérine sessile, prise pour un kyste de l'ovaire. Guérison.

Ce qu'on doit remarquer dans ces 23 observations, c'est que sur 23 cas d'extirpation de tumeurs fibreuses 13 étaient des tumeurs pédiculées, et, chose importante à noter, c'est que les guérisons, au nombre de 8, qui ont été obtenues appartiennent aux tumeurs pédiculées (obs. II, III, VII, X, XI, XIII, XV, XVI). Parmi les insuccès, 5 seulement étaient des tumeurs pédiculées (obs. IX, XII, XX, XXI et XXII), et les autres, au nombre de 10, étaient des tumeurs interstitielles ou sessiles (obs. I, IV, V, VI, VIII, XIV, XVII, XVIII, XIX, XXIII). Dans les cas où la mort a eu lieu, elle est due : 5 fois à l'hémorrhagie (obs. I, IV, XII, XIV, XVIII), à la péritonite 2 fois (obs. V, XXI), à la pyohémie 1 fois (obs. VI), au choc de l'opération et à l'épuisement 3 fois (obs. XVII, XIX et XX), à la mortification de l'intestin 1 fois (obs. IX); enfin, dans un cas (obs. VIII) la cause de la mort n'est pas indiquée. L'âge n'est pas mentionné dans tous les cas, et il varie pour les guérisons de vingt-quatre à quarante-huit ans (obs. II, III), la malade la plus jeune avait vingt-quatre ans (obs. II), la plus âgée avait quarante-huit ans (obs. VII); des deux autres, l'une avait trente-neuf ans (obs. III), et l'autre quarante-trois ans (obs. IX). Parmi celles qui ont succombé, l'âge n'est indiqué que trois fois, une malade avait vingt-deux ans (obs. II), une autre quarante-deux ans (obs. I), et la troisième quarante-sept ans (obs. XIV).

42 opérations de gastrotomie avec amputation de la matrice envahie par des tumeurs fibreuses :

Obs. I. Parkman, 8 janvier 1842 (*Lyman's Report*, Boston, 1856). — Age, vingt-sept ans. Tumeur fibreuse interstitielle. Ascite. Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie douze heures après l'opération.

II. C. Clay, 16 janvier 1844 (*Results of Ovariotomie*, etc., case XXII, 1858 : R. Lee, *Med.-chir. Transact.*, XXXIV, page 21). — Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort par péritonite à la suite d'un accident au quinzième jour.

III. C. Clay (*Med. Times*, n° 164, page 18 ; Pafford Lee, *On Tumours*, page 268). — Ablation d'une grande partie de la matrice et des ovaires. Mort par hémorrhagie une heure et demie après l'opération.

IV. C. Cley, 2 janvier 1863 (*Med. Times and Gaz.*, 18 avril 1863). — Extirpation du corps de la matrice et des ovaires. Guérison. La ligature persistait encore au trente-cinquième jour.

V. Heath, 21 novembre 1843 (*Med. Gaz. Lond.*, 8 décembre 1843). — Age, quarante-six ans. Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie dix-sept heures après l'opération.

VI. E. R. Peaslee, 21 septembre 1853 (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1855). — Age, trente-cinq ans. Extirpation de la matrice ; étranglement et gangrène de l'intestin. Mort par péritonite au cinquième jour.

VII. Burnham, 25 juin 1853 (*Nelson's Americ. Lancet*, 1854 et *Worcester med. Journ.*, 1854). Extirpation de l'utérus et des ovaires. Guérison deux mois après l'opération.

VIII. Burnham. — De 1854 à 1866, 9 amputations de l'utérus, avec ou sans extirpation des deux ovaires. Mort, 7 cas; guérison, 2 cas. (Communiqué.)

IX. Cadge. — Tumeur fibreuse interstitielle. Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort trente-six heures après l'opération, du choc.

X. Kimball (*Boston med. and surg. Journ.*, mai 1855). — Extirpation de la matrice. Guérison. La ligature n'était pas tombée huit mois après l'opération.

XI. Kimball (*Boston med. and surg. Journ.*, mai 1855). — Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie le troisième jour.

XII. Kimball (*Boston med. and surg. Journ.*, mai 1855). — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite le dixième jour.

XIII. M. J. Boyd (*Amer. Journ. of the med. sc.*, 1856). — Extirpation de la partie sus-vaginale de l'utérus et des deux ovaires. Guérison trois mois après l'opération.

XIV. Spencer Wells, 17 juin 1859 (*Med. Times*, 9 juillet 1859). — Age, trente ans. *Tumeur fibro-cystique*. Ascite. Épanchement pleurétique. Adhérences étendues. Mort par péritonite le deuxième jour.

XV. Spencer Wells. Tumeur fibreuse du poids de 15 kilogrammes, enlevée avec les ovaires. Mort au quatrième jour par pyohémie. (Cas communiqué à Routh.)

XVI. Sawyer (*Amer. Journ. of the med. sc.*, janvier 1860, page 46). — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite au sixième jour.

XVII. Kœberlé, 20 avril 1363 (*Gaz. méd. de Strasbourg*, octobre 1863). — Extirpation du corps de la matrice et des deux ovaires. Guérison complète un mois après l'opération. (Obs. II de la thèse de M. Caternault.)

XVIII. Kœberlé, 19 décembre 1863. — Tumeur *fibro-cystique*. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort par hémorrhagie au deuxième jour. (Obs. IV de la thèse de M. Caternault.)

XIX. Boinet, 15 novembre 1863. — Age, quarante-trois ans. Tumeur fibreuse de la matrice de la grosseur d'une tête d'adulte, prise pour un kyste de l'ovaire. Ablation de la partie sus-vaginale de la matrice. Mort de péritonite le cinquième jour de l'opération. (*Traité pratique des maladies de l'ovaire*, 1867, page 420,)

XX. Kœberlé, 27 septembre 1864. — Age, trente-neuf ans. Tumeur fibreuse de la matrice de 4 kilogrammes et 1/2, avec amputation de cet organe. Mort par hémorrhagie trente heures après l'opération. Obs. V de la thèse de M. Caternault.)

XXI. Kœberlé, 7 mars 1866. — Age, vingt-neuf ans. Tumeur fibreuse de la matrice de 5 kilogrammes. Amputation de la matrice. Guérison. (Obs. VI de la thèse de M. Caternault.)

XXII. Kœberlé, 23 avril 1866. — Age, trente-cinq ans. Tumeur fibreuse de la matrice, amputation de cet organe. Ascite, kyste séreux du péritoine. Mort par syncope douze heures après l'opération. (Obs. VII de la thèse de M. Caternault, Strasbourg, 1866.)

XXIII. Kœberlé, 7 juillet 1866. — Age, vingt-sept ans. Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice de 4 kilogrammes 1/2, reliée au petit bassin par une adhérence large comme la main. Amputation de l'utérus. Division de l'adhérence par le fer rouge. Guérison complète le vingtième jour. (Obs. VIII, thèse de M. Caternault.)

XXIV. Storer (*Amer. Journ. of the med. sc.*, janvier 1866). — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice de 4 kilogrammes. Amputation d'une grande partie de l'organe. Guérison.

XXV. Dix opérations d'amputation de la matrice pratiquées par différents chirurgiens, communiquées mais non encore publiées. Dix cas de mort. (Thèse de M. Caternault, Strasbourg, 1866.)

Ainsi, sur 42 opérations de gastrotomie avec amputation de la matrice et ablation de tumeurs fibreuses, il y a eu 32 morts et 10 guérisons; malheureusement beaucoup de ces observations sont très-incomplètes, et l'on ne sait pas le plus souvent quel était l'âge des malades, ni la nature des accidents auxquels elles ont succombé. Si l'on s'en rapporte à celles qui sont plus détaillées, on remarque que l'hémorrhagie et la péritonite sont les causes les plus fréquentes de la mort. Si nous consultons celles de M. Kœberlé, par exemple, les seules qui aient été publiées avec plus de détails, on a le regret d'y trouver des lacunes qui enlèvent à ces observations beaucoup de leur valeur, ainsi que nous l'avons démontré en les analysant; dans une opération aussi capitale que celle de l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus avec amputation de cet organe, et qui à cette heure compte tant d'adversaires, il est indispensable, pour bien établir la valeur d'une pareille opération, de ne publier que des observations complètes très-détaillées et recueillies avec le plus grand soin.

L'ablation des tumeurs fibreuses de la matrice, qu'elles soient péri-utérines, pédiculées ou sessiles et interstitielles, demande à peu près le même manuel opératoire que l'extirpation des tumeurs de l'ovaire; ce sont les mêmes préparatifs avant l'opération, les mêmes instruments, les mêmes précautions pendant l'opération, les mêmes soins consécutifs.

Une fois que la cavité abdominale est ouverte, on doit procéder différemment à l'extirpation de ces tumeurs fibreuses suivant qu'elles sont pédiculées et exemptes d'adhérences, ou bien suivant qu'elles sont sessiles, intimement unies à l'utérus et compliquées de nombreuses et solides adhérences avec les parties environnantes, dans lesquelles elles sont souvent confondues, ce qui les a fait désigner à tort, comme nous l'avons démontré, sous la dénomination de tumeurs fibro-cystiques, fibro-sarcomes, etc.

La tumeur fibreuse est-elle exempte d'adhérences pédiculée, surtout avec un pédicule long et mince, elle se trouve dans des conditions très-favorables pour son extirpation, et il suffit, comme pour les tumeurs bien pédiculées de l'ovaire et exemptes d'adhérences, de lier le pédicule ou de le placer dans un clamp, et dans les cas où il serait dépourvu de vaisseaux sanguins, et qu'il ne fût le siége d'aucun écoulement de sang après la section, soit que celle-ci ait été faite par le fer rouge, un écraseur ou le bistouri, on pourrait, à l'exemple de B. Brown, se dispenser de placer une ligature et l'abandonner dans la cavité abominale, mais il est rare que le pédicule soit aussi dépourvu de vaisseaux sanguins, et dans la crainte d'une hémorrhagie consécutive qui pourrait se produire dans la cavité abdominale, il est préférable et plus sûr de lier le pédicule quel que soit le procédé mis en usage pour opérer sa section, puis de le fixer dans l'angle inférieur de la plaie.

Mais le pédicule est-il largement et profondément implanté sur le fond ou le corps de l'utérus, ou sur les ligaments larges ou les parties environnantes, la vessie, le rectum, le pourtour du petit bassin, etc., fait-il même corps avec l'utérus, alors, dans ces cas, il surgit souvent des difficultés très-sérieuses et qui causent bien des ennuis à l'opérateur. Si le pédicule n'est que large et qu'il soit plus ou moins long, il faut quelquefois appliquer plusieurs ligatures et les placer aussi loin que possible de l'utérus, et faire la section du pédicule au-dessus

de la ligature à plusieurs centimètres, 3 ou 4 si c'est possible, afin de laisser un moignon renflé, assez gros et assez solide pour empêcher la ligature de glisser et de s'échapper; dans ces cas, on ne doit pas craindre de trop serrer le pédicule dans la ligature, et pour se mettre à l'abri de la moindre hémorrhagie, il est utile, après l'avoir fixée dans l'angle inférieur de la plaie, de la cautériser avec le fer rouge ou de la toucher avec du perchlorure de fer au trentième.

Quand le pédicule est sessile, ou bien quand la tumeur ou les tumeurs fibreuses font partie intégrante de la matrice, ce qu'il est souvent impossible de reconnaître quand il existe des adhérences nombreuses et solides ou que des prolongements des tumeurs ont envahi les culs-de-sac utérins, dans ces cas l'union entre les parties est trop intime; pour pouvoir les séparer facilement, on est souvent obligé d'enlever l'utérus soit en partie, soit en totalité, de même que ses annexes (trompes et ovaires); il est même des chirurgiens qui prétendent avoir enlevé le col de l'utérus tout entier, avec le corps de cet organe; mais ces faits paraissent si extraordinaires et si inattendus qu'ils ont besoin d'être confirmés.

Quand on reconnaît dans le cours de cette opération que la masse fibro-kystique envoie des prolongements dans le petit bassin, jusque dans les culs-de-sac recto- et vésico-utérins, qu'elle a contracté des adhérences solides, soit avec le rectum, soit avec la vessie, l'utérus, les ligaments larges et même le pourtour du bassin, qu'il devient difficile de détruire ces adhérences, et qu'il est à craindre que la vessie et le rectum ne soient ouverts, comme je l'ai vu deux fois pour la vessie et une fois pour le rectum, il faut procéder lentement et avec les plus grandes précautions, si l'on se détermine à poursuivre l'opération, ce qui doit être fait, en présence d'une affection qui, abandonnée à elle-même, se termine toujours d'une manière fatale; pense-t-on qu'il vaudrait mieux s'abstenir dans ces cas, où il paraît impossible de mener à bonne fin une opération commencée, que de tenter des opérations qui certainement amèneront souvent des accidents mortels, mais qui, en résumé, sont la seule chance de salut qui reste aux malades? D'ailleurs plusieurs succès ont montré qu'on avait eu raison de continuer ces opérations, puisque les malades ont guéri.

Dans les cas où toute la partie supérieure de la tumeur est libre, ou bien si l'on est parvenu à détruire toutes les adhérences qui existaient avec l'épiploon, les intestins ou d'autres organes abdominaux, on peut, si l'on juge qu'il soit plus avantageux de continuer l'opération que de la laisser inachevée, chercher à enlever la plus grande partie de la masse kystique et même le corps de l'utérus, si les adhérences avec cet organe sont trop solides et dangereuses à détruire; il est vrai que la destruction d'adhérences aussi profondément situées et aussi intimes donne lieu à des hémorrhagies en nappes difficiles, impossibles même à arrêter, soit par les ligatures, les cautérisations avec le fer rouge ou le perchlorure de fer. Pour se mettre à l'abri de ces accidents hémorrhagiques, on ne doit pas hésiter à porter des ligatures sur l'utérus lui-même et sur ses annexes qui sont enlevés en même temps; dans ces cas, on est souvent obligé de morceler la tumeur, de la sectionner, soit avec le bistouri, des ciseaux, ou à l'aide d'un écraseur.

Le procédé qui nous paraît le meilleur et que nous avons employé avec succès dans les cas difficiles et très-compliqués est le suivant. Les principales loges du kyste sont vidées et enlevées, toutes les adhérences sont détachés avec soin, l'écoulement du sang provenant des parties auxquelles adhérait la tumeur étant tari; à l'aide d'une aiguille longue et courbe comme celles dont nous faisons usage pour la suture abdominale, on traverse la tumeur le plus près possible des points où elle adhère, et avec un fil métallique double dont l'aiguille est armée on lie la tumeur de manière à détruire toute communication entre les parties placées au-dessus de la ligature et celles placées au-dessous. Ces ligatures posées et fortement serrées, on coupe avec des ciseaux ou le bistouri, ou l'on écrase tout ce qui se trouve placé au-dessus de la ligature à 2 ou 3 centimètres, de manière à faire une espèce de pédicule et l'on cautérise avec le fer rouge le moignon de ce pédicule. D'un autre côté, si l'on est forcé d'enlever l'utérus intimement uni à une tumeur quelconque fibreuse ou kystique, ayant envoyé des prolongements jusqu'au fond du bassin et ayant contracté des adhérences avec tous les organes environnants, il faudra, après avoir enlevé par morcellement, comme nous l'avons dit plus haut, tout ce qu'on a pu enlever de la tumeur, soulever doucement et lentement avec les doigts, des pinces ou des crochets, l'utérus et les parties de la tumeur restant, les attirer avec douceur au dehors du bassin au niveau de la plaie abdominale si c'est possible, chercher avec les doigts ou des des instruments mousses à les séparer et à les isoler de la vessie et du rectum auxquels ils adhèrent. Cette manœuvre doit être faite avec les plus grandes précautions en écartant, refoulant les tissus et en évitant surtout de les déchirer. Dès qu'on a pu séparer la vessie de l'utérus et celui-ci des parties qui plongent dans le cul-de-sac recto-utérin, c'est-à-dire dès qu'on a pu réformer en partie et approximativement les culs-de-sac naturels, les parties étant soulevées et attirées comme nous venons de le dire, hors du fond du bassin, on enfonce à la réunion du col de l'utérus avec son corps une aiguille munie d'un fil métallique double et qui le traverse d'avant en arrière avec la précaution, bien entendu, de ne pas aller piquer, soit le rectum, soit les intestins qui doivent être retenus et garantis par des aides. Si l'on passe l'aiguille à droite et à gauche en rasant les côtés de l'utérus qu'on respecte, il ne faut pas s'approcher trop près du fond de la cavité du bassin, dans la crainte d'intéresser le rectum ou le vagin. Une fois les fils passés, on les dédouble, et de chaque côté ils embrassent dans leur anse la moitié de la partie inférieure du corps de l'utérus et le ligament large. Chacun d'eux est ensuite serré à l'aide d'un serre-nœud ou autrement; cela fait, on détache les ligaments larges s'ils sont adhérents dans quelques points, et avec des ciseaux ou mieux un fer rouge on fait la section de la matrice, des trompes, des ovaires et des masses kystiques encore adhérentes à ces organes, en ayant soin de ne les couper qu'à plusieurs centimètres (2 ou 3) au-dessus de la ligature; si, malgré la pression des ligatures, il y avait encore un écoulement de sang à la surface du moignon, il faudrait le cautériser immédiatement ou le dessécher avec du perchlorure de fer. Dans ces opérations difficiles et compliquées, il arrive malheureusement trop souvent, quel que soit le nombre des ligatures, de quelque manière qu'elles aient été appliquées, que des hémorrhagies en nappe provenant de la déchirure ou du décollement ou de la section des parties adhérentes, se produisent et continuent, d'où la mort presque fatalement, soit par suite de l'hémorrhagie ou de la décomposition du sang qui s'est épanché; il est donc indispensable d'employer tous les moyens possibles pour arrêter ces suintements sanguins avant de fermer le ventre. Un des meilleurs moyens pour prévenir ces écoulements de sang est de diviser les adhérences avec le fer rouge, comme l'ont conseillé plusieurs chirurgiens anglais, et comme nous l'avons fait nous-même dans plusieurs cas. Alors on procède avec soin à la toilette du péritoine, comme dans l'ovariotomie, et l'on ne ferme la cavité abdominale que lorsqu'on est bien certain que le moindre suintement de sang est arrêté complétement et depuis un certain temps. Mais dans les cas compliqués où l'on a été obligé de séparer l'utérus de la vessie, du rectum, du vagin, et de disséquer quelquefois toutes les adhérences pour en obtenir la séparation, il est de bonne pratique de laisser la plaie ouverte à son angle inférieur, afin de favoriser plus tard la sortie des parcelles de tumeur qu'on a été obligé de laisser au fond du bassin, ou des lambeaux d'adhérences qui peuvent se mortifier; par cette ouverture laissée à l'angle inférieur de la plaie abdominale, les liquides épanchés, les détritus dus à la décomposition du sang ou aux tissus mor-

tifiés, trouvent une issue facile qu'on facilite encore par des injections détersives et désinfectantes faites à l'aide de tubes, de sondes ou de drains laissés à demeure et introduits jusqu'au fond du bassin. En procédant ainsi, on s'oppose à la péritonite et à l'infection purulente, accidents qui, malheureusement, sont très-fréquents, si l'on ne prend pas toutes les précautions que nous venons de recommander; — mais je le répète, mieux vaut s'abstenir de ces opérations, — ou les laisser inachevées si on les a entreprises par suite d'une erreur de diagnostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Localisation de l'action par laquelle le cerveau concourt a la faculté psycho-physiologique de la parole, par M. *Bouillaud*. —L'auteur continue la communication commencée le 30 juin. Au fait communiqué ce jour-là, il en ajoute neuf autres, dont plusieurs lui appartiennent; puis présente un résumé des doctrines de Flourens sur les localisations cérébrales, rappelle ses propres recherches, résume l'état de la question et arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les lésions de la parole, causées ou produites par une affection cérébrale, c'est dans les lobes antérieurs ou frontaux du cerveau que cette affection a son siége. Or, dans une catégorie de ces cas, les lésions de la parole dépendent de ce que les mouvements coordonnés ou *coassociés*, nécessaires au langage dit articulé, c'est-à-dire à la *prononciation des mots*, ne peuvent plus s'exécuter. Donc il existe dans ces lobes antérieurs un centre *coordinateur* ou *législateur* de cette espèce des *mouvements volontaires*, dits *coordonnés*, *coassociés*, *congénères*. Or aussi, dans une autre catégorie des cas dont il s'agit, les lésions de la parole dépendent d'une lésion portant sur les *mots* eux-mêmes, et non sur l'acte de leur *prononciation*; donc il existe, dans les lobes indiqués, un autre centre, sans la coopération duquel la parole ne pourrait s'exercer.

» 2° Sous l'un des deux rapports indiqués ou sous tous les deux réunis, la faculté de la parole peut être lésée ou perdue, les autres facultés intellectuelles *spéciales* étant conservées ou intactes et réciproquement. »

— Au sujet de cette communication, M. *Chevreul* présente deux remarques : la première, c'est que si l'on peut oublier le nom d'une chose, d'une personne, tout en se souvenant de ses qualités, de ses attributs, on ne paraît jamais oublier « les attributs du substantif dont on se rappelle le nom ». C'est que le nom est le représentatif de ces attributs; c'est que la connaissance des substantifs réside dans les attributs qui lui appartiennent. La seconde, c'est qu'il regarde comme inadmissibles (et cela depuis longtemps), les opinions de Flourens sur le cervelet.

Section d'anatomie et de physiologie. — MM. Steenstrup, Dana et Carpenter sont nommés membres correspondants, en remplacement de M. Agassiz, élu associé étranger, et MM. Pictet et Pouchet, décédés. Un certain nombre de suffrages se sont portés sur MM. Huxley et Darwin.

Emploi du Galega.—MM. *Gillet-Damitte* et *Bourgeois* envoient chacun un travail sur les propriétés lactigènes de cette plante fourragère. (*Comm.* : MM. Cl. Bernard, Bouillaud, Duchartre.)

Géographie et statistique médicales. — M. *Bertrand* adresse, comme complément à son travail pour le concours de statistique, un atlas de géographie et statistique médicales de la France. Cet atlas est transmis à l'Académie par M. Larrey. (Renvoi à la commission.)

Vie de la matière. — M. *C. Morello* adresse une note relative à la vie de la matière. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Action du gaz protoxyde d'azote. Note de MM. *F. Jolyet* et *T. Blanche*. — Dans une première série d'expériences, les auteurs ont constaté que les graines (orge, cresson) ne germent pas dans une atmosphère de protoxyde d'azote. Une seconde série avait pour but de rechercher si le protoxyde d'azote possède réellement les propriétés anesthésiques qu'on lui attribue, et dans ce but, disent les auteurs, nous avons fait des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène plus ou moins riches, de telle façon que ces mélanges contenaient 18 à 21 d'oxygène et 60 à 80 pour 100 de protoxyde.

Des moineaux placés sous des cloches, dans des atmosphères semblables, se comportaient comme ceux qu'on avait placés comparativement dans des cloches renfermant de l'air ordinaire, et mouraient à peu près dans le même temps, après avoir formé autant d'acide carbonique et épuisé également l'oxygène. Nous avons fait respirer à des chiens des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans les proportions de l'air, pendant vingt à trente minutes, sans avoir pu constater, à aucun moment, un affaiblissement appréciable de la sensibilité : le nerf sciatique, excité par un faible courant, a toujours produit des signes d'une vive douleur. Chez les animaux respirant le gaz protoxyde pur, nous avons constaté, en excitant le nerf sciatique à divers moments, que la sensibilité disparaissait chez l'animal entre la troisième et la quatrième minute, c'est-à-dire à un moment où l'animal offrait tous les signes de l'asphyxie. Ces expériences suffiraient déjà à montrer que le gaz protoxyde d'azote n'est pas un agent anesthésique véritable, et qu'il ne produit l'insensibilité qu'en amenant l'asphyxie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi, pendant l'année 1872, dans les départements de Meurthe-et-Moselle, de l'Ariége, de Saône-et-Loire, du Cantal, du Puy-de-Dôme et d'Eure-et-Loir. (*Commission des épidémies*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Chantreuil*, pour la récompense qu'elle a bien voulu lui accorder dans sa séance annuelle. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Cornil*, qui se porte candidat à la place vacante dans la section à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique. — c. Un manuscrit de M. le docteur *Henri Dumont*, intitulé : Recherches sur la phthisie dans les Amériques intertropicales. (*Comm.* : MM. Briquet, Hérard et Bourdon.) — *d*. Une note sur le choléra dans les Antilles, dans ses rapports avec la fièvre jaune, les maladies paludéennes, du même auteur. (*Comm.* : MM. Barth, Chauffard et Fauvel.) — *e*. Les derniers Mémoires et Bulletins de la Société médicale et chirurgicale de Bordeaux. — *f*. Un mémoire sur l'usage en médecine du thermomètre physiologique, par M. le docteur *Seguin*.

M. *Béhier* dépose sur le bureau le tome II de la Société de médecine légale de Paris.

M. *Fauvel* offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Proust*, un ouvrage intitulé : Essai sur l'hygiène intertropicale; ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique.

M. *Chauffard* présente, de la part de M. *René Briau*, bibliothécaire de l'Académie, une brochure sur le serment d'Hippocrate et la lithotomie.

M. *Mialhe* offre à l'Académie, de la part de M. *Sarmant*, pharmacien à Marseille, un spécimen de granules médicamenteux préparés d'après un nouveau procédé dont il est l'inventeur.

M. *Gavarret* soumet au jugement de l'Académie une lunette double, construite, sur les indications de M. le docteur *Galezowski*, par M. *Aubry*, et destinée à déterminer exactement le numéro des verres qui conviennent dans certaines affections de la vue. (Voyez la figure page 466.)

Comme nous l'avions prévu, l'orage a éclaté; il n'est même pas encore terminé, car pharmaciens et médecins se sont donné rendez-vous pour jeudi prochain. Cette séance extraordinaire suffira-t-elle pour terminer le débat? Nous en doutons.

Les préliminaires ce mardi avaient dû faire du bruit dans le monde, car, chose bizarre, il y avait aujourd'hui du public à l'Académie, et même beaucoup, et depuis bien des mois on n'avait eu l'honneur de discuter, ou mieux disputer, devant une aussi nombreuse assistance.

M. *Tholozan*, au début de la séance, a un succès de curiosité. Le médecin en chef du shah de Perse venant faire une lecture à l'Académie, cela ne se voit pas tous les jours. Ajoutez que l'homme, le médecin, est digne de succès plus sérieux et plus durables. M. Tholozan venait communiquer à l'Académie quelques considérations sur l'étiologie du choléra. Il combat l'idée généralement admise d'un foyer unique situé aux Indes ou en Perse, et d'où partirait le choléra à chaque nouvelle épidémie. Il y aurait pour lui en Europe des foyers multiples où le choléra, importé primitivement, est devenu épidémique; le fléau, après avoir sommeillé pendant quelque temps, se réveille tout à coup à certaines époques, sous l'influence de causes encore inconnues, et s'irradie au loin en partant de ces foyers comme centre. C'est ce que démontre, dit-il, l'étude approfondie des diverses épidémies européennes depuis quelques années. Il n'y a nulle nécessité d'invoquer l'idée d'une nouvelle importation de la Perse ou des Indes (1).

M. J. Guérin approuve et M. Fauvel ne peut que protester aujourd'hui contre ces théories, car une question beaucoup plus intéressante actuellement est à l'ordre du jour.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE. — Avant toute discussion, M. *Legouest*, qui a probablement de bonnes raisons pour prendre ses précautions, demande que les orateurs fournissent à l'appui de leurs discours des documents officiels.

M. *Bussy* prend ensuite la parole. Le service médical aura-t-il enfin l'autonomie qu'il réclame depuis longtemps? La pharmacie sera-t-elle subordonnée à la médecine? Telles étaient les deux questions à examiner.

M. Bussy commence par expliquer pourquoi il s'est retiré de la commission. Il était évident pour lui que les conclusions devaient être défavorables aux pharmaciens, et il ne pouvait reconnaître et signer l'amoindrissement de la pharmacie.

Il déclare ensuite franchement qu'il n'a pas l'intention de suivre M. Broca dans les régions élevées où il lui a plu de placer la question, c'est-à-dire qu'il laisse complétement de côté le point capital de la discussion : l'autonomie du corps médical, et il se borne à examiner la question de la subordination de la pharmacie à la médecine. Cette subordination, dit-il, n'a rien de commun avec celle qui existe dans la hiérarchie militaire en général, où l'on n'est pas subordonné à l'homme mais au grade; elle n'a pas sa raison d'être entre corps scientifiques. Il y a là une question de rivalités personnelles, on veut empêcher les pharmaciens d'arriver aux grades supérieurs.

On reproche aux pharmaciens de s'unir à l'intendance contre les médecins ; c'est inexact.

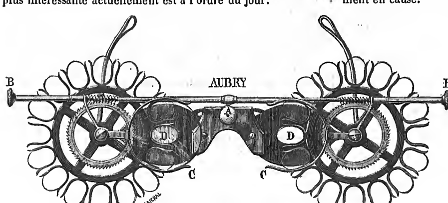
Le fond de la question c'est qu'on veut mutiler une institution qui depuis plus de quatre-vingts ans a rendu d'immenses services à l'armée.

Comme conclusion : pas de subordination et laissons les choses telles qu'elles sont.

On devait s'y attendre.

M. *Poggiale* prend à son tour la parole. Il donne aussi les motifs de sa retraite prématurée. La commission telle qu'elle était composée ne lui offrait pas des garanties suffisantes : elle ne comptait pas assez de pharmaciens.

Quant à la question capitale, M. Poggiale, comme M. Bussy, l'aborde par le petit côté, le côté personnel; la réorganisation du service de santé, l'autonomie du corps médical l'inquiéteraient médiocrement, à en juger par l'ensemble de son argumentation. La commission académique a mis, comme on dit, la charrue avant les bœufs; avant de savoir quelles seront, d'après la nouvelle réorganisation, les attributions des agents du service médical, elle tranche de sa propre autorité et décide que la pharmacie sera subordonnée à la médecine militaire. Car telle est la question principale, question que M. Broca a déplacée en introduisant dans le débat l'intendance, qui n'était nullement en cause.



A. Bouton servant à écarter ou à rapprocher la lunette pour la distance des yeux.

BB. Boutons pour faire tourner les cadrans porte-verres.

CC. Ressort porte-verre se plaçant devant les verres du cadran pour en changer les différents foyers

DD. Trou ovale devant lequel les verres viennent se placer pour faire regarder le malade.

M. Poggiale fait ensuite rapidement l'historique des décrets et ordonnances qui ont établi et assuré l'indépendance de la pharmacie vis-à-vis de la médecine militaire. Ce n'est qu'en 1848 et en 1870 qu'on a proposé de la subordonner à la médecine, mais les projets qu'on mettait en avant étaient tellement insuffisants qu'on a dû y renoncer.

On revient aujourd'hui sur la même idée et l'on propose deux solutions : la fusion, c'est-à-dire la suppression de la pharmacie ou la subordination.

Le système de fusion aurait des résultats déplorables à tous les points de vue, il aurait surtout pour résultat l'abaissement d'un corps scientifique qui tomberait entre des mains incapables. La commission elle-même a reconnu cette solution inpraticable et l'a rejetée à l'unanimité.

Quant à la subordination, naturellement M. Poggiale n'en veut pas. Il n'y aurait plus d'inspecteur général, plus de pharmaciens-majors, et les pharmaciens ne seraient plus que des agents du service de santé. Cette idée fait bondir d'indignation M. Poggiale, qui considère comme une injure le titre d'agents du service médical.

Il termine son discours par un éloge de la pharmacie militaire, éloge qui est revenu deux ou trois fois déjà dans cette première partie de son argumentation, car l'orateur est loin d'avoir terminé.

Nous avouons qu'il nous a été fort difficile de suivre pas à pas ce discours entrecoupé à chaque instant d'interruptions, d'exclamations, de demandes et de réponses; depuis longtemps nous n'avions assisté à une séance aussi animée, et il était curieux de voir M. Poggiale l'oreille aux aguets, tout en lisant son discours, s'interrompre brusquement pour faire des *aparte*, et répondre à des interruptions souvent imaginaires, quelquefois même à des réflexions qui se faisaient entre ses voisins.

(1) On trouvera, page 459, un autre travail de M. Tholozan sur le choléra. Nous y reviendrons. En attendant, nous engageons nos abonnés à le lire, avec tout le soin qu'il mérite, dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

Une discussion fort vive s'engage ensuite entre MM. Larrey, Legouest, Broca, Chauffard et naturellement M. Poggiale, qui tient tête à tout le monde et défend avec M. Bussy les intérêts de la pharmacie.

M. *Larrey* fait remarquer entre autres choses que MM. Bussy et Poggiale n'ont nullement répondu au rapport de M. Broca: il s'agit ici de la réorganisation du corps médical militaire, de son autonomie; la question de subordination est tout à fait secondaire.

M. *Chauffard* fait la même observation, à quoi M. Poggiale répond qu'il abordera cette question dans la suite de son discours.

M. *Legouest*, de son côté, communique à l'Académie et à M. Poggiale en particulier toute une série de documents qui lui démontrent que l'idée de subordination de la pharmacie à la médecine n'est pas nouvelle, puisqu'elle date de 1810.

La discussion dégénérant en conversations, comme le fait remarquer M. Moutard-Martin, on juge à propos de s'arrêter à six heures, seulement, comme il faut au plus tôt donner une solution si l'on veut que la décision de l'Académie ait quelque valeur à Versailles, on décide, sur la proposition de MM. Broca et Larrey, qu'une séance extraordinaire aura lieu jeudi 18 juillet à trois heures.

En somme, MM. les pharmaciens n'ont guère médité les paroles de M. Broca sur l'intérêt général; ils ont un peu l'air jusqu'ici de subordonner tout à la crainte d'être *subordonnés* eux-mêmes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

M. *Dumesnil* (de Rouen) envoie un mémoire sur les polypes naso-pharyngiens. Voici le résumé des quatre observations qui sont la base de ce travail :

1° Un enfant de huit ans avait un polype du volume d'un œuf de poule remplissant la fosse nasale gauche et poussant l'œil de ce côté hors de l'orbite. La parole était libre, la déglutition facile. Pas d'hémorrhagie. Le pédicule, implanté sur l'apophyse basilaire, paraissait large. M. Dumesnil fit la résection temporaire du maxillaire supérieur le 25 novembre 1872. Le polype fut renversé avec le maxillaire; il avait 1 centimètre d'épaisseur à son pédicule. Le maxillaire fut remis en place. Le malade guérit.

2° Enfant de seize ans, entré à l'hôpital le 8 octobre 1872. Épistaxis fréquentes. Dans le pharynx se trouve une masse qui s'insère à l'apophyse basilaire. La fosse nasale droite est obstruée, et une petite tumeur existe dans la fosse zygomatique. Opération par le procédé d'Ollier. Le malade était très-faible. Le nez fut remis en place. Mort quelques heures après l'opération. A l'autopsie, on trouve du sang dans l'estomac et le duodénum.

3° Enfant de treize ans, entré le 4 octobre 1872. A déjà eu des hémorrhagies. Le polype remplit la fosse nasale gauche; il est inséré sur l'apophyse basilaire et a un prolongement zygomatique. Le malade était très-affaibli par les hémorrhagies. Ligature de la carotide externe gauche. Extirpation du polype par le procédé de Boeckel, comme dans la première observation. Le malade guérit.

4° Petite fille de six ans. Polype fibreux implanté sur l'apophyse basilaire. Rugination du pédicule selon le procédé de M. Guérin; mais on ne put mettre ce procédé à exécution. Rien d'autre n'a été tenté depuis.

La deuxième observation de M. Dumesnil a rappelé à M. *Demarquay* un fait analogue. Il y a trois ans, une dame de la campagne entra à la Maison de santé pour se faire opérer d'un polype naso-pharyngien. La tumeur fut enlevée au moyen de l'écraseur. Il y a quelques mois, elle revenait avec une récidive. Le pharynx, la narine droite, le sinus maxillaire droit, étaient remplis par la masse morbide; le voile du palais était refoulé en avant. La malade, âgée de trente-huit ans, était d'une très-mauvaise santé. L'implantation du pédicule avait lieu probablement sur la troisième ou quatrième vertèbre cervicale. M. Demarquay eut un instant la pensée de faire la trachéotomie avant de tenter l'extirpation de la tumeur; il ne mit pas cette idée à exécution. La malade est chloroformisée. Dissection de la face; ablation du maxillaire supérieur. Au moment où tout allait être terminé sauf la cautérisation du point d'insertion du pédicule, la malade pâlit et meurt. L'électricité, la respiration artificielle furent employées sans succès. A l'autopsie, rien dans la trachée-artère, mais dans les bronches du poumon gauche on voit des caillots sanguins qui oblitèrent complétement les tuyaux bronchiques. La malade est morte par asphyxie. Si M. Dumesnil avait cherché dans les petites bronches, peut-être eût-il rencontré aussi des caillots. La malade, qui avait passé l'âge des fibromes, devait avoir une tumeur de l'âge mûr; c'était, en effet, une tumeur fibro-plastique.

M. *Dolbeau* est surpris de rencontrer dans les observations de M. Dumesnil une petite fille ayant un polype naso-pharyngien. Nous savons, en effet, que c'est une maladie de garçons. Comme M. Dumesnil n'a pas enlevé ce polype, jusqu'à preuve du contraire, on peut douter encore.

M. *Verneuil* demande aux chirurgiens qui ont fait des résections temporaires s'ils se sont donné la peine de suivre leurs malades pendant aux moins deux ans avant d'affirmer la guérison. Les observations de M. Dumesnil ne sont donc pas complètes. M. Ollier a aussi constaté des récidives chez des opérés. Il faut conserver une vue directe et prolongée sur le siége du mal.

M. Verneuil a aussi perdu un malade pendant une opération de polype naso-pharyngien, par introduction du sang dans les bronches. Chez un autre malade qui asphyxiait avec son polype, il incisa avec le galvano-cautère le voile du palais, puis il passa une chaîne d'écraseur derrière le polype sans chercher le pédicule; il coupa ainsi un morceau gros comme une pomme d'api; la santé du malade s'améliora beaucoup à la suite de cette opération, et il quitta l'hôpital sans vouloir laisser terminer l'ablation de son polype. M. Verneuil a vu deux exemples de femmes atteintes de polypes naso-pharyngiens. L'une, âgée de soixante-cinq ans, avait été opérée vingt ans auparavant par A. Richard. M. Verneuil, au moyen de l'écraseur, enleva un gros morceau de la tumeur; il fit une nouvelle section cette année, obtenant chaque fois une grande amélioration. La tumeur a toujours la structure du fibrome type.

En 1866, M. *Labbé* opéra d'un polype naso-pharyngien un individu très-affaibli. Il fit très-rapidement l'excision avec des ciseaux, après avoir fendu le voile du palais. Le malade guérit. Au bout de dix-huit mois récidive, seconde opération. Il y a un mois, M. Labbé a appris qu'une nouvelle saillie existait à l'apophyse basilaire, mais elle est peu considérable et tend à s'atrophier.

L'an dernier, au mois d'août, on amena à M. Labbé une jeune fille de dix-sept ans, qui avait dans l'arrière-gorge une tumeur volumineuse donnant lieu à des symptômes d'asphyxie. Incision du voile du palais avec galvano-cautère, et section avec l'anse galvanique. Pour détruire la base d'implantation, seconde séance dix jours après. La malade est guérie, mais on ne peut pas encore nier la possibilité de la récidive.

Dans trois circonstances, M. *Trélat* a vu que les limites entre les fibromes, les fibro-sarcomes et les sarcomes, n'étaient pas toujours claires et faciles à tracer. Dans un cas la tumeur est aux neuf dixièmes fibreuse, et dans le reste de son étendue sarcomateuse. Même observation chez un malade qui avait

un polype fibreux de la base du crâne. Entre ces tumeurs et les sarcomes la transition est parfois insensible.

Le malade présenté à la Société il y a quelques mois est complétement guéri de son opération et solidement; mais pour la valeur thérapeutique de l'opération (résection temporaire) appliquée au traitement des polypes naso-pharyngiens, c'est autre chose. Il y a eu récidive. M. Trélat a fendu le voile du palais sur la ligne médiane avec des ciseaux; si l'on ne s'écarte pas de cette ligne, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie. Il fait des applications de rondelles de pâte de Canquoin; le résultat obtenu est considérable, mais la tumeur existe toujours. M. Trélat applique maintenant le galvanocautère et réprime ainsi la tumeur; mais si on laisse reposer le malade pendant un mois le mal reparaît, mais il n'y a plus d'hémorrhagie. Au point de vue opératoire pur, la résection temporaire est une bonne chose; mais appliquée aux polypes naso-pharyngiens elle est nuisible, car elle ne permet pas la surveillance qui est nécessaire pendant longtemps.

M. *Dolbeau* n'a jamais dit que chez les femmes de quarante à cinquante ans il n'y avait pas de tumeurs fibreuses implantées sur les vertèbres cervicales; mais pour lui il n'est pas démontré qu'il existe des tumeurs fibreuses sur l'apophyse basilaire chez les jeunes filles.

— M. *Le Fort* a scié la clavicule présentée dans la précédente séance. La nécrose existait sur les trois quarts internes de l'os, et l'ostéite sur le quart externe.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

SUR LES ALTÉRATIONS DES HUMEURS DANS L'INTOXICATION SATURNINE : M. BOUCHARD. — THÉORIE DE L'ACTION DES MUSCLES INTERCOSTAUX : M. ESBACH. — DES HÉMORRHAGIES ET DE L'ŒDÈME SURVENANT DU CÔTÉ OPPOSÉ A LA LÉSION DANS LES CAS D'APOPLEXIE : M. OLLIVIER. — DE L'ŒDÈME ET DES HÉMORRHAGIES CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES : M. BARETY.

M. *Bouchard* communique le résultat de ses nombreuses observations sur les altérations des humeurs, et en particulier de l'urine et du sang, chez les saturnins. Il faut distinguer trois périodes dans cette étude. La première correspond aux cas où l'intoxication est de date récente, il y a des coliques, des vomissements, c'est-à-dire que le plomb vient d'agir ou agit encore sur l'organisme. Dans un cas il y a diminution très-notable de la sécrétion urinaire, celle-ci n'est que le 1/4 ou le 1/5 de la quantité normale. La densité augmente, mais n'est pas proportionnelle à la diminution de la quantité de l'urine, comme c'est le cas chez les oliguriques; il y a donc diminution des matières extractives à cette période; l'urée est en quantité six à sept fois moins grande, l'acide phosphorique, l'acide urique, le chlore, diminuent, mais les matières colorantes sont dix à vingt fois plus abondantes qu'à l'état normal.

Dans la seconde période de l'intoxication, les vomissements et les coliques ont disparu, le plomb est introduit dans les organes et agit sur leurs fonctions. La quantité d'urine reste encore un peu inférieure à la normale, les principes extractifs sont en quantité minime, l'urée ne présente que la moitié de sa quantité normale; il en est à peu près de même des acides phosphorique et urique; la quantité des matières colorantes est encore très-grande.

Dans la troisième période, il y a anémie, l'intoxication est confirmée. Alors il existe un état permanent d'altération de l'urine caractérisé par une moindre quantité, une moindre densité; il y a diminution notable d'urée, d'acide phosphorique et d'acide urique. Cette diminution est-elle en rapport avec des troubles de désassimilation ou avec un certain degré d'imperméabilité? C'est un point encore douteux; cependant, comme dans un cas on retrouve dans le sang une quantité d'urée, d'acides urique et phosphorique, double de la normale, il y a plutôt lieu de rapporter la diminution de l'urée à l'imperméabilité. Enfin, lorsqu'à l'anémie s'ajoute l'albuminurie, les quantités d'urine sécrétées sont très-variables, quelquefois elles se rapprochent de la normale, mais la densité est très-faible, les matières extractives diminuent considérablement, et cependant qu'il y ait albuminurie ou que cette complication n'existe pas, on n'observe pas d'exagération de la quantité d'acide urique dans le sang; l'acide urique n'a pas non plus été retrouvé dans la sérosité d'un vésicatoire. Il semble donc difficile d'expliquer la relation que Garrod a établie entre le saturnisme et la goutte.

— M. *Esbach* apporte, après tant d'autres auteurs, son contingent à la théorie de l'action des muscles intercostaux; ses conclusions ne se prêtent pas à l'analyse, elles sont basées sur des considérations mécaniques et sur des expériences pratiquées sur le cadavre. Nous ne saurions les discuter sur le seul exposé des conclusions.

— M. *Ollivier* expose le résultat de ses observations sur les hémorrhagies qu'on observe chez des malades atteints d'hémiplégie et du même côté que l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion cérébrale. Ces hémorrhagies siégent dans les articulations, sous la peau et même dans le rein; on en observe dans les poumons et sous la plèvre. M. Ollivier a été frappé de ce fait que, dans tous les cas observés par lui, il y avait ou une hémorrhagie méningée ou une hémorrhagie à la surface des ventricules. En outre des hémorrhagies, on peut observer des rougeurs de la peau, des dilatations vasculaires. Ces faits semblent indiquer que les nerfs vaso-moteurs sont reliés au cerveau et que leur origine n'existerait pas seulement dans le bulbe.

M. Ollivier a en outre observé un cas d'œdème unilatéral des deux membres, chez une femme atteinte d'hémiplégie; l'œdème siégeait du côté paralysé.

M. *Muron* rapproche de ces faits trois cas d'hémiplégie, dans lesquels il a observé de la congestion dans le rein du côté paralysé.

— M. *Barety* donne le résumé des observations de Bennet, Cruveilhier, Laycok; il y ajoute sept observations personnelles, de sorte que les matériaux sont préparés désormais pour une étude plus approfondie de la relation qui peut exister entre les hémorrhagies cérébrales et méningées et les hémorrhagies viscérales ou cutanées consécutives. La discussion qui a suivi ces communications prouve que si l'on ajoute aux faits cliniques les résultats expérimentaux, la question prend de l'étendue, mais qu'elle a besoin de nouvelles études avant d'être examinée avec fruit dans son ensemble.

A. H.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MIALHE.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES DIVERSES COMBINAISONS DU CHLORAL : M. HARDY. — DE LA PARALYSIE FACIALE D'ORIGINE RHUMATISMALE; EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ : M. CONSTANTIN PAUL.

Dans une des dernières séances de la Société, M. Dujardin-Beaumetz avait parlé des bons effets qu'il avait retirés des applications topiques d'hydrate de chloral sur les plaies, et sur les ulcérations qui accompagnent la métrite; M. Féréol et M. Constantin Paul avaient fait la relation de succès analogues empruntés à leur pratique particulière.

M. *Hardy*, généralisant ces succès, appelle l'attention des médecins non-seulement sur le chloral, mais sur les nombreuses combinaisons de ce corps, soit avec les différents alcools (Personne, Jacobson et lui-même en ont étudié quelques-unes), soit avec la glycérine. Il y a là toute une série de combinaisons dont l'action thérapeutique ne serait peut-être pas moins précieuse que celle de l'hydrate de chloral.

M. *Constantin Paul* lit la première partie d'un travail sur

l'emploi de l'électricité dans la paralysie faciale d'origine rhumatismale.

Tout en nous réservant d'y revenir plus tard, quand l'auteur aura lu la seconde partie de son travail, nous mentionnerons quelques-uns des principaux points qui nous ont frappé à l'audition de cette première partie.

Contrairement à l'opinion généralement accréditée, l'auteur a recueilli plusieurs observations où la paralysie de la face n'est survenue que cinq, six et même sept jours après l'action directe du froid.

Il n'a jamais observé, pour la paralysie rhumatismale du radial, un aussi long intervalle entre l'action de la cause et la production de l'effet.

Les troubles du goût, déjà notés par bien des observateurs, lui ont semblé constants. — M. Constantin Paul s'est montré très-réservé au sujet de l'explication de ces phénomènes qui sembleraient indiquer une lésion de la partie profonde du nerf. Tout au plus pouvons-nous dire qu'il ne nous a pas paru éloigné d'admettre provisoirement l'hypothèse de Benedick. — On sait que cet auteur explique les phénomènes relatifs à la corde du tympan en supposant que le gonflement qui envahirait d'abord la partie superficielle du nerf facial se propagerait ensuite à sa partie pétreuse.

— A l'encontre de cette explication viennent prendre place plusieurs faits dans lesquels les troubles du goût ont précédé la paralysie musculaire.

Toutes les fois que M. Constantin Paul a employé des courants continus, il n'a jamais provoqué de contraction dans les muscles paralysés. — Sans doute on obtient des contractions avec des appareils à courants continus, mais c'est à la condition qu'en se servant de ces appareils on provoquera des intermittences dans le passage du courant, qui cesse dès lors d'être un courant continu.

Il a montré, dans un grand nombre de cas, ce fait déjà du reste signalé par quelques auteurs, et qui consiste dans l'absence de contractions du côté paralysé sous l'influence de la faradisation, alors que la galvanisation conserve le pouvoir de faire contracter ce même côté.

Cette particularité du défaut d'action des courants faradiques avec conservation de l'action des courants galvaniques n'a pas été constatée par lui dans la paralysie rhumatismale du radial. — La perte de l'action de la faradisation dans la paralysie faciale *à frigore* rappelle, sans qu'on puisse en donner ici l'explication, car le cas n'est plus le même, la perte analogue qu'on rencontre, ainsi que le rappelle M. *Fernet*, dans la névrite ou dans les altérations des centres nerveux avec troubles trophiques de différents tissus, et notamment des muscles, altérations étudiées par M. Charcot et par M. Proust.

A. B.

Sociétés savantes de l'étranger.

San Francisco medical Society (in *Pacific Medical and Surgical Journal*, juin 1873, n° 1).

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE.

M. le docteur Ferris raconte le fait suivant aux membres de la Société :

Un Irlandais, âgé de vingt-six ans, Cornelius Sullivan, se présenta chez moi, le 17 avril, à six heures du soir. Il était livide ; les lèvres, les oreilles, les ongles cyanosés. Il me dit qu'il avait pris par mégarde, douze heures environ auparavant, une très-grande cuillerée de chlorate de potasse au lieu de sulfate de magnésie. Je lui ordonnai de prendre de l'eau-de-vie ; il en avala environ quatre onces et me dit qu'il allait mieux. Je l'engageai à continuer.

Le lendemain matin, vers sept heures, je le trouvai sans pouls, les mains froides, la peau toujours livide et cyanosée. Il se plaignait de ne pouvoir uriner. J'introduisis une sonde ; il ne sortit rien de la vessie : la sonde était obstruée par un caillot noir. Je fis reprendre l'usage de l'eau-de-vie, interrompu la veille à onze heures du soir.

Une heure après, je revins avec le docteur Chase. Nous introduisîmes une sonde de fort calibre et largement ouverte, et nous retirâmes de la vessie une grande quantité d'un liquide noir, visqueux, semblable à du marc de café. On appliqua des sinapismes aux extrémités, l'eau-de-vie fut continuée ; en outre, après avoir vomi, le malade prit 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Deux heures après, les mains et les pieds s'étaient réchauffés ; une sueur profuse couvrait le corps du malade ; les pulsations aux radiales étaient sensibles et la respiration naturelle. (Eau-de-vie et liqueur ammoniacale.)

A trois heures de l'après-midi même état ; cependant grande tendance au sommeil. Intelligence intacte.

A six heures et demie du soir on vint m'annoncer qu'il était mort.

Le coroner, docteur Stillman, a fait l'autopsie de Cornelius. Voici le contenu de la note qu'il m'a remise :

« *Autopsie*, seize heures après la mort. — Corps bien développé et musclé. Taille, 5 pieds 7 pouces. Rigidité cadavérique très-prononcée. Pupilles dilatées. La surface entière du corps présente une couleur sombre noirâtre. Poumons sains ; pas de stase sanguine ; pas de lésions anciennes. Cœur normal. Les parois du cœur sont de moyenne épaisseur. Valvules saines. Ventricules contractés et vides, sauf un petit caillot fixé aux colonnes charnues. Oreillettes très-fortement distendues par un coagulum noirâtre, homogène et d'une ténacité assez grande. Les grands vaisseaux communiquant avec les oreillettes étaient également obstrués par des caillots ayant la même apparence. Les organes digestifs et le foie étaient sains, l'estomac distendu par des gaz. On n'a examiné ni les reins, ni le cerveau. »

Cornelius Sullivan affirme qu'il s'est empoisonné avec du chlorate de potasse ; mais peut-on vraiment admettre que l'agent toxique qui l'a tué soit le chlorate de potasse? L'autopsie, fort incomplète d'ailleurs au point de vue d'un empoisonnement (et même à tous les points de vue, puisque l'on n'a pas examiné les reins et la vessie, si fortement affectés pendant la vie), l'autopsie, dis-je, ne donne aucune indication positive. Et quand au fait morbide en lui-même, il lui manque le caractère essentiel de l'action de fortes doses de chlorate de potasse sur les glandes salivaires, la salivation abondante. Il nous paraît donc que le cas du docteur Ferris ne présente pas, au point de vue scientifique, tous les caractères réels et authentiques d'un empoisonnement par le chlorate de potasse. Et enfin, ne pourrait-on point rapprocher les divers symptômes éprouvés par le malade de l'abondante hémorrhagie vésicale dont il a été affecté?

REVUE DES JOURNAUX.

Rupture de l'œsophage, par le docteur James Bailey.

La rupture de l'œsophage est une lésion très-rare, dont cependant il existe plus d'une douzaine d'observations (voyez *Gazette hebdomadaire*, 1871, page 288). Le fait suivant peut être résumé brièvement : un nègre de vingt-deux ans, robuste, est atteint d'un violent accès de vomissements ; il éprouve une douleur intense à la région épigastrique. Il vomit d'abord les matières contenues dans l'estomac, puis des mucosités. Pendant les douze heures qui précédèrent la mort, les efforts de vomissement persistèrent, cependant rien n'était rejeté, et bien qu'on eût prescrit de larges doses de castoréum, les intestins ne semblaient pas influencés. Le docteur Bailey était fort anxieux et très-étonné de ces caractères symptomatologiques qu'il put expliquer seulement après l'autopsie. Le malade était mort vingt-quatre heures après le premier accès de vomissements.

A l'autopsie, la plupart des organes étaient sains, mais dans la cavité thoracique on retrouve l'huile de castoréum et les divers liquides avalés ; l'œsophage était le siége d'une rupture longitudinale mesurant trois quarts de pouce, placée à un pouce au-dessus de l'estomac. Les liquides s'étaient infiltrés dans le médiastin.

La rupture paraît spontanée, car on n'a pu constater d'ulcération antérieure. Le malade avant l'accès de vomissement était en parfaite santé. (*New-York medical Journal*, mai 1873.)

Contusion de la hanche. Autopsie. Rupture du ligament rond, par le docteur H. RICHMOND.

Le diagnostic de la contusion de l'articulation coxo-fémorale ou de l'entorse coxo-fémorale présente les plus grandes difficultés au début, et les praticiens les plus habiles hésitent souvent pour en porter le diagnostic différentiel avec la fracture du col du fémur. Certaines entorses coxo-fémorales s'accompagnent de douleurs qui persistent pendant des mois, et sont suivies d'une boiterie qui dure aussi longtemps. Le chirurgien peut donc, même après quelques mois, craindre une erreur primitive, alors qu'il a constaté l'absence réelle d'une fracture.

Le fait suivant montre la gravité de ces accidents, en l'expliquant par l'anatomie pathologique.

Il s'agit d'une femme de soixante-dix-neuf ans qui est morte de cancer, soixante-dix jours après avoir été atteinte d'entorse coxo-fémorale caractérisée par des douleurs très-vives exagérées par le moindre mouvement. La seule lésion appréciable était l'arrachement du ligament rond à son insertion cotyloïdienne; celui-ci était ramolli, décoloré, au niveau de la rupture, mais normal au niveau de son insertion sur la tête du fémur. Les cartilages et les autres ligaments étaient sains. Cette lésion, produite sous l'influence d'une chute, explique les douleurs et la difficulté des mouvements; elle ne pourrait pas être invoquée dans les contusions ordinaires, mais on pourrait la soupçonner dans certains cas. (*The New-York medical Journal*, mai 1873.)

Observation de méningite syphilitique, par M. A. PONCET, interne des hôpitaux de Lyon.

Cette observation comporte quelques réserves. Elle se rapporte à une femme syphilitique atteinte depuis cinq jours d'accidents cérébraux : douleurs céphaliques constantes, contraction des muscles de la nuque, pupilles dilatées, face alternativement rouge et décolorée, parole lente, gémissements, contracture des membres, vomissements.

Le pouls était à 88-92; la température normale.

Au huitième jour de la maladie, un traitement mixte fut institué par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes. Ce dernier médicament fut seul continué au bout de deux jours; une amélioration rapide fut obtenue.

La suppression du traitement ramena les douleurs que l'iodure de potassium calma de nouveau. La malade quittait l'hôpital au bout de dix-huit jours, complétement guérie.

Malgré son intérêt, cette observation laisse quelques doutes sur la nature de la lésion. Nous n'y voyons pas ces oscillations de température qui caractérisent le début de la méningite. Néanmoins, qu'il s'agisse d'une affection cérébrale ou méningée, la rapidité d'action de l'iodure de potassium est remarquable. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*)

Travaux à consulter.

ACTION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE SUR LES LYMPHATIQUES DU CERVEAU, par le docteur GAETHGENS. — Cet expérimentateur a constaté chez le cheval, que si l'on injecte à forte pression du sang dans la carotide, les lymphatiques du même côté donnent issue à une quantité de lymphe bien supérieure à la quantité normale calculée avant l'expérience. D'où cette conclusion, que l'augmentation de la pression artérielle dans le cerveau agit mécaniquement sur les gaînes lymphatiques périvasculaires, en détermine brusquement la déplétion, la tension prolongée des artères, favorise la compression et l'œdème du cerveau. (*Allgemeine med. central. Zeitung*, février 1873.)

RUPTURE DU CANAL THORACIQUE DANS UN CAS D'APOPLEXIE PULMONAIRE, par le docteur MUNSON. — Dans ce cas la malade avait succombé à la suite d'une apoplexie pulmonaire avec caillot du ventricule droit prolongé dans l'artère pulmonaire. Dans la cavité abdominale, on trouva plusieurs onces d'un liquide lactescent. Il n'y avait pas de perforation de l'intestin ni de l'estomac, mais le canal thoracique présentait une large déchirure au niveau du pancréas. La veine sous-clavière gauche et les branches de la veine cave descendante étaient, suivant l'auteur, engorgées au moment de l'agonie, et les violents efforts de l'agonie ont produit la rupture du canal thoracique. (*The medical Record*, 1er mai 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Les climats de montagnes considérés au point de vue médical, par le docteur LOMBARD. 3e édition, 1873.

C'est en 1858 que parut la première édition de ce petit ouvrage. Les idées de l'auteur n'ont pas toutes été admises sans conteste, et l'on trouvera dans l'excellent article du docteur Leroy de Méricourt (*Dict. encycl. des sc. méd.*, article ALTITUDES) une critique assez vive des opinions de M. Lombard. Dans sa seconde édition, l'auteur a répondu à ces critiques. Son ouvrage nous offre une étude consciencieuse de tout ce qui se rattache au climat des montagnes considéré au point de vue des effets physiologiques et thérapeutiques. En résumé, eu égard à l'altitude, à l'exposition, à la configuration du sol, on peut ranger ces climats sous trois chefs : 1° les *climats doux* répondent à une altitude modérée, généralement inférieure à 1000 mètres. L'exposition est au midi ou à l'est. Ils conviennent aux phthisiques commençants, aux asthmatiques, aux scrofuleux, aux chlorotiques. 2° Les *climats toniques* comprennent les stations situées entre 1000 et 1500 mètres. Il faut y tenir grand compte de l'exposition. Ils conviennent aux convalescents peu impressionnables au froid, aux hystériques, aux dyspeptiques, aux gens surmenés par la vie intellectuelle. Il faut en éloigner les phthisiques, les malades atteints de maladies du cœur, disposés aux congestions. 3° les *climats toniques et très-excitants* répondent à des altitudes considérables (2000 mètres et plus) et en outre à des stations moins élevées où les malades jouissent des bénéfices d'eaux thermales. Ces stations sont particulièrement recommandées pour le traitement de certaines phthisies ou même d'hémoptysies, en raison des qualités particulières d'un air moins chargé d'oxygène, dans lequel les phthisiques seraient soumis à une sorte de diète respiratoire.

L'ouvrage est intéressant, plein de recherches et porte le cachet d'une longue expérience personnelle.

Index bibliographique.

DE L'INÉGALITÉ DES PUPILLES DANS LES AFFECTIONS UNILATÉRALES DES DIVERSES RÉGIONS DU CORPS. — Thèse de doctorat de M. J. B. ROQUE, 1873.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'inégalité des pupilles se rencontre dans un grand nombre d'affections unilatérales aiguës ou chroniques. 2° La pupille la plus large correspond au côté de l'affection. 3° S'il y a une affection de chaque côté et si d'un côté l'affection est aiguë tandis qu'elle est chronique de l'autre côté, la pupille la plus large sera du côté de l'affection aiguë.

Pour bien constater cette inégalité des pupilles, il faut provoquer leur dilatation, soit par l'application d'une pommade belladonée, soit, ce qui est préférable, en électrisant le malade sur le côté atteint ou sur l'autre, ou simplement sur la région vertébrale.

Quand les pupilles sont ainsi dilatées on voit que la dilatation est beaucoup plus marquée du côté malade.

Le travail intéressant de M. Roque contient 46 observations relatives à des maladies fort diverses : engorgements ganglionnaires, affections aiguës ou chroniques des membres, pneumonies, pleurésies, etc.

Les expériences physiologiques ont démontré que l'excitation d'un nerf sensitif chez les mammifères provoque aussitôt, par l'intermédiaire de la moelle, une dilatation des deux pupilles. Il est probable qu'une lésion unilatérale détermine une modification particulière de la moitié médullaire correspondante, et plus spécialement de la moitié du centre cilio-

spinal. Étant admise cette modification, toute excitation de la région lésée ou même d'un point quelconque du corps déterminera une contraction plus énergique des fibres rayonnées de l'iris du côté correspondant. Telle est, sous toutes réserves, l'explication proposée par l'auteur.

DES DÉGÉNÉRESCENCES HÉRÉDITAIRES PRODUITES PAR L'INTOXICATION SATURNINE LENTE, par M. J. B. ROQUE.

C'est le second sujet que M. Roque a abordé dans sa thèse. Après avoir rappelé le travail de M. le docteur C. Paul (*Archiv.*, 1860) relatif à l'influence qu'exerce l'intoxication saturnine sur le produit de la conception, il poursuit l'étude de cette influence sur la santé des enfants et démontre que ceux-ci sont particulièrement exposés aux convulsions, à l'idiotie, à l'imbécillité, à l'épilepsie. Ces résultats sont conformes à ceux qu'établit une enquête du docteur Arlidge sur « l'état sanitaire des potiers du Straffordshire. (Voy. l'analyse de ce travail dans les *Annales d'hygiène*, 1865).

HYGIÈNE ÉLÉMENTAIRE, par le docteur Léon SOUBEIRAN, docteur ès sciences naturelles, professeur agrégé à l'École de pharmacie. Chez Hachette, in-8, 152 pages.

Le GAZETTE a rendu compte il y a quelque temps du *Traité élémentaire d'hygiène* du docteur A. Riant. — Le livre du docteur Soubeiran est conçu dans le même esprit et a pour but de vulgariser les notions d'hygiène que tout homme intelligent doit posséder. Ces ouvrages simples, précis, sont à la portée de tous et spécialement destinés à l'éducation et aux cours publics suivis le soir par un certain nombre d'ouvriers désireux de s'instruire.

Le programme indiqué par l'Académie de médecine elle-même y est généralement suivi.

Ce sont là de bons livres, utiles au plus haut degré et dont on ne saurait trop encourager la publication.

VARIÉTÉS.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — RENSEIGNEMENTS.

On nous demande quelques éclaircissements au sujet de l'admission au concours pour l'emploi d'élève du service de santé des jeunes gens en possession de seize inscriptions, admission introduite par la décision ministérielle du 22 juin 1873.

Après en avoir référé à qui de droit, voici ce que nous pouvons répondre :

Dans le programme du 12 avril 1873, on n'admettait que des élèves possédant au plus douze inscriptions, la limite d'âge étant fixée pour eux à vingt-quatre ans. S'il s'était présenté des candidats à seize inscriptions, ils auraient naturellement été admis, mais classés avec les élèves à douze inscriptions au point de vue de la limite d'âge. Néanmoins les seize inscriptions prises et les examens de fin d'année ou de fin d'études subis restent toujours acquis à l'élève, ceci est indubitable.

En vertu de la décision du 22 juin 1873, la limite d'âge est reculée jusqu'à vingt-cinq ans pour les étudiants possédant seize inscriptions. En cas d'admission, ils seront rangés parmi les élèves n'ayant plus qu'une année à faire pour obtenir le grade d'aide-major, à la condition cependant de rester dans les prescriptions posées par la décision présidentielle du 5 octobre 1872, c'est-à-dire de passer les cinq examens de doctorat et la thèse avant le 1er mai de l'année suivante, car à cette date commence le stage proprement dit.

En cas de non-accomplissement de cette obligation, ils seraient vraisemblablement reculés d'un an, et, tout en conservant le bénéfice des examens déjà subis, devraient passer au Val-de-Grâce deux années au lieu d'une.

La décision du 22 juin 1873 constitue donc une nouvelle facilité offerte aux étudiants en médecine pour entrer dans le service de santé de l'armée, cette mesure est tout à leur avantage et ne peut prêter à aucune ambiguïté.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Une réunion générale a eu lieu vendredi dernier, 11 juillet, pour délibérer sur d'assez nombreuses modifications et additions que la commission générale propose d'introduire dans les statuts et dans le règlement d'administration intérieure. Nous publions les *articles nouveaux*, concernant l'institution des *pensions viagères* et des *pensions de retraite*. Nous reviendrons sur ce sujet; nous nous bornerons à dire aujourd'hui que la création d'un fonds de pension de retraite a été rejetée.

TITRE XII. — *Des pensions viagères.*

ART. 24. — Des pensions viagères pourront être accordées : 1° Aux sociétaires sexagénaires ayant acquitté au moins quinze cotisations consécutives ou inscrits depuis deux ans au moins sur la liste des bienfaiteurs; 2° aux sociétaires atteints de maladies ou d'infirmités incurables qui les mettent dans l'impossibilité absolue de se livrer à l'exercice de la médecine, ayant acquitté douze cotisations consécutives ou inscrits depuis deux ans sur la liste des bienfaiteurs.

ART. 25 — En aucun cas, l'aptitude à l'obtention d'une pension viagère ne constitue un droit. La commission générale statue sans appel sur les demandes. La pension sera supprimée de plein droit le jour où, pour un motif quelconque, le titulaire cessera de faire partie de l'Association; elle sera supprimée par décision de la commission générale dès qu'il sera établi, par des preuves incontestables, que le titulaire n'a pas besoin de l'assistance de l'Association.

ART. 26. — Les demandes de pensions devront être faites et communiquées, comme les demandes de secours, dans les formes prescrites par l'article 5, avant le 25 septembre de chaque année. A la séance d'octobre, la commission générale désigne deux de ses membres qui, de concert avec le trésorier, font une enquête et un rapport sur la situation et les titres de chaque pétitionnaire. Les rapports sont soumis à la commission générale dans la séance de novembre. La commission générale statue à la séance de décembre sur toutes les demandes de l'année. Les pensions viagères courent du 1er janvier suivant.

ART. 27. — Les pensions viagères sont payées en deux termes égaux le 15 janvier et le 15 juillet de chaque année chez le trésorier de l'Association. Les termes de pensions rendus libres par le décès des titulaires ou par la cessation prévue à l'article 25, feront retour aux fonds de dépenses annuelles et de secours. Toute la portion du dixième du revenu du fonds de réserve restée libre après la fixation des pensions viagères appartient au fonds de dépenses annuelles et de secours. La portion restée libre du revenu du capital affecté au service des pensions viagères se cumule avec le capital. Aucune somme ne peut être prélevée sur le dixième du fonds de réserve, pour le service des pensions viagères, avant que le revenu des dons et legs spécialement affectés au fonds des pensions viagères soit intégralement employé.

TITRE XIII. — *Des pensions de retraite.*

ART. 28. — Conformément au décret du 26 avril 1856, des pensions de retraite seront servies aux sociétaires désignés par l'assemblée générale sur la proposition de la commission générale.

ART. 29. — Les demandes de pensions et les pièces à l'appui seront communiquées à la commission générale dans les mêmes formes et aux mêmes époques que les demandes de pensions viagères. Chaque année, dans sa réunion de décembre, la commission générale classe les demandes et arrête les propositions à présenter à l'assemblée générale dans les limites des ressources disponibles.

ART. 30. — Pour être présenté à l'assemblée générale comme candidat à la pension, le sociétaire doit avoir au moins soixante-dix ans d'âge et avoir payé au moins quinze cotisations consécutives ou être inscrit depuis cinq ans sur la liste des bienfaiteurs.

CONCOURS POUR CINQ EMPLOIS DE PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira à l'École du Val-de-Grâce, le 15 décembre prochain, pour cinq emplois de professeur agrégé. Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Clinique chirurgicale; clinique médicale; hygiène et médecine légale militaire; maladies et épidémies des armées; chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

En exécution de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à prendre part au concours pour la spécialité chirurgicale ou médicale, les médecins aides-majors de première classe et les médecins-majors des deux classes, et au concours en pharmacie, les pharmaciens des mêmes grades.

Les officiers de santé en possession de l'un de ces trois grades, et qui désireront participer au concours, seront tenus d'adresser au ministre de

la guerre une demande qui devra, *sous peine de rejet*, être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présente le candidat, devra être transmise au ministre par la *voie hiérarchique* avant le 15 novembre prochain, terme de rigueur.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Vaslin (Louis), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de chirurgie. — M. Guichard (Ambroise), docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire d'accouchements. — M. Briand (Ernest), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Chrétien (Henri-Marie-François), docteur en médecine, est nommé aide de physiologie expérimentale à la Faculté de médecine de Nancy.

PROTECTION DE L'ENFANCE. — Le rapport de M. de Melun sur la proposition de notre confrère Th. Roussel, relative à la protection de l'enfance et surtout des nourrissons, conclut à la prise en considération.

LES EAUX MINÉRALES ET L'ARMÉE. — Le rapport sur les propositions de M. Hervé de Saisy et de quelques autres collègues sur l'envoi et le traitement gratuit des militaires et de leurs assimilés aux eaux minérales vient de paraître. Voici les deux premiers articles du projet de loi :

Art. 1er. — Chaque année, à dater de la promulgation de la présente loi, les anciens militaires et marins, ainsi que leurs assimilés de la garde mobile, de la garde nationale et des auxiliaires, dont les blessures ou les infirmités contractées au service nécessiteraient l'emploi des eaux seront, après en avoir obtenu l'autorisation du ministre de la guerre sur l'avis de la commission spéciale instituée dans chaque département par l'instruction ministérielle du 3 mai 1844, transportés et hospitalisés aux frais de l'État dans les localités déterminées par le ministre de la guerre. Ils seront porteurs d'une feuille de route indiquant qu'ils sont envoyés aux eaux aux frais de l'État.

Art. 2. — Les officiers des armées de terre et de mer et leurs assimilés en possession d'une pension de retraite, admis à bénéficier des eaux, continueront à subir la retenue établie par les dispositions ministérielles.

CHOLÉRA. — On écrit de Venise le 9 juillet : Quelques cas de choléra se sont produits ; un bulletin sanitaire officiel est publié, tous les jours, à partir d'hier.

— On écrit de Vienne le 10 juillet : L'état sanitaire à Vienne est excellent. Les quelques cas de choléra sporadique signalés ont été importés par des personnes étrangères. Ces cas sont très-peu nombreux. Le choléra n'existe pas à Vienne à l'état épidémique.

En outre, le correspondant d'un grand journal donne, au sujet des bruits qui ont couru sur la présence du choléra à Vienne, les renseignements suivants : « Durant les grandes chaleurs de l'été, il y a dans toutes les grandes villes à population très-nombreuse des cas de cholérine ; il y en a à Londres, à Paris comme à Vienne, mais on ne s'en émeut pas trop, car cette maladie, quoiqu'elle ressemble beaucoup par ses effets au choléra, n'a pas de caractère épidémique. Dans un hôtel récemment construit et qui ne réunissait probablement pas toutes les conditions hygiéniques voulues, une jeune dame américaine, qui présentait tous les symptômes du choléra, vint à mourir après une maladie de quinze heures seulement. Cependant les médecins déclarèrent expressément que cette dame et trois autres personnes ayant habité ce même hôtel n'avaient point été malades du choléra proprement dit, mais d'une cholérine aiguë. Le frère de cette dame, affligé de la perte cruelle de sa sœur, envoya le fameux télégramme au *Times* qui annonça *urbi et orbi* que le choléra était à Vienne. Or, cette maladie n'existe pas ou n'existe que dans l'imagination de quelques correspondants allemands malveillants. »

Nous devons dire que, selon d'autres renseignements qui sont venus à notre connaissance, la note précédente ne serait pas d'une entière exactitude.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — La Société met au concours la question suivante :

« Des moyens que peuvent employer les Sociétés protectrices de l'en-
» fance pour atteindre le but qu'elles se proposent. Serait-il possible
» d'organiser partout une surveillance médicale efficace pour les nour-
» rissons et les enfants assistés, et par quels moyens pratiques ce résultat
» pourrait-il être obtenu ? »

Les candidats devront étudier le mode de fonctionnement des Sociétés protectrices existantes ; indiquer les différences et les analogies que ces Sociétés présentent entre elles sous ce rapport ; faire ressortir ce que chaque mode peut avoir d'avantageux et de rechercher si d'autres moyens plus efficaces ne pourraient pas être mis en usage ; examiner, enfin, si la surveillance des nourrissons porterait une atteinte quelconque à la liberté individuelle ou au droit des familles.

Un prix de la valeur de CINQ CENTS FRANCS sera décerné dans la séance de janvier ou février 1874, au meilleur mémoire sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

SOMMAIRE. — **Paris.** Organisation de l'armée. — Académie de médecine : Service de santé militaire : Médecine et pharmacie. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : Nouvelles preuves de l'origine européenne du choléra épidémique. — Chirurgie pratique : De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles, péri-utérines et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — Sociétés savantes de l'étranger. — **Revue des journaux.** Rupture de l'œsophage. — Contusion de la hanche. — Observation de méningite syphilitique. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Les climats de montagne considérés au point de vue médical. — Index bibliographique. — **Variétés.** Service de santé militaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Essai sur l'hygiène internationale, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique, par le docteur Adrien Proust. 1 vol. in-8 avec une carte, tirée à trois couleurs, indiquant la marche des épidémies de choléra, par les routes de terre et la voie maritime. Paris, G. Masson. 10 fr.

Traité de pharmacie, par E. Soubeiran. Huitième édition, entièrement refondue, par le professeur J. Regnauld, t. I. Paris, G. Masson. Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8 avec figures dans le texte. 19 fr.

Revue des sciences médicales en France et à l'étranger. Recueil trimestriel, analytique, critique et bibliographique, publié sous la direction du docteur G. Hayem, fascicule 3 (1er du t. II). Paris, G. Masson. 7 fr. 50
Prix de l'abonnement annuel, Paris. 30 fr.
Départements. 33 fr.

Archives de physiologie normale et pathologique, par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian ; fascicule 4 du t. V, grand in-8, avec 8 planches. Paris, G. Masson. 3 fr. 59
Prix de l'abonnement annuel, Paris. 20 fr.
Départements. 22 fr.

Traité général de photographie. Sixième édition, par M. D. V. Monckhoven, 1 vol. grand in-8 avec 280 figures dans le texte et 3 planches photographiques. Paris, G. Masson. 16 fr.

Du traitement des plaies en général et en particulier d'un mode nouveau de pansement antiseptique par le coaltar et le charbon, suivi d'un aperçu sur la pourriture d'hôpital et son traitement, par le docteur Louis Beau (de Toulon). In-8 de 136 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Arsenal du diagnostic médical. Recherches sur les thermomètres, les balances, les instruments d'exploration des organes respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, du système nerveux, les *speculum uteri* et les laryngoscopes, par le docteur Maurice Jeannel. 1 vol in-8 de 232 pages, avec 86 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 4 fr.

Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance, par le docteur Ch. Fr. Weiss. 2e tirage augmenté. In-8 de 78 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. 1 fr. 50

Les ambulances de la presse, annexes du ministère de la guerre, pendant le siége et sous la Commune, 1870-1871. 1 vol. gr. in-8 de 373 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 6 fr.

Traité de chirurgie dentaire ou *traité complet de l'art du dentiste*, par John-Charles Tomes. Londres, traduit sur la 2e édition anglaise, par le docteur G. Darin. 1873, 1 vol. petit in-8° de 700 pages avec 263 gravures dans le texte. Paris, Savy. 10 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 24 juillet 1873.

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACOCENTÈSE. *Académie de médecine :* SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

De l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse.

C'est le titre d'une thèse fort intéressante soutenue au mois de mars dernier par le docteur Terrillon, prosecteur des hôpitaux. En 1863, M. le docteur Pinault (*Considérations cliniques sur la thoracocentèse*), avait déjà attiré l'attention sur cet accident. Des faits analogues ont été signalés depuis par MM. Despine, Woillez, Marotte, Béhier, Hérard, etc. Il y a quelques jours, M. le docteur Féréol reprenait ce sujet devant la Société des hôpitaux, en y ajoutant quelques considérations ingénieuses sur la perforation pleuro-bronchique sans pneumothorax. Nous croyons qu'il est utile de revenir sur cette question, et d'examiner les diverses opinions qui se sont produites à cette occasion.

C'est ordinairement à la suite de thoracocentèses faites dans des conditions tout à fait simples que se produit l'accident. Après un temps qui varie de un quart d'heure à plusieurs heures, le malade est pris d'une dyspnée croissante et expectore une quantité plus ou moins grande d'un liquide jaunâtre, filant et mousseux. Cette quantité est très-variable et peut aller jusqu'à 2 litres et plus.

On peut, avec M. Terrillon, admettre trois formes cliniques : une forme légère, caractérisée par un peu de dyspnée et une expectoration peu abondante; une forme intense dans laquelle la dyspnée est vive, l'expectoration considérable, la toux pénible; les symptômes ont une marche continue et durent plusieurs heures ou même plusieurs jours. Dans une troisième forme grave, il y a suffocation. Le liquide sort en abondance d'abord; puis les bronches et la trachée sont encombrées, la dyspnée est à son summum, une véritable asphyxie a lieu et le malade succombe rapidement (en moins d'un quart d'heure dans la première observation de M. Terrillon). Notre collègue n'a observé cette terminaison fatale que dans deux cas sur les vingt et une observations qu'il a réunies. Une nouvelle observation a été publiée dans le numéro du 21 juin de la GAZETTE MÉDICALE, par MM. Béhier et Liouville.

La marche est toute différente dans les deux premières formes. L'expectoration, dans la forme légère, est souvent fugace, et disparaît dans la journée. Elle peut, dans la forme intense, se prolonger pendant plusieurs semaines, se répétant après chaque ponction.

Les caractères du liquide expectoré sont intéressants à connaître. Il présente une coloration jaunâtre et se dispose, quand on le laisse reposer, en trois couches successives : une couche de mousse persistante fort abondante, une couche liquide jaunâtre, quelquefois transparente; ailleurs, troublée par son mélange avec les crachats. Une troisième couche forme au fond du vase un dépôt dans lequel le microscope décèle surtout des cellules épithéliales, des globules blancs et quelques globules sanguins. Traité par l'acide azotique, ce liquide donne un précipité abondant d'albumine. L'acide acétique donne également un précipité de mucine dû à la présence du mucus bronchique. Mais la réaction caractéristique est le précipité albumineux qui n'existe jamais dans le liquide de la bronchorrhée simple.

Dans les cas où l'expectoration albumineuse a été observée, il s'agissait presque toujours d'épanchements aigus abondants. Les opérations de thoracocentèse avaient été faites dans de bonnes conditions.

Une circonstance a cependant été notée et nous paraît avoir une importance capitale. Il s'agit de la rapidité avec laquelle la poitrine a été vidée. Dans la plupart des observations (Terrillon), on note que la plèvre a été débarrassée rapidement et que l'épanchement a été, autant que possible, complétement tari.

Quelle est la source de ce liquide albumineux? Plusieurs explications ont été proposéss.

La première qui s'est, en quelque sorte, offerte d'elle-même, est le passage du liquide pleural dans les bronches à travers une perforation faite par le trocart. Cette opinion a été soutenue par MM. Woillez et Marrotte. Le premier considère même l'expectoration albumineuse comme un signe positif de perforation. Il en conclut que la blessure du poumon est plus fréquente qu'on ne l'a cru, parce qu'elle est souvent latente et sans accident fâcheux, et qu'elle peut être indirectement constatée en recherchant la présence de l'albumine dans les crachats expectorés (*Maladies aiguës des organes respiratoires*, p. 471).

Cette opinion est difficile à admettre en présence des faits aujourd'hui mieux connus. Tout d'abord les observations d'expectoration albumineuse se rapportent, pour la plupart, à des cas où l'abondance du liquide ne permettait pas à l'instrument d'atteindre le poumon, et quand on s'est servi de trocarts capillaires dont la pointe pouvait être retirée, on ne peut admettre que le poumon ait été perforé à la fin de l'opération, au moment où il se dilate et peut venir à la rencontre de l'instrument.

Dans l'observation de M. Béhier, des précautions particulières avaient été prises. Le trocart n'avait été introduit que de 4 centimètres. La pointe avait été retirée. A l'autopsie on constata de la manière la plus certaine que le poumon n'avait pas été touché. Une autre objection peut être tirée de ce fait que l'expectoration bronchique n'a lieu qu'un quart d'heure ou une demi-heure après la fin de l'opération, alors que la plèvre est à peu près vide, et que le liquide expectoré peut surpasser en abondance celui qu'il a évacué. Il faudrait donc admettre, ou qu'on a laissé une quantité aussi considé-

rable de liquide dans la cavité pleurale, ou que ce liquide se soit reproduit en aussi peu temps. Les résultats donnés par la percussion ne permettent pas cette hypothèse.

D'ailleurs on connaît les suites de la piqûre du poumon : issue de quelques gouttes de sang, expectoration plus ou moins sanguinolente, douleur vive accusée par le malade; quelquefois un pneumothorax. Aucun de ces symptômes a-t-il jamais été indiqué ?

Reste une dernière objection, qui nous semble péremptoire. L'expectoration albumineuse peut exister dans une pleurésie purulente; c'est ce qui est arrivé chez un malade dont l'observation a été relatée par le docteur Louis Lande (*Gazette médicale de Bordeaux*, 20 juillet 1873). L'épanchement était composé de pus crémeux, et à deux reprises la thoracocentèse, faite par le procédé Dieulafoy, fut suivie d'une expectoration albumineuse abondante (600 grammes environ).

On peut donc rejeter l'explication par la piqûre du poumon.

Faut-il la chercher dans une perforation spontanée? Il paraît incontestable que la perforation pleuro-bronchique, celle qui se fait de la plèvre vers la bronche, peut exister sans pneumothorax. M. le docteur Féréol en a publié un fait intéressant. Dans la pleurésie des enfants, lorsque le liquide se fait jour par les bronches, l'absence du pneumothorax est la règle d'après le docteur Barthez. Durosiez a communiqué une observation de ce genre à la Société de médecine de Paris (1870.)

Nous remarquons d'abord combien ces faits de perforation spontanée, sans pneumothorax sont rares en dehors de la pleurésie purulente. En les admettant dans la pleurésie séreuse, nous comprenons avec M. Moutard-Martin que l'absence du pneumothorax puisse s'expliquer dans ces cas par la lenteur avec laquelle se vide l'épanchement; le trop-plein seul étant évacué et la plèvre se trouvant toujours dans un état de tension suffisante pour éviter l'entrée de l'air.

Mais les conditions sont bien différentes à la suite d'une thoracocentèse, surtout quand la plèvre a été à peu près vidée. Tout d'abord, c'est au moment où le vide se produit, quand ont lieu les violents efforts de toux, que la perforation devrait avoir lieu. Or, c'est toujours à un moment plus ou moins éloigné de l'opération qu'on observe l'expectoration albumineuse. M. Moutard-Martin a cité une observation de perforation spontanée de la paroi d'une cavernule. Or, l'accident eut lieu à la fin de la thoracocentèse, pendant les efforts de toux, au véritable moment physiologique, et une heure après l'opération, alors que toutes les manœuvres aspiratrices étaient suspendues.

Il n'est donc pas absolument rationnel de conclure avec M. le docteur Féréol à l'identité du mécanisme de la perforation dans les épanchements ponctionnés ou abandonnés à eux-mêmes. Remarquons qu'il ne s'agit ici que d'expliquer l'expectoration albumineuse qui suit la thoracocentèse, et que M. Féréol n'insiste sur ces conditions de la perforation sans pneumothorax que pour légitimer une hypothèse assez bizarre, dans laquelle il fait du parenchyme pulmonaire dans la pleurésie une sorte de feutre, d'éponge inerte qui devient mécaniquement perméable au liquide. En traversant ce nouveau filtre, la nature du liquide pourrait même se modifier, et dès lors il ne deviendrait plus nécessaire, pour admettre une perforation, de constater l'identité absolue des deux liquides : celui de la plèvre et celui de l'expectoration.

Ce sont là, l'auteur le reconnaît lui-même, de pures hypothèses. Si ingénieuses qu'elles soient, elles ne reposent sur aucun fait démontré.

Pourquoi, d'ailleurs, cette formation du feutre pleural serait-elle aussi rare dans la pleurésie ? Ou bien faudrait-il admettre que c'est là le mécanisme habituel de la résorption des liquides pleuraux?

Il nous semble qu'il n'y a pas lieu d'aller chercher si loin, même en aussi bonne compagnie, une explication dont la nouveauté nous paraît être le principal mérite. Nous restons en présence d'une dernière opinion émise par M. Hérard devant l'Académie de médecine (juillet 1872).

Quand un poumon a été comprimé pendant un certain temps par un liquide et qu'il reprend, par suite de l'évacuation de ce liquide, ses dimensions normales, il se fait dans cet organe une sorte de poussée séreuse ou séro-sanguine, qui peut donner naissance à une certaine quantité de sérosité qui sera expulsée par les bronches.

Cette explication avait été proposée dès 1853 par M. Pinaut (thèses). Elle a été reproduite et défendue avec force par M. Moutard-Martin dans la dernière discussion.

Elle s'appuie sur des faits d'expériences physiologiques. On sait que la section des pneumogastriques détermine la présence d'un épanchement écumeux dans les bronches et d'un engorgement sanguin du tissu pulmonaire. Longet insiste sur les caractères du liquide épanché. Il montre qu'il se compose de deux parties : mucus bronchique et sérosité. Cette sérosité a son origine dans la congestion du parenchyme, consécutive elle-même à la paralysie des vaisseaux. Niemeyer admet également que, dans l'hypérémie pulmonaire, il se produit une transsudation alvéolaire liquide et séreuse, bien différente du mucus bronchique proprement dit.

D'après Jaccoud, l'œdème pulmonaire résulte d'un exsudat séreux dans les parois et à la surface libre des alvéoles, suite nécessaire de toute congestion pulmonaire d'une certaine durée.

Dans son TRAITÉ DES HUMEURS, M. Robin reconnaît que sous l'influence d'une congestion le réseau capillaire de la surface des alvéoles peut laisser exsuder une certaine quantité de liquide tout à fait distinct du mucus bronchique.

Dans un poumon longtemps soustrait à son excitant naturel, l'abord un peu brusque de l'air atmosphérique déterminera une excitation primitive des vaisseaux qui sera suivie, au bout de quelque temps, d'une véritable paralysie. Celle-ci aura pour résultat nécessaire une congestion passive avec œdème. Le temps qui s'écoule entre l'évacuation du liquide et la production de l'expectoration albumineuse vient à l'appui de cette explication. On n'a même pas besoin d'admettre avec M. Moutard-Martin une desquamation épithéliale des alvéoles, fort possible d'ailleurs, et qui rendrait encore plus probable le fait de la transsudation du liquide séro-albumineux.

Cette explication nous paraît donc légitime; mieux fondée, en tous cas, que celles que nous avons exposées.

Nous croyons qu'un résultat pratique peut sortir de cette discussion. La plupart des médecins qui se sont spécialement occupés de thoracocentèse insistent sur l'utilité d'une évacuation lente et incomplète. Ils redoutent de déterminer rapidement un vide considérable dans la cavité pleurale. Le meilleur moyen d'éviter les accidents serait peut-être de n'évacuer en une première opération qu'une partie de l'épanchement; de revenir à l'opération à des intervalles de un ou plusieurs

jours; de ménager la transition, et de vider la plèvre en plusieurs fois. Rien de plus praticable avec les nouveaux procédés de thoracocentèse.

Blachez.

Service de santé militaire.

La question des rapports entre la médecine et la pharmacie militaires que l'on avait cru devoir être terminée fort rapidement, menace au contraire de se prolonger, ce qui serait un moyen de l'empêcher d'aboutir. Nous ne voudrions pas supposer que cette situation soit le résultat d'un calcul ni qu'on veuille entraver l'action de l'Académie comme on a essayé d'entraver celle de la commission; mais enfin ces choses-là peuvent se voir aussi bien dans les académies que dans les assemblées parlementaires, où l'on sait que l'ennui, habilement ménagé, est un instrument de tactique.

En est-on déjà là à l'Académie? Nous ne le pensons pas. En tout cas, il n'y paraissait guère à la séance de mardi 22 juillet, dans laquelle M. Legouest, surmontant la réserve qu'il s'était imposée au commencement de la discussion, a cru devoir répondre aux longues propositions de M. Poggiale par un très-excellent discours, remarquablement débité. Le bon sens, la logique, la vérité et la modération dont l'orateur a fait preuve ont vivement impressionné l'Académie, et d'unanimes applaudissements l'ont salué lorsqu'il s'est rassis. M. Legouest a repris point par point l'argumentation de MM. Poggiale et Bussy, protestant contre cette idée que la pharmacie péricliterait le jour où elle serait soustraite à la direction de l'intendance, pour passer sous celle de la médecine. Cette dernière aurait-elle donc pour effet d'entraver la marche de la science que l'intendance au contraire aurait le privilége de féconder? Quittant bientôt le terrain des intérêts privés sur lesquels il ne portait évidemment le débat qu'à regret, M. Legouest a montré, par l'exemple de nos guerres de Crimée, d'Italie et du Rhin, par la comparaison de nos désastres administratifs avec les résultats obtenus chez les Anglais, les Américains, les Allemands, quels sont les dangers de l'organisation de 1852 qui régit encore notre service de santé. Il a rapidement esquissé le rôle de l'intendance dans ce système, fait voir comment, en étendant toujours davantage la signification du mot « administration », elle est parvenue à tout contrôler, à tout diriger, y compris l'hygiène hospitalière et l'alimentation des malades et blessés, leur traitement médical même.

Cette situation peut-elle durer plus longtemps? Ce ne sera pas, nous en avons la conviction, l'avis de l'Académie, et ce n'est déjà pas celui de la commission parlementaire de réorganisation de l'armée. Sa troisième sous-commission a présenté un projet de loi émancipant le service de santé, l'exposé de motifs a été rédigé avec une grande autorité par M. Bouisson; M. Legouest en a lu quelques paragraphes en s'appuyant sur eux pour rassurer M. Poggiale, — qui du reste espère vraisemblablement que ce projet ne sera jamais voté par l'Assemblée.

Nous n'ignorons pas combien sont ardentes les oppositions que rencontrent ce projet et à quel point les membres des commissions parlementaires sont circonvenus; nous savons les influences de tout ordre que l'administration met en jeu pour se défendre. Aussi, quelque attaquée qu'elle soit par l'article 17 de la nouvelle loi, par le rapport du général Chareton, par celui du duc d'Audiffret-Pasquier devant la commission des marchés et celle de l'armée réunies, est-il à craindre qu'elle finisse par sortir de tous ces périls sans avoir subi trop d'atteintes? « Elle repoussera son bourgeon », comme a dit spirituellement M. Béhier à l'Académie.

Nous sommes ainsi faits en France; nous nous passionnons bruyamment pour une question, on jette feu et flammes, on va tout bouleverser et, pour peu que l'ennemi ait la patience d'attendre et de faire le gros dos, il finit par l'emporter, grâce à cette malheureuse disposition de notre esprit qui nous empêche de poursuivre longtemps la même idée. Après la Crimée et l'Italie, l'intendance a été violemment attaquée, elle a plié devant l'orage, puis est rentrée en faveur plus que jamais; après 1870, on s'émeut encore bien plus fort; l'avenir nous montrera ce qui adviendra de toute cette grande colère.

M. Fauvel, en remplaçant à la tribune M. Legouest, est venu combattre la précipitation avec laquelle on s'est hâté de rédiger le rapport; on n'a pas assez étudié la question; on ne l'a pas envisagée sous toutes ses faces. L'honorable académicien veut évidemment le bien de l'armée, et plus que qui que ce soit il sait combien sont terribles les « maladies administratives » dont souffrent nos armées en campagne, mais il ne faut point se hâter de proclamer l'autonomie du corps de santé; en tous cas, celle des médecins n'entraînerait point la sujétion des pharmaciens qui, eux aussi, peuvent être indépendants. M. Fauvel compare la situation de ces deux professions aux rapports qu'ont entre eux l'artillerie et le génie; il a, croyons-nous, mal pris son terme de comparaison; ces deux armes ne se retrouvent ensemble que pour la défense ou l'attaque des places, à titre exceptionnel; la médecine et la pharmacie sont au contraire en contact continuel comme l'est par exemple l'artillerie avec le train d'artillerie qui l'approvisionne de munitions, le génie avec ses cavaliers conducteurs qui transportent les outils.

Pour nous, la situation peut se résumer nettement : Après le bruit qui s'est fait autour de la question, si l'Académie croit devoir ajourner la solution ou renvoyer le rapport à la commission ou tenter enfin une conciliation impossible, cette attitude sera considérée comme défavorable à la cause de l'indépendance du service médical et *servira d'arme puissante* entre les mains de ceux qui la combattent. On ne manquera pas de dire que l'Académie de médecine, composée de toutes les illustrations de la science, a reconnu l'impossibilité absolue d'établir l'autonomie du corps médical, et alors ce sera fini et bien fini pour jamais. La séance de mardi a donc une importance capitale, nous prenons la liberté d'appeler sur ce point l'attention de messieurs les académiciens.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mes chers amis,

J'avais remis hier sur le bureau de l'Académie quelques documents ayant trait à la discussion actuelle. Ils étaient accompagnés de la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture au moment de la correspondance.

Monsieur le président,

Il ne m'appartient pas d'intervenir directement dans la discussion si importante ouverte devant l'Académie; mais j'ai pensé que je ferais

preuve de respect envers elle en lui réservant et en lui transmettant quelques documents afférant à la question de la pharmacie militaire.

Je les dois à l'obligeance de collègues ou d'omis dont la haute situation dans la médecine militaire étrangère est une garantie do compétence et d'exactitude. Après avoir copié notre organisation et en avoir reconnu les inconvénients, toutes les nations de l'Europe ont compris la nécessité de placer dons son entier le service médical entre les mains des médecins. Lorsque l'Académie a été consultée par M. le ministre de la guerre, il m'a paru que la meilloure manière de juger une question, soumise enfin en France à une discussion publique, était d'avoir recours non au raisonnement à priori, mois à l'expérience des faits. C'est pour cela que j'ai adressé quelques questions aux chefs de lo chirurgia militaire d'Autriche, de Prusse, de Russie et d'Italie.

J'ai l'honneur de vous tronsmettre les réponses que j'ai reçues pour ce qui concerne l'Autriche et la Russie, les seules puissances pour lesquelles, d'après le dernier discours de M. Broco, l'Académie n'a pas encore reçu de renseignements.

Veuillez, etc.

Léon Le Fort.

MM. Chatin et Poggiale s'étant énergiquement opposés à ce que M. le Secrétaire perpétuel donnât une analyse succincte de documents qui eussent cependant appris à ces deux honorables savants plusieurs choses que très-vraisemblablement ils ne connaissent pas, je crois de mon devoir de recourir à votre obligeance pour les porler à la connaissance de nos collègues. Il serait fâcheux que malgré de dures leçons, cependant bien récentes encore, nous persistions à vouloir ignorer de parti pris ce qui se fait à l'élranger, alors surtout qu'au lieu de faire appel au sentiment et aux raisonnements à priori il suffirait de regarder autour de soi pour trouver dans les armées étrangères des arguments tirés de l'expérience des faits et la solution pratique du problème qu'on discute depuis deux ans. M. le docteur Heidler, auquel j'avais adressé quelques questions sur l'organisation de la pharmacie militaire en Autriche, a bien voulu demander à l'obligeance du chef de la pharmacie militaire en Autriche un aperçu général sur cette organisation. Ce sont ces deux documents, intéressants à tant de titres, que j'avais adressés à l'Académie, et dont je vous demande de vouloir bien publier la traduction.

Organisation de la pharmacie militaire en Autriche (extrait d'une lettre du docteur Heidler).

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-joint un aperçu de l'organisation de la pharmacie militaire en Autriche. Cette lettre répondra à celles de vos questions dont vous ne trouverez pas la solution daus le document ci-joint.

1° Le service de la pharmacie dans les hôpitaux de garnison et dons les hôpitoux de campagne est confié à un corps spécial, celui des employés (*beamten*) de pharmacie militaire. Ce corps se compose uniquement de pharmaciens.

2° Les employés de pharmacie militaires sont subordonnés aux médecins militoires, car il n'existe auprès du ministère de la guerre aucun chef du service pharmaceutique, et toutes les affaires concernant le service de la pharmocie, portées devant le ministère de la guerre, sont déférées au chef de la médecine militaire (le docteur von Hassinger, médecin général major), et sont soumises à son appréciation.

Le service pharmaceutique des hôpitaux et des pharmacies des villes de garnison, de la pharmacie de l'Hôtel des Invalides, des dépôts de médicaments en campagne ot des pharmacies des hôpitaux de guerre, est dans tout ce qui rapporte confié aux employés do pharmacie militaires, mois sous la surveillance et le contrôle des médecins en chef correspondants, lesquels donnent leur appréciation écrite de la conduite de ces employés.

3° Les médecins militaires forment un corps spécial d'officiers.

Les employés de pharmacio militaires ne sont pas officiers, mais appartiennent à la cotégorie des employés militaires. Ils ne font donc pas, à proprement parler, état de soldat (*Soldaten Stand*).

4° Voyez l'annexe.

5° L'examen des produits livrés dans le dépôt central des médicaments à Vienne, ou des produits pharmaceutiques qui y ont été préparés, appartient aux inspecteurs de la régie pharmaceutique, lesquels sont *le* professeur de chimie et *le* professeur de pharmacologie de l'Académie Joséphine.

Dans les provinces on n'achète directement que très-peu d'articles de première nécessité médicale ou de ceux qu'on se procure sur place plus facilement qu'à Vienne; mais seulement sur l'ordre de la direction-régie de la pharmacie militaire. La constatation de leur bonne qualité appartient aux médecins en chef.

La préparation des médicaments destinés aux malades appartient aux employés de pharmacie militaire. Leur distribution aux malades est faite par les médecins militaires.

Par exception, dans les hôpitaux régimentaires et les asiles pour les hommes fatigués, là où il n'y a aucun employé de pharmacie les médecins préparent eux-mêmes les médicaments. Cela se fait également dans les régiments pour les hommes fatigués quand il n'y a pas d'infirmerie.

Signé Heidler,
Directeur des études à l'Académie Joséphine,
Chirurgien général major.

Pour traduction conforme au texte allemand
Léon Le Fort.

Court aperçu sur le service de la pharmacie militaire dans l'armée impériale et royale d'Autriche.

Les établissements pharmaceutiques militaires comptent comme établissements de l'armée et sont destinés ô fournir les médicaments nécessoires aux besoins de l'armée impériale et royale et de ses établissements sanitaires généraux, aussi bien en paix qu'en guerre. Ils doivent maintenir en tous temps les approvisionnements à la hauteur des besoins, préparer les médicoments d'après les règlements de la pharmaoopée militaire, les délivrer conformément aux prescriptions des médecins oux troupes, aux établissements militaires, aux malodes des hôpitaux, aux soldats fatigués ou malades placés hors des hôpitaux. Compte doit être rendu de l'emploi de ces médicaments.

Il existe sur le pied de paix, sous l'autorité de la direction de la régie pharmoceutique militaire à Vienne, comme établissements pharmaceutiques militaires stables :

Le dépôt centrol de pharmacie militaire à Vienne (pourvu de laboratoires, etc.),

23 pharmacies d'hôpitoux de garnison } avec 5 succursales,
10 pharmacies de garnison }
1 pharmacie pour l'hôtel des Invalides.

En dehors du dépôt central de Vienne, ces pharmacies constituent des dépôts de médicaments pour les corps de troupe et les hôpitaux militairos placés dans leur juridiction.

En cas de mobilisation de l'armée, les 23 pharmacies d'hôpitaux de garnison fournissent et approvisionnent 40 pharmacies d'hôpitaux de campagne, dont 13 (chacune pour 500 malades) sont indivisibles, et 27 (chacune pour 600 malades) sont divisibles.

(Ils fournissent donc les pharmacies des hôpitaux de champ de bataille jusqu'à concurrence de 22 700 malodes).

Le dépôt central des médicaments (pharmacie centrale), comme direction-régie do la phormacie militaire, est sous tous les rapports subordonné sans intermédiaire au ministère de la guerre (*représenté par le médecin en chef de l'armée*).

Les autres établissements pharmaceutiques, — sans préjudice de l'influence qu'exerce sur leur fonotionnement la direction de la régie pharmaceutique militaire, — sont, pour ce qui concerne l'exécution du service de la pharmocie, subordonnés aux médecins en chef des hôpitaux de garnison et de l'hôtel des Invalides. Pour ce qui concerne le service militaire, ils sont subordonnés au commandant militaire de la station, de lo forteresse, de la place, de la brigade. — Tout ce qui concerne la gestion finoncière et la comptabilité est du ressort de l'intendance militaire.

Le personnel des établissements pharmaceutiques se compose :

1° Des employés pharmaciens militaires, lesquels — tous pharmaciens diplômés — sont assimilés aux autres employés militaires et touchent, d'après la classe à laquelle ils appartiennent, les prestations affectées aux officiers de l'armée.

2° D'un personnel adjoint correspondant formé de préparateurs et d'ouvriers ordinaires chargés des gros travaux. Les premiers, constituant le personnel technique, sont des personnes jouissant d'une situation indépendante, les autres sont des domestiques à gages ou des infirmiers pris dans les détachements de troupes de santé.

Les employés pharmaciens militaires n'exercent aucune fonction dans les salles de malades, où la distribution des médicaments est faite par les médecins. Outre la préparation des médicaments et les recherches qui s'y

rapportent, les pharmaciens sont chargés du service de gestion et de comptabilité propre aux établissements pharmaceutiques militaires, et sont en conséquence responsables de la comptabilité et de la gestion.

Les employés pharmaciens militaires sont chargés de donner l'enseignement pratique aux pharmaciens diplômés ou aux élèves non encore diplômés, appartenant aux universités et attachés aux établissements pharmaceutiques militaires comme aides ou élèves pharmaciens accomplissent leur service militaire en qualité de volontaires d'un an.

Les approvisionnements pharmaceutiques des établissements sont complétés tous les six mois par des envois du dépôt central des médicaments à Vienne. Ils doivent envoyer tous les mois un rapport à l'intendance et à la direction de la régie pharmaceutique sur leur situation, au point de vue de la comptabilité en deniers ou en matière et de l'approvisionnement.

Si, dans la pharmacie d'un établissement militaire, il y a lieu d'acheter quelque article de pharmacie qui rentre dans la première classe, tels que axonge, glace, sangsues, huile d'olive, sucre, etc., alors le médecin en chef de l'hôpital intervient pour constater la bonne qualité des produits fournis, et inscrit sur le registre le résultat de son examen.

De même le médecin en chef intervient lors des inventaires semestriels portant sur les médicaments et le matériel médical, et aussi dans les inspections faites à des époques imprévues par l'intendance militaire, au point de vue de l'administration et de l'économat.

Le cadre des employés militaires pharmaciens sur le pied de paix est actuellement de 65, ainsi répartis :

1 directeur de la régie pharmaceutique,	appointements	7500 fr.
7 administrateurs de pharmacie,	—	4200
17 pharmaciens de première classe,	—	3000
17 pharmaciens de deuxième classe,	—	2250
17 pharmaciens de troisième classe,	—	1780
6 pharmaciens surnuméraires,	—	1500

(Les pharmaciens ne sont pas, comme les médecins, assimilés aux grades des officiers de l'armée ; mais comme tous les fonctionnaires militaires ou civils en Autriche, il leur est alloué, en cas de déplacement ou dans d'autres circonstances, une indemnité journalière qui varie suivant les degrés d'une échelle régulière qu'on appelle *Diæten-Classe.*)

Le directeur de la régie pharmaceutique appartient à la 6e classe, comme un colonel.

Les gérants de pharmacie appartiennent à la 8e classe, comme un major.

Les pharmaciens de 1re classe et de 2e classe appartiennent à la 9e classe, comme un capitaine.

Les pharmaciens de 3e classe appartiennent à la 10e classe, comme un lieutenant.

Les surnuméraires appartiennent à la 11e classe, comme un sous-lieutenant.

Le directeur de la régie pharmaceutique, au moment de sa nomination, n'a que 5250 francs d'appointements et n'a que la 7e classe des prestations comme un lieutenant-colonel ; mais il peut ultérieurement, en raison de ses services, être élevé par l'Empereur à la 6e classe (répondant à celle de colonel).

En dehors de ce personnel régulier comprenant 65 pharmaciens, il existe, dans les pharmacies militaires et placés sous la surveillance des pharmaciens militaires, des pharmaciens diplômés ou non diplômés servant en vertu de la loi militaire comme volontaires d'un an. Ils sont employés au service des manipulations et sont, en cas de mobilisation de l'armée, appelés au service pendant la guerre comme pharmaciens.

La dépense totale annuelle pour le service pharmaceutique de l'armée autrichienne, c'est-à-dire appointements, logements du personnel, achats de médicaments ou de substances, d'ustensiles, de combustible, d'éclairage, d'impression, emballages, frais de transport etc., est d'après le budget arrêté par la délégation du conseil de l'Empire, de 180 000 florins ou 450 000 francs. Cette somme, depuis plusieurs années, n'a pas été dépassée; tandis que les dépenses de ce service, alors que les fournitures étaient affermées à l'entreprise, se montaient à plusieurs millions.

Le directeur de la régie pharmaceutique militaire est chargé : de la surveillance immédiate des travaux de laboratoire, du matériel, des approvisionnements, et doit, en temps utile, demander les crédits nécessaires. Il administre le dépôt central des médicaments à Vienne et a la direction centrale du service pharmaceutique pour ce qui concerne le personnel de cette branche du service. Il est chargé de l'achat des produits chimiques et pharmaceutiques, des ustensiles nécessaires à leur mise en œuvre, et d'approvisionner toutes les pharmacies militaires de médicaments et d'appareils.

Lorsqu'il s'agit de questions intéressant le personnel des employés de pharmacie militaire, le directeur de la régie doit en référer au médecin en chef du corps des officiers de santé militaire (médecin général major), il doit donc adresser ses propositions au ministère de la guerre.

Il doit soumettre à l'appréciation de la commission des inspecteurs du service pharmaceutique tout ce qui a trait à l'achat, à la qualité et à la conservation des médicaments. Cette commission, présidée par le médecin en chef de l'armée ou en son absence par le chef du service de santé à Vienne, se compose d'un médecin membre du bureau médical du ministère de la guerre, d'un membre de l'intendance militaire de Vienne et de deux spécialistes, c'est-à-dire d'un professeur de chimie et d'un professeur de pharmacologie. Ces deux derniers ont également pour fonctions de contrôler la qualité des produits pharmaceutiques livrés au dépôt central de la pharmacie militaire. Le directeur de la régie pharmaceutique est adjoint à cette commission comme membre et comme secrétaire.

Les surnuméraires désirant entrer définitivement dans le corps des employés pharmaciens militaires doivent être munis du diplôme, *célibataires*, d'une conduite irréprochable, n'avoir pas dépassé l'âge de trente-deux ans et être d'une bonne constitution.

La nomination du directeur de la régie et des administrateurs de pharmacie est faite par S. M. l'Empereur. Les surnuméraires et les pharmaciens de 1re, 2e et 3e classes sont à la nomination du ministre de la guerre, sur la proposition du directeur de la régie pharmaceutique, lequel est chargé de la répartition du personnel dans les différents postes.

L'avancement à l'ancienneté est la règle, des mérites exceptionnels peuvent cependant amener un avancement au choix.

Le personnel inférieur adjoint au dépôt central et aux pharmaciens des hôpitaux de garnison comprend, d'une manière permanente, 48 personnes. Ce nombre est augmenté temporairement en cas de besoins extraordinaires.

En cas de mobilisation de l'armée, le dépôt central fournit, à chaque armée en campagne, un dépôt de médicaments qui, autant que possible, se réunit à la réserve du matériel de santé de l'armée correspondante.

. . . .

Les pharmacies adjointes aux hôpitaux de campagne sont fournies, comme nous l'avons dit plus haut, par les pharmacies des hôpitaux de garnison.

Le personnel de chaque dépôt de pharmacie de campagne se compose d'un administrateur, d'un pharmacien de 1re classe et d'un surnuméraire; le personnel pharmaceutique des hôpitaux de campagne composé pour un hôpital de 500 malades, d'un pharmacien de 1re classe et d'un surnuméraire, et pour un hôpital de 600 malades, d'un pharmacien de 1re classe et de deux surnuméraires, est emprunté : l'administrateur et les pharmaciens de 1re classe au service permanent, les surnuméraires aux pharmaciens surnuméraires placés dans la réserve de l'armée.

Pour remplacer dans leur poste ordinaire les administrateurs et les pharmaciens de 1re classe, on a recours aux surnuméraires placés dans la réserve, et si leur nombre est insuffisant, on peut avoir recours aux pharmaciens civils diplômés. Le personnel inférieur est tiré des troupes de santé.

Lorsque du pied de guerre on revient au pied de paix, le matériel et les médicaments des pharmacies de campagne sont reversés dans les pharmacies des hôpitaux de garnison qui les ont fournies et équipées. Le personnel tiré de la réserve et des compagnies de santé est replacé dans sa situation antérieure.

R. W. GEYSS.
Directeur de la régie de pharmacie militaire.

Pour traduction conforme au texte allemand
Léon LE FORT.

Tels sont, — avec quelques notes non moins officielles sur l'organisation du service pharmaceutique dans l'armée russe, où les pharmaciens sont également subordonnés aux médecins, ne sont pas assimilés aux officiers de l'armée et ne portent pas l'épaulette que portent les médecins comme insigne de leur grade, — les documents que j'avais cru pouvoir communiquer utilement à l'Académie. Je n'avais eu d'autre rôle que celui de traducteur, et vous pouvez voir combien peu était justifiée la vive opposition de MM. Chatin et Poggiale. Mais, passons !

Je n'avais pas l'intention de prendre part au débat, car la GAZETTE HEBDOMADAIRE, par la plume si autorisée d'un distingué collaborateur militaire, n'a cessé de combattre pour défendre une cause, du succès ou de l'insuccès de laquelle dépendent la vie ou la mort d'un grand nombre de nos soldats. Mais, puisque le hasard me fait rompre le silence, permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions.

D'après le rapport de M. Broca, c'est parce qu'il faut l'autonomie du corps de santé que les pharmaciens doivent être subordonnés aux médecins; d'où il s'ensuivrait, comme l'a justement fait remarquer M. Fauvel, que si l'autonomie n'existait pas ou n'était pas donnée, il n'y aurait rien à changer au parallélisme actuel. Or, la subordination du pharmacien militaire au médecin est non-seulement légitime, mais indispensable, que l'autonomie existe ou non.

Il ne s'agit pas de discuter d'une manière générale la valeur comparative du médecin et du pharmacien; la question est celle-ci : dans le service de santé militaire le pharmacien doit-il être subordonné au médecin? Je réponds sans hésiter oui, et voici pourquoi.

Le service de santé est créé dans le but unique de guérir ou de soulager les malades et les blessés de l'armée. Pour atteindre ce but, le médecin, *seul juge compétent*, doit veiller à l'observation des règles de l'hygiène, qu'il s'agisse des locaux ou des moyens de transport; il doit faire donner aux malades une alimentation appropriée à leur état; leur prescrire les remèdes qu'il croit utiles. Les moyens, dont il juge l'application nécessaire pour arriver à la guérison du malade, il appartient à l'administration des bâtiments de la guerre, au comptable, à l'économe, au pharmacien, de les mettre, dans la mesure du possible, à la disposition du médecin. Or, n'est-ce pas à celui qui a le droit naturel de proscrire que doivent obéir ceux qui ont pour office de fournir les moyens d'exécuter ces prescriptions, dont ils ne peuvent apprécier ni la nécessité ni même la portée.

M. Fauvel propose de donner aux pharmaciens et aux médecins l'autonomie sous l'autorité du commandement. Mais quel est l'homme, tant soit peu au courant des choses de l'armée, qui croira possible qu'il puisse y avoir dans l'état-major général de l'armée un pharmacien en chef (conséquence forcée de l'autonomie) à côté des chefs du génie, de l'artillerie, de l'intendance et, il faut l'espérer, du chef du service de santé. Pourquoi ne pas demander aussi l'autonomie des infirmiers? Ce que l'on demande, c'est l'autonomie du service médical, et non l'autonomie des médecins à l'égard de tels ou tels officiers de l'armée.

Supposons, avec le parallélisme actuel, un pharmacien ne pouvant exécuter les ordonnances médicales, parce que, grâce à son imprévoyance ou sa négligence (tout est possible), les approvisionnements n'ont pas été maintenus par lui à la hauteur des besoins; ou bien encore un pharmacien exécutant mal les prescriptions; que fera le médecin? Il fera des observations au pharmacien; mais, que celui-ci, en vertu du parallélisme, l'envoie..... au pharmacien en chef du corps, qui peut en agir comme son subordonné. Qui alors restera juge? l'intendant? Qui devra remédier au mal? l'intendant. Quand le remède sera-t-il appliqué? Quand il sera trop tard.

Pareille situation est si peu tolérable, que dans toutes les grandes armées de l'Europe le pharmacien est subordonné au médecin.

Mais prenons la contre-partie. Le médecin auquel le droit de commander a été dévolu, (par ignorance ou pressé par les circonstances), prescrit au comptable, au pharmacien, quelque chose de contraire aux règlements particuliers qui régissent la pharmacie ou l'administration, qu'arrivera-t-il? que peut-il arriver? Le règlement prussien de 1863 sur le service en campagne y avait déjà pourvu, non pas seulement pour le pharmacien, mais, ce qui est bien autrement grave pour qui connaît l'armée, même à l'égard du comptable et de l'officier du train.

« Dans le but d'unifier leur action, chaque hôpital de campagne (*Feld-Lazareth*) est placé sous la direction d'un médecin en chef. Il est responsable de tout le service et il étend son autorité sur tout le personnel.... Lorsque l'officier du train ou le comptable reçoivent du médecin en chef des ordres qu'ils croient opposés aux exigences du service qui leur est spécialement confié, ou contraires aux règlements généraux ou particuliers de leurs corps, ils doivent faire part de leurs scrupules et de leurs répugnances au médecin en chef, mais ils doivent ensuite *exécuter immédiatement les ordres que celui-ci, dans ce cas, leur donne par écrit*, le médecin en chef en portant seul la responsabilité. »

Je l'ai dit à la fin de mon livre sur la chirurgie militaire; « Dans l'armée plus que partout ailleurs il faut, pour arriver à un résultat, l'unité dans la direction, le respect du commandement, *un chef qui ordonne, des subordonnés qui obéissent.* »

Que la médecine militaire soit ou non autonome, la subordination des pharmaciens, des comptables, des infirmiers à l'autorité du médecin en chef dans les hôpitaux et dans les ambulances est une nécessité du service.

Que la subordination à un intendant paraisse à M. Poggiale plus légitime et plus logique que la subordination à un collègue médecin, c'est son affaire; il est des goûts qu'on ne discute pas, faute de les comprendre; mais qu'il réclame cette subordination pour les médecins, c'est autre chose. Il s'agit du bien de l'armée, du salut du soldat; c'est à ce titre qu'avec tant d'autres j'ai réclamé l'autonomie et combattu pour l'obtenir, et je suis, on ne le niera pas, personnellement désintéressé dans la question. Il ne faut pas que la dernière partie du discours de M. Poggiale jette de l'incertitude sur l'opinion que professent à cet égard les chirurgiens de l'armée, et c'est ce qui me décide à publier une pièce qui en témoigne, car elle est le résultat d'une délibération et d'un vote.

Si je vous la transmets aujourd'hui, ce n'est point, vous ne sauriez en douter, par un sentiment toujours blamable de vanité personnelle, car j'aurais continué comme je l'ai fait depuis six mois à la garder dans mes archives s'il ne me paraissait pas utile de prouver quelle est sur certains points aujourd'hui en discussion l'opinion d'un grand nombre de nos collègues militaires.

Paris, 25 janvier 1873.

Monsieur le professeur,

Les médecins militaires constitués à Paris en groupe de la réunion des officiera, représentant plua de trois cents de leurs collègues, adhérant à leur réunion, ont l'honneur de vous exprimer leurs plus vifs remerciments pour le ..... et l'énergie avec lesquels vous avez défendu la grande cause du service de santé des armées.

Ils sont heureux de partager entièrement les idées que vous développez ..... dans vos précédents travaux et dans votre dernier ouvrage : LA CHIRURGIE MILITAIRE ET LES SOCIÉTÉS DE SECOURS.

Comme vous, monsieur, ils pensent que le service de santé des armées doit être confié à un corps spécial autonome, indépendant, responsable vis-à-vis du commandement, servant de cadre aux médecins civils de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale qui, au moment de la guerre, viendront apporter à la défense du pays le concours de leur zèle, de leur science, de leur dévouement.

Dans ces conditions seules, le service sanitaire des armées peut s'exécuter normalement; les services être toujours à la hauteur des besoins.

En venant vous présenter leurs félicitations, les médecins militaires sont heureux d'applaudir, etc., etc...

Veuillez agréez, etc.

Pour le président de la réunion et en son absence :
Le vice-président,
X...

Je voudrais vous exposer pourquoi, dans mon opinion, l'existence des hôpitaux militaires d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg, et du Val-de-Grâce, a seule permis à la pharmacie militaire de produire des hommes illustres comme Millon ou d'un très-grand mérite, comme MM. Poggiale, Coulier, Roussin, en leur permettant d'échapper au rôle do pharmacien et de trouver dans des laboratoires scientifiques où ils furent d'abord préparateurs, puis maîtres, les moyens de devenir des savants, des chimistes; — pourquoi la suppression de ces hôpitaux (heureuse à beaucoup de points de vue plus importants) ne permet pas d'espérer qu'il en sera de même dans l'avenir; pourquoi on ne devient pas un savant en gérant pendant vingt ans la pharmacie d'un hôpital militaire ou d'une ambulance; pourquoi il vaut mieux, pour le bien du service, séparer le pharmacien militaire proprement dit et celui qui n'a qu'à préparer des potions, du savant capable d'apprécier la valeur, la qualité des substances fournies au ministère par voie d'adjudication ou d'achat direct, ou de faire des expertises; — pourquoi il faut, comme à l'étranger, s'annexer, lorsqu'il en est besoin, des savants formés en dehors du service pharmaceutique de l'armée par une vie exclusivement scientifique; — pourquoi je ne suis pas tout à fait satisfait du projet de loi de la troisième sous-commission de l'Assemblée, tandis que je trouve excellent le rapport de M. Bouisson qui lui sert d'exposé; — pourquoi ce projet laisse encore la chirurgie militaire française, au point de vue de l'organisation, en arrière de la chirurgie militaire des autres nations de l'Europe; mais je ne saurais abuser ni de la place que votro bienveillance m'accorde, ni de la patience du lecteur.

J'y reviendrai si la discussion continuait et si l'Académie, si compétente parce qu'elle renferme en bien des genres les hommes les plus distingués et les plus autorisés, prenant résolûment le rôle qui, à mon avis, lui appartient, se considérait comme le conseil du gouvernement pour tout ce qui est du domaine si vaste de la science dans ses applications à l'hygiène publique, à l'organisation sociale; et si, profitant de l'occasion qui lui est offerte, l'Académie chargeait une commission de lui présenter, pour l'époque de la rentrée de l'Assemblée, un exposé complet des réformes à accomplir dans la chirurgie militaire françalse, en prenant pour point de départ lo projet encore à l'étudo proposé par la 3e sous-commission de l'Assemblée.

Sans une bonne organisation des services publics on épuise sa vie en efforts stériles ou l'on se fait tuer sans profit pour la patrie. C'est à leur science d'organisation que nos ennemis ont dû leurs victoires de 1866 et de 1870; c'est par une bonne organisation que nous rendrons à la France le rôle qui lui appartient dans le monde. Moins de sentiment, plus d'étude, plus d'esprit pratique : voilà ce qu'il nous faut.

A vous de tout cœur,

Léon Le Fort.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

Grossesse extra-utérine, intra-péritonéale, avec fœtus de six semaines; péritonite hémorrhagique avec brides et gros caillots hématiques; marche clinique simulant un étranglement interne compliqué d'accidents péritonéaux. Leçons professées à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (20 et 27 novembre 1872), par M. le professeur *Béhier*, recueillies par les docteurs H. Liouville, chef de clinique, et Straus, chef de clinique adjoint.

Messieurs, j'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un cas clinique qui vous fera assister à toutes les difficultés de diagnostic que présentent certaines affections abdominales. Je me plais souvent à mettre en relief ces difficultés et surtout à les opposer à la certitude presque mathématique du diagnostic des maladies de l'appareil thoracique. Grâce à l'admirable découverte de Laennec, le poumon et le cœur parlent, en quelque sorte, à notre oreille et lui communiquent leur cri de souffrance. Pour le diagnostic des affections abdominales, au contraire, l'auscultation n'est d'aucun secours dans l'immense majorité des cas. Il nous reste sans doute la percussion et surtout la palpation; celle-ci s'exerce facilement à travers les parois souples et dépressibles du ventre, tandis qu'elle perd presque tous ses droits sur la cage rigide du thorax. Aussi la palpation ordinaire, combinée avec cette variété spéciale de palpation qu'on appelle le *toucher*, permet-elle la plupart du temps à une main exercée de reconnaître l'existence d'une tumeur, même profonde et peu volumineuse. Mais ce n'est là que la première étape et la plus facile du diagnostic. Les doutes commencent dès qu'il s'agit d'établir la nature et même le siége de la tumeur, tant la multiplicité des organes intra-abdominaux, les déplacements nombreux et bizarres qu'ils subissent jettent d'incertitude et d'obscurité sur le diagnostic en apparence lo plus solidement assis. Ajoutez-y le défaut si fréquent d'expression nette dans les symptômes, le manque de franchise dans l'allure et l'évolution du mal, et vous comprendrez que je n'exagère point ces difficultés pour les besoins de mon parallèle. C'est du reste ce que l'histoire de notre malade, mieux que des réflexions générales, va vous prouver amplement :

Il s'agit d'une femme qui était couchée au lit n° 20 de la salle Saint-Antoine, âgée de trente-trois ans, couturière, mariée et mère d'un enfant de quatre ans. Peu de jours avant son entrée (20 octobre 1872), elle avait effectué un long voyage; elle revenait avec son enfant du Wurtemberg, son pays natal.

Son teint est pâle, cireux, son facies amaigri et fatigué. Elle se plaint surtout de douleurs vagues dans la région hypogastrique, dans les fosses iliaques et dans les reins. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu, *en dehors de son époque menstruelle, un écoulement sanguin* léger, qui a duré deux ou trois jours. Pas de selles depuis une semaine.

Le ventre est un peu tendu, médiocrement douloureux à la pression. La palpation ne révèle l'existence d'aucune tumeur très-volumineuse; mais par le toucher on constate l'existence de fèces dures, assez bien arrondies, et qui auraient pu donner le change si l'on n'eût porté quelque attention à ce diagnostic spécial.

Bruit de souffle doux au premier temps et à la base du cœur, se propageant vers les artères du cou (souffle anémique). Rien du côté des poumons. Pas d'albumine dans les urines. On prescrit donc un purgatif avec 30 grammes d'huile de ricin et un lavement purgatif. Selles assez copieuses. Mieux notable le lendemain à la visite. La douleur hypogastrique persiste. Toutefois la malade se sent mieux; elle essaye même de se lever, et on la croyait en voie de guérison quand, le 8 novembre, surviennent des vomissements verdâtres répétés. La constipation reparaît, absolue. Douleur hypogastrique très-accentuée. Hoquet. Pouls, 86; température, 37°,5. On prescrit un vésicatoire à l'épigastre; eau de Sedlitz en tisane; lavements d'eau de Seltz.

Le 10 novembre, persistance des vomissements; selles très-peu abondantes, muqueuses. Inappétence absolue; elle ne prend qu'un peu de bouillon. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression. Pas de fièvre. Pouls, 92; température, 37°,2 matin et soir.

Le 11, *selles toujours* peu abondantes ; Persistance de vomissements brunâtres, d'aspect fécaloïde, mais sans odeur caractéristique. Douleurs lombaires intenses.

Le 12, les vomissements persistent. Le pouls est petit, filiforme, battant 100 à 120. Température axillaire, 37 degrés. Le facies est grippé, les yeux enfoncés. Douleurs abdominales intenses, la malade se contorsionne, pour ainsi dire. Ventre très-sensible à la pression, légèrement tympanisé. Plaintes continuelles. Crampes dans les mains.

En face de ces douleurs si vives, et malgré la constipation, phénomènes qui rappelaient à un haut degré les accidents de l'*étranglement interne*, on cherche à procurer un peu de calme à la pauvre souffrante et l'on pratique deux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (4 centigrammes). La nuit a été presque calme.

Le lendemain, 13, persistance des vomissements jaunâtres. Pas de selles. Ventre empâté donnant la *sensation* d'un *gâteau*. A la palpation, résistance manifeste dans la région iliaque et hypogastrique droite. Pouls, 116; température, 37°,8 le matin. Le soir, pouls, 84 ; température, 37°,4.

On pratique le toucher. Le col est dirigé vers la région postérieure du vagin; l'utérus est immobile et comme solidement fixé par des adhérences. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur on continue à sentir une série de tumeurs arrondies, assez résistantes, que l'on prend pour un amas de matières fécales. On reprend l'eau de Sedlitz en boisson, un lavement purgatif est administré.

Le 14, facies un peu reposé. *Forte selle liquide*, très-colorée, à odeur bien accentuée. Vomissements verdâtres. Langue sèche. Ventre moins douloureux. Pouls, 80 ; température, 36°,2. Le soir : pouls, 72; température, 35 degrés. Hoquet fréquent. Soif vive. Voix faible, cassée.

Dans la journée du 15, les vomissements se succèdent presque sans interruption, en alternant avec le hoquet. Langue froide. Pouls, 60; température, 34°,4. Le soir, le pouls se maintient à 60, la température à 35°,8. Facies tiré. Affaissement général. Soif ardente, urine involontaire. Plus de selles.

Elle succombe le 16 au matin.

Telle est, en substance, l'histoire de cette malade. Je vous l'ai résumée telle qu'elle s'est déroulée devant les médecins qui l'ont vue avant moi (1), et telle qu'elle s'est achevée devant nous. Le diagnostic était toujours resté très-difficile à préciser, les symptômes nets combattus un à un chaque jour. J'ai tenu surtout à vous montrer ce que ce tableau clinique offrait de difficultés à résoudre. Je vais maintenant discuter devant vous pourquoi la plus grande réserve s'imposait à tous. L'autopsie est là qui nous servira de contrôle et qui nous montrera dans quelle mesure nous nous sommes approchés de la vérité.

Notre première pensée, et qui n'a pas varié jusqu'à la fin, fut celle d'une péritonite et d'un obstacle intestinal avec arrêt des matières fécales. Ce que nous avions sous les yeux n'était pas la forme type, habituelle de l'étranglement interne, telle que vous la trouverez décrite dans les livres, mais une forme mal exprimée, telle qu'on la rencontre souvent dans la pratique. Je vous rappelle les principaux symptômes : constipation rebelle, vomissements incoercibles, sensibilité et élévation du ventre, tumeurs accessibles au toucher vaginal et rappelant pour la forme et la consistance une série de tumeurs stercorales. Je préviens aussitôt une objection que vous avez sans doute déjà formulée dans votre esprit : comment admettre une obstruction intestinale alors que l'observation, en maints endroits, relate l'expulsion de selles souvent copieuses, quoique toujours artificiellement provoquées? L'objection n'a pas la portée qu'on serait tenté de lui attribuer. Il arrive souvent que les malades atteints d'étranglement interne continuent à avoir des garderobes, malgré l'obstacle au passage des fèces ; le gros intestin, dans ces cas, renferme beaucoup de matières fécales dont il se débarrasse lentement; d'autre part, les lavements, auxquels on recourt d'habitude dans ces cas, activent la sécrétion de l'extrémité inférieure du tube digestif et la chute de son épithélium, d'où des selles muqueuses ou séreuses plus ou moins abondantes. Plus l'obstacle siége haut dans l'intestin grêle, plus, en d'autres termes, la portion d'intestin située au-dessous de l'obstacle est considérable, plus aussi ces évacuations alvines seront fréquentes et copieuses.

(1) MM. Ball et Liouville.

De plus ici elles n'ont jamais donné de grosses masses fécales, sauf le premier jour, où on les avait si nettemen constatées par le toucher vaginal.

Quant au mécanisme de la production de cet étranglement interne, nous l'attribuions à des brides péritonéales tenant à une péritonite circonscrite ancienne et actuellement réveillée (la malade ne pouvait nous donner aucun renseignement à cet égard). On sait, en effet, que, chez les femmes surtout, il se produit assez souvent de ces foyers de péritonites très-circonscrites qui évoluent presque à l'insu de la malade, mais laissent comme reliquat des brides rétractiles qui, à un moment donné, peuvent rétrécir et même étrangler l'intestin.

Notre malade présentait en outre les signes manifestes d'une inflammation péritonéale récente, déterminée sans doute par l'étranglement, et surtout localisée dans la région iliaque et hypogastrique.

Le pouls n'était pas très-fréquent, longtemps il oscilla entre 80 et 90. La température n'a jamais atteint 38 degrés. Il n'y avait donc pas là une fièvre franche. C'est ce que Wunderlich note comme très-fréquent dans les péritonites autre que la péritonite généralisée aiguë. Le même auteur fait remarquer que, quand ces péritonites prennent une tournure funeste, la température tombe au-dessous de la normale en même temps que le pouls s'accélère et devient filiforme, ou bien se ralentit outre mesure; c'est ce qu'il appelle le *collapsus*. La description qu'il en donne correspond bien à l'état que présentait notre malade deux ou trois jours avant de succomber. (La température était tombée à 35 et à 34 degrés; le pouls battait tantôt 120, tantôt 60 seulement.)

Cet *abaissement thermique de mauvais augure* contribuait à nous confirmer dans notre diagnostic de la possibilité d'un étranglement interne.

Autopsie. — Voici ce que nous a révélé l'autopsie, pratiquée le 17 novembre 1872, vingt-quatre heures après la mort, par mon chef de clinique, M. Liouville :

Rien d'anormal dans la cavité crânienne ni dans la cavité thoracique, si ce n'est quelques adhérences pleurales au sommet du poumon, sans tubercules.

A l'ouverture de la cavité abdominale, ce qui frappe d'abord c'est la coloration noire bleuâtre du grand épiploon et du péritoine, coloration qui par places tire sur le vert foncé et rappelle la macération cadavérique; mais il n'y a pas d'odeur nauséabonde, et cette coloration n'est donc pas le fait de la putréfaction.

Dans le petit bassin, à gauche de la ligne médiane, on trouve un gros caillot sanguin rouge brun, arrondi, du volume du poing, adhérant aux organes utérins, aux anses intestinales et en avant directement à la paroi abdominale, sans interposition de l'épiploon.

Le caillot est enveloppé par des feuillets néomembraneux épais, purement hématiques, formés de couches superposées de fibrine. En outre sur plusieurs points du gros intestin et de l'intestin grêle on trouve des filaments néomembraneux allant du mésentère sur l'intestin et bridant celui-ci sur plusieurs points.

Le gros intestin et l'iléon sont remplis par une matière épaisse, analogue à du mastic et tellement gluante qu'un violent courant d'eau ne parvient pas à la détacher complétement. Le reste de l'intestin grêle renferme une matière jaunâtre, liquide, analogue aux vomissements que rendait la malade.

Lorsqu'après cet examen général on a procédé à l'étude plus attentive de cette autopsie, on a relevé les détails suivants :

L'utérus n'offre pas un volume supérieur à celui qu'il présente à l'état de vacuité; sa surface externe est pâle et recouverte çà et là de filaments néomembraneux. La surface interne est un peu rougeâtre et piquetée, surtout quand on se rapproche du col.

La trompe et l'ovaire sont sains à l'extérieur et à la coupe, mais autour d'eux existent aussi quelques fausses membranes noirâtres très-déliées.

L'ovaire gauche est à sa place normale et n'a pas de volume exagéré; les brides y sont un peu plus nombreuses que sur son congénère. Son extrémité inférieure est cachée par la tumeur et plonge dans une portion de l'épanchement sanguin concrété en caillot. A cet endroit, on trouve la place d'un corps jaune, mais cette partie colorée en noir n'a nullement l'aspect d'un point par lequel se serait faite une hémorrhagie, surtout une hémorrhagie aussi abondante que celle dont les caillots remplissent le petit bassin.

Le ligament rond gauche et le ligament large du même côté sont intacts, ainsi que le ligament ovarien. Le pavillon de la trompe gauche adhère au gros caillot que nous avons indiqué et se perd à sa surface et dans son épaisseur. L'oviducte est absolument sain, son volume normal. Une dissection attentive permet de constater que le canal n'est pas élargi, qu'il est libre et qu'il ne contient aucune trace de sang. Lorsqu'après l'avoir sectionné en travers dans le milieu de son étendue on presse sur les deux extrémités, on peut à peine constater un peu d'humeur muqueuse incolore au niveau des deux orifices de la section. Un stylet fin, introduit dans la partie correspondante à la tumeur, chemine sans difficulté jusqu'à celle-ci, et quand on appuie un peu trop fort, une fois arrivé à ce point, la main sent très-bien que l'instrument pénètre, en le déchirant, dans le caillot sanguin qui constitue cette tumeur. Une soie de porc introduite dans la lumière du fragment utérin de la trompe sectionnée arrive facilement dans la cavité de la matrice et permet de constater qu'il n'y a ni dans cette partie de la trompe, ni au niveau de son abouchement avec la face interne de l'utérus, ni dans le fond de cette cavité aucune coloration rouge ou noire, aucune trace de caillot hémorrhagique.

La tumeur est à demi libre, adhérant en arrière au rectum, en dedans au pavillon. Son volume est bien de la moitié du poing, sa forme presque ovaïde. Sa surface libre est constituée par des caillots stratifiés. Quand on incise cette tumeur, on lui trouve une coque épaisse, blanchâtre, fibrineuse, dans laquelle sont disposés, dans des logettes de capacité variable, des caillots mous, noirs, semblables à de la confiture de groseille un peu épaisse. En examinant avec plus de soin encore cette tumeur, nous trouvons à sa partie moyenne une sorte de poche, à parois lisses, séreuses, paraissant formée de deux feuillets. Cette poche contient un amas rouge et inégal, de la grosseur d'une petite noix, qui paraît tout d'abord être un caillot; mais en l'enlevant on constate que l'on a affaire à *un fœtus parfaitement conformé*, qui paraît âgé d'*environ six semaines*. La surface du corps est lisse, bien formée; de l'ombilic part un petit fragment de cordon ombilical. La tête est bien configurée, le bulbe des yeux, et même leur coloration un peu bleuâtre se distinguent facilement, la forme du nez, de la bouche, des oreilles, est très-nette et bien dessinée. Les membres supérieurs sont bien marqués et terminés par de petites mains à doigts accolés. Les membres inférieurs sont très-courts, comme bourgeonnant, et terminés par des extrémités palmées et assez informes.

Ce fut là, vous le pensez bien, une véritable surprise, mais une surprise qui nous causait une certaine satisfaction, car on avait en main, et d'une façon palpable, la cause réelle de tous les phénomènes qui s'étaient si bizarrement déroulés devant nous. Toutefois, je dois le dire, dès le commencement de l'autopsie des organes génitaux et quand je pus voir au grand jour, plus à l'aise qu'à la salle sombre de l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, les différentes parties du petit bassin, j'eus l'idée que derrière cette péritonite hémorrhagique se trouverait probablement un produit de conception, et je fis diriger, je dirigeai moi-même les recherches dans ce sens. Vous venez de voir que cette fois notre attente ne fut pas trompée, car je fais passer sous vos yeux le *petit fœtus*, qui était inclus dans les masses hématiques.

CORRESPONDANCE.

Service de santé militaire : médecine et pharmacie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Il a été publié dans l'un des derniers numéros de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE une lettre aux rédacteurs, par un ancien médecin traitant de l'hôpital militaire de Strasbourg. Ce praticien affirme, à l'appui des revendications de la médecine militaire, qu'il n'a jamais pu obtenir une analyse sérieuse du pharmacien en chef dudit établissement.

A cela nous répondrons que le pharmacien dont il s'agit (et dont on ne saurait contester la compétence, puisqu'il est docteur ès sciences), a été seul pendant plus d'une année pour faire face aux exigences d'un service très-important; les élèves militaires qui lui étaient adjoints, ayant tout à apprendre de lui, ne pouvaient être que de médiocres auxiliaires. Dans ces conditions, la préparation des médicaments devait passer avant toutes les recherches théoriques. Si messieurs les médecins traitants avaient eu un grand intérêt à voir exécuter les travaux chimiques qui se reliaient au traitement des malades, ils auraient pu obtenir, par la voie hiérarchique, une augmentation du personnel pharmaceutique de l'hôpital.

Il faut bien se pénétrer, d'ailleurs, que, fussent-ils possesseurs de l'autorité la plus absolue, les médecins d'un hôpital ne pourront jamais obtenir des pharmaciens qu'une somme raisonnable de travail, et qu'on fait d'analyses on pourra toujours leur présenter les apparences pour la réalité. Je déduis même de ce prétendu grief une conséquence importante, c'est qu'il faut mettre les pharmaciens militaires en état de satisfaire, par leur nombre, aux besoins de jour en jour plus multipliés de la chimie médicale.

Celui qui écrit ces lignes a vu, dans un hôpital de Paris, un seul service de fiévreux exiger d'un coup huit dosages d'urée. Eût-il été possible d'accomplir ce travail avec le personnel de l'hôpital de Strasbourg? Le second grief énoncé par le médecin militaire qui a soulevé ce débat est relatif à la qualité douteuse de la digitale mise à sa disposition; il n'existait aucun caractère physique capable de faire reconnaître la mauvaise qualité de ce médicament; pourquoi donc incriminer la commission qui l'a accepté et le pharmacien qui le délivrait

Si le médecin traitant eut été bien sûr de son inefficacité, il eût fait déclarer cette digitale impropre au service, car le cas est prévu par les règlements militaires.

Mais j'ai ouï dire que le médecin qui déclare excellent ce médicament lorsqu'il le tire de l'hôpital civil, le trouvait inactif lorsque le pharmacien de l'hôpital militaire lui en donnait à son insu ayant la même provenance.

L'auteur des appréciations que je discute fait un grand éloge de la pharmacie dirigée, à l'hôpital civil, par l'honorable M. Hepp. « C'est ce savant chimiste, dit-il, qui nous fournissait libéralement les *médicaments nouveaux à expérimenter*. » L'aveu est précieux à recueillir, *habemus confitentem reum*, on ne saurait avouer plus bénévolement son dédain des prescriptions réglementaires. En effet, il est écrit dans le formulaire des hôpitaux militaires qu'on ne doit employer que les substances inscrites à la nomenclature détaillée dans ledit ouvrage. L'État refuse donc au médecin militaire le droit d'expérimenter des médicaments nouveaux sans une autorisation spéciale, et quelle que soit la part d'autonomie dévolue au corps de santé, jamais cette prohibition ne sera levée, parce que la santé des malades et les intérêts du Trésor public ne s'accommodent pas des caprices individuels en fait de médicaments.

D'ailleurs peut-on nous proposer sérieusement d'imiter M. Hepp qui avait reçu carte blanche de l'administration des hospices civils, et qui dépensait des sommes considérables pour avoir des médicaments considérés par lui comme étant de premier choix. L'administration de la guerre fait admettre les médicaments par des commissions compétentes, où se trouve au moins un médecin militaire, mais elle ne saurait encourager de coûteuses fantaisies qui ne peuvent être satisfaites, d'ailleurs, sur une grande échelle.

Veuillez agréer, etc.

X...,
pharmacien-major.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine.

SÉANCES DES 17 ET 18 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie reçoit: *a*. Un pli cacheté de M. le docteur *Ferray* et de M. le docteur *Vibert*. — *b*. L'observation d'un enfant qui aurait rendu une portion d'intestin, par M. le docteur *Demarquette*. — *c*. Un travail de M. *C. Husson* (de Toul) sur les propriétés chimiques de l'hématoglobuline. — *d*. Des lettres de remercîments de MM. *Laurent*, *Audant*, *Huchard* et *Labadie-Lagrave*. — *e*. Des documents relatifs à l'organisation du service de santé à l'étranger et une lettre de M. *Léon Le Fort* sur la même question (*Voy*. page 475).

M. *Gubler* dépose sur le bureau : 1° Une brochure de M. le docteur *Aissa Hamdy* sur la circoncision. — 2° Une thèse du même auteur sur la propylamine et la triméthylamine.

M. *Gueneau de Mussy* offre à l'Académie: 1° Un mémoire de M. *Labadie-Lagrave* intitulé: DES COMPLICATIONS CARDIAQUES DU CROUP ET DE LA DIPHTHÉRIE, ET EN PARTICULIER DE L'ENDOCARDITE SECONDAIRE DIPHTHÉRITIQUE. — 2° Une brochure de M. le docteur *Choussy* sur les eaux de la Bourboule. — 3° Un travail de M. le docteur *Geoffroy* sur le traitement abortif de l'érysipèle par la teinture d'iode.

Nos honorables, on s'en souvient, s'étaient donné rendez-vous pour jeudi dernier, dans l'espérance d'apaiser au plus vite cette tempête dans un verre d'eau qui était venue troubler les séances ordinairement si calmes de l'Académie. Tout allant bien, chaque orateur avait débité son petit discours, et l'on croyait tout fini quand, hélas! M. Fauvel est venu souffler sur le feu, et nous ne sommes pas au bout de nos peines. On a discuté jeudi et mardi, on discutera encore mardi prochain, et Dieu sait quand tout cela finira, car il y a encore neuf personnes inscrites, neuf orateurs à entendre sinon à écouter, et avec une pareille température ! C'est dur, a dit M. Béhier à la fin de la séance; c'est trop, répétait M. Larrey

en priant M. le président d'inviter nos orateurs à abréger ou même à supprimer complétement leurs discours.

Donc, jeudi dernier, M. *Poggiale* a continué son plaidoyer en faveur de la pharmacie : la subordination est chose mauvaise et doit être rejetée au nom de la science, de la morale et du contrôle, surtout du contrôle, car un subordonné n'oserait relever les erreurs de son chef, et Dieu sait alors ce qui en résulterait. M. Poggiale va lire comme preuve sept à huit ordonnances mal faites ou erronées qui auraient causé la mort de quelques malades, quand M. Béhier lui fait observer que si les médecins se trompent, les pharmaciens ne sont pas infaillibles, et qu'il pourrait citer à son tour des pharmaciens qui ont empoisonné des gens avec ou sans ordonnance de médecin ; M. le président se hâte de couper court à cet incident qui montre à quel point en était arrivée la discussion.

M. Poggiale reprend sa plaidoirie : les pharmaciens sont aussi utiles que les médecins et partagent comme eux les périls de la guerre ; même utilité au point de vue scientifique. Donc il n'y a pas nécessité de subordonner les uns aux autres.

Les médecins veulent obtenir la direction des services hospitaliers. Est-ce possible ? Non, car les médecins ne sont pas administrateurs ; et s'ils le devenaient ils n'auraient plus le temps d'être médecins.

Les médecins se plaignent de ne pas avoir assez d'autorité dans les hôpitaux militaires et d'être sans cesse arrêtés par l'intendance. Ils ont tort, car le règlement leur donne des pouvoirs suffisamment étendus.

Outre cette prétention à vouloir tout diriger, ils voudraient bien avoir l'autorité suprême, mais sans la responsabilité, ce qui n'est guère logique.

Actuellement, c'est l'intendance qui dirige et administre ; dans le projet de la troisième sous-commission, le service de santé tomberait entre les mains de l'état-major. En somme, la médecine n'y gagnerait guère, elle changerait de maître et serait bien loin de l'autonomie tant désirée.

En résumé, conclut M. Poggiale, la subordination est illégale et injuste ; la médecine est incompétente en matière administrative ; donc laissons les choses telles qu'elles sont.

C'est aussi l'opinion de M. *Boudet*, qui prend ensuite la parole et fait remarquer, dès le début, que les médecins militaires, malgré toutes leurs belles paroles, veulent tout simplement, au fond, rabaisser la pharmacie militaire.

Le rapport de la commission a-t-il une valeur réelle ? Non, car on a étudié la question à la hâte, en six séances, à peine le temps de se reconnaître, de recueillir des renseignements, et il est impossible qu'une enquête sérieuse ait été faite.

Quant au projet de subordination, il ne vaut rien ; la commission a rejeté avec raison le système de la fusion. Si elle avait voulu être logique, elle aurait dû rejeter aussi la subordination, qui décrète que les médecins peuvent intervenir dans la pratique de la pharmacie. D'ailleurs, cette subordination a le tort d'abaisser le niveau moral et scientifique de la pharmacie militaire.

On cite comme exemple les pays étrangers, l'Angleterre, l'Italie, la Prusse ; on a tort de vouloir copier la Prusse, et dans tous ces pays la pharmacie n'est pas estimée à sa juste valeur.

Conclusions : maintenons l'état actuel en améliorant s'il y a moyen.

M. *Broca*, comme rapporteur, monte à la tribune et fait observer avec raison qu'on a en somme fort peu attaqué son rapport et fait beaucoup d'éloges de la pharmacie.

Les pharmaciens rejettent la fusion ; la commission aussi ; il est heureux de se trouver une fois par hasard de leur avis, et M. Poggiale aurait pu se dispenser de discourir une demiheure sur ce point de la question.

On lui reproche d'imiter les étrangers et surtout la Prusse ; d'abord on n'emprunte rien à la Prusse, puisque l'idée d'autonomie vient d'Amérique et d'Angleterre ; en outre, tous les pays de l'Europe admettent l'autonomie. Il est grand temps qu'elle s'introduise en France.

Les pharmaciens se figurent toujours qu'on veut les rabaisser ; c'est une idée fixe dont on ne trouve pas trace dans le rapport.

Quant à l'accusation de légèreté, de précipitation, que M. Boudet a lancée contre la commission, si l'on a été un peu vite, c'est la faute du gouvernement, du ministre qui demandait une réponse dans le plus bref délai.

Après avoir enfin rectifié une soi-disant erreur que lui reprochait M. Poggiale à propos de l'effectif des officiers de santé militaires, M. Broca conclut comme la commission, qu'il faut laisser de côté les questions personnelles et ne voir que l'intérêt du pays ; or, cet intérêt exige l'autonomie du service médical, et cette autonomie s'établira malgré l'intendance et la pharmacie.

Après cette courte et énergique réponse, on croyait la discussion terminée ; MM. Legouest et Larrey renonçaient à la parole ; M. Béhier demandait la clôture de la discussion, quand M. Fauvel s'est levé pour présenter « des considérations nouvelles » sur un point de la question que n'avait pas abordé le rapport. On a accepté parce qu'il était difficile de refuser ; mais cette intervention de M. Fauvel, au moment où tout paraissait terminé, a produit un effet que toute la considération dont jouit l'honorable membre n'a pas suffi à corriger.

Mardi donc on reprenait cette discussion.

Après un incident soulevé par M. Fauvel, qui tient absolument à parler avant M. Legouest, l'Académie maintient l'ordre d'ordre d'inscription. M. Legouest monte à la tribune pour répondre aux arguments de M. Poggiale, qui s'agite et interrompt, malgré les observations du président.

M. *Legouest* commence par écarter les questions personnelles ou professionnelles, qui ne sont nullement en cause, car rien dans le projet de la commission ne justifie les craintes des pharmaciens ; on leur conserve en effet les mêmes fonctions, les mêmes attributions, la même hiérarchie jusqu'au grade d'inspecteur général qui seul est supprimé. Il n'a jamais été question de rabaisser la pharmacie, qui continuera à rendre comme par le passé des services à son pays.

Quant au parallélisme, il a toujours existé, c'est vrai, mais il a toujours été attaqué, et à chaque projet de réorganisation on a demandé sa suppression.

Les pharmaciens trouvent que l'intendance fonctionne admirablement ; ils ne sont pas difficiles, et pour avoir une idée du savoir-faire de l'administration, on n'a qu'à consulter les ouvrages publiés après les guerres de Crimée, d'Italie ou la campagne de 1870.

Les médecins militaires, disent encore les pharmaciens, se plaignent à tort de l'intendance ; ils ont des pouvoirs fort étendus dans les hôpitaux. Erreur répond M. Legouest, et il donne lecture d'une série d'articles du règlement qui permettent à l'intendant d'intervenir dans les moindres détails du service médical.

Les médecins ne sont pas administrateurs ; tel est le grand argument de M. Poggiale. Les faits démontrent encore le contraire : on a vu à l'œuvre les médecins dans l'armée anglaise, en Crimée et en Amérique où, pendant la guerre de sécession, ils ont organisé un service médical que toutes les nations de l'Europe ont cherché à imiter depuis. Les hospices d'aliénés sont dirigés par des médecins, et les écoles vétérinaires n'ont réellement fait de progrès que depuis qu'elles sont entre les mains des médecins vétérinaires.

Les médecins, dit encore M. Poggiale, veulent bien diriger, mais sans être responsables. Autre erreur, car l'article 15 leur donne un conseil d'administration et ils sont responsables.

Que demandent maintenant les pharmaciens ? Le *statu quo ?* La question est jugée. La double autonomie ? Mais elle ne ferait que reproduire l'état actuel et un parallélisme plus

fâcheux encore et plus impossible que le parallélisme d'aujourd'hui.

Il faut donc se résoudre à une autonomie qui n'a en somme rien d'humiliant, à une subordination qui existe dans la marine militaire, où les pharmaciens sont subordonnés aux médecins, sans qu'il en résulte aucun froissement. Pourquoi ce qui est bon dans la marine serait-il mauvais dans l'armée de terre?

En résumé, M. Legouest propose, comme M. Broca, l'autonomie du corps de santé, la suppression du parallélisme et la subordination de la pharmacie à la médecine, tout en conservant à la première ses attributions et ses avantages.

Ce discours fort remarquable, que nous recommandons aux lecteurs du Bulletin, a été accueilli par les applaudissements de l'Académie et du public.

M. *Fauvel*, après un très-court préambule sur l'hygiène des armées en Égypte et en Crimée, ce qui n'est nullement dans la question, arrive enfin aux nouvelles considérations qu'il voulait présenter à l'Académie.

La commission a bien établi le principe de l'autonomie du corps médical, mais cela ne suffit pas; il fallait démontrer les vices du système actuel; définir le sens de cette autonomie, présenter une sorte de programme, organiser le service dans ses attributions et ses rapports avec le commandant en chef, étudier, en un mot, les conséquences, les applications du système qu'on propose d'inaugurer. Car il ne faut pas se faire d'illusions, l'intendance est forte et très-forte, elle fait le mort aujourd'hui, ne bouge et ne dit mot, mais elle attend les médecins le jour où ils voudront passer de la théorie à la pratique et si l'on n'arrive pas avec des idées nettes et un programme bien arrêté, que d'arguments en sa faveur! En attendant on soulève une question de rivalité professionnelle qui fait le jeu de l'intendance.

Quant aux rapports de la pharmacie avec la médecine, l'autonomie du corps médical n'entraîne pas nécessairement la subordination des pharmaciens, ou du moins rien ne le démontre dans le rapport qui se contente de poser le principe, sans phrase et sans explications. Rien ne prouve que l'indépendance des deux sections au service de santé soit impraticable, car nous voyons bien dans l'armée le génie et l'artillerie fonctionner séparément et parallèlement.

Après un appel à la conciliation, M. Fauvel demande que le rapport soit renvoyé à la commission qui comblera ces lacunes.

Après quelques mots de M. Béhier et de M. Larrey qui prient de donner une solution au plus vite, la suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain. M. Dumas est inscrit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS. — KYSTE SÉBACÉ CALCIFIÉ. — DES OBSTRUCTIONS DU RECTUM PAR LES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS.

M. *Lannelongue* présente un polype naso-pharyngien et donne sur le malade les renseignements suivants.

C'était un garçon très-affaibli par les hémorrhagies, qui portait dans le fond de la gorge une tumeur du volume du poing, implantée sur la base du crâne, et envoyant deux prolongements dans les fosses nasales. Section médiane du voile du palais avec le galvano-cautère; puis, une anse galvanique est placée derrière la masse, et la tumeur est séparée de son point d'insertion. M. Lannelongue gratte ensuite la base du crâne. Un mois après, le malade paraissait guéri.

Il y a deux mois, de nouvelles hémorrhagies apparurent; de nouveau, grande gêne dans la respiration. Le malade entre à l'hôpital de Bicêtre. Le polype envoie des prolongements dans la fosse temporale d'un côté, sous l'apophyse zygomatique du côté de la fosse nasale et de l'orbite. Dans le fond de la gorge, on constate la présence d'une masse considérable. Il fallait employer une méthode ouvrant une large voie: ablation du maxillaire supérieur, par le procédé de Nélaton. L'extirpation des prolongements fut difficile, principalement de celui de la fosse temporale. Le pédicule de la tumeur est excisé avec des ciseaux et un bistouri boutonné; il avait 4 centimètres de largeur. M. Lannelongue gratte le périoste en ce point et met les os à nu. Le malade faillit succomber; la température s'éleva bientôt à près de 40°. Mais le cinquième jour, les accidents sérieux avaient disparu. En enlevant le maxillaire supérieur, M. Lannelongue avait laissé la muqueuse palatine, pour garder une voûte ostéo-muqueuse; mais quelques points se mortifièrent, et une suture devint nécessaire. A l'œil nu, la tumeur a l'aspect fibreux; au microscope, outre le tissu fibreux, on trouve des éléments embryonnaires de tous les âges; mais l'élément fibreux domine. Selon M. Lannelongue, cette tumeur est un sarcome; il en était de même de la tumeur enlevée dans la première opération. Chaque prolongement part du pédicule comme les grains d'une grappe de raisin; le tout est enveloppé par une membrane fibreuse.

M. Lannelongue avait opéré peu de temps avant un jeune garçon; il avait divisé le voile du palais avec des ciseaux et avait coupé ensuite le pédicule. Plus tard, la récidive ayant eu lieu: ablation du maxillaire supérieur. Plus tard encore, nouvelle récidive; alors ligature de la carotide externe pour modifier la nutrition de la tumeur; le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une infiltration d'éléments fibro-plastiques dans les os du crâne, dans le maxillaire inférieur.

M. *de Saint-Germain* reçut dans son service à l'hôpital des Enfants malades, en janvier 1871, une petite fille de onze ans. Dans le fond de la gorge, derrière le voile du palais, existait une tumeur rouge dont on ne trouvait pas l'implantation. Les fosses nasales étaient obstruées. M. Guyon vit la malade et déclara qu'il ne croyait pas à un polype naso-pharyngien, à cause du peu de vascularisation de la masse; il conseilla de fendre le voile du palais et d'arracher la tumeur avec des pinces. Le polype fut ainsi arraché; son point d'implantation était situé immédiatement au-dessus de l'orifice postérieur des fosses nasales. C'était un gros polype muqueux qui envoyait des prolongements dans les deux fosses nasales.

M. *Guyon* a fait plusieurs opérations de polypes naso-pharyngiens: 1° Un jeune homme de dix-sept ans, fils d'un médecin, avait un polype peu volumineux, avec prolongements dans la fosse nasale et la fosse zygomatique droites; hémorrhagies fréquentes. Division du voile du palais. Electrolyse avec l'appareil de Thenard; les hémorrhagies cessèrent et la tumeur diminua beaucoup de volume. Le prolongement de la joue fut ensuite enlevé. Le malade, opéré en 1868, va bien, mais il reste sur l'apophyse basilaire un coussin qui ne fait pas de progrès.

2° La même année, en 1868, M. Guyon opéra un autre malade par l'électrolyse; mais le sujet a été perdu de vue avant la guérison complète de sa maladie.

3° Un troisième malade, qui a aujourd'hui vingt-cinq ans, fut opéré en 1867 par M. Houel; ablation du maxillaire supérieur. L'année suivante, récidive; le polype avait le volume d'un œuf de poule. M. Guyon en enleva une partie avec un serre-nœud, puis une autre partie avec des pinces, et termina par l'électrolyse. Le malade a été revu cette semaine; il est bien guéri et possède aussi le coussinet pharyngien qui ne fait pas de progrès.

M. Guyon a vu un malade opéré par M. Nélaton une première fois; M. Guyon fit l'électrolyse à travers le voile du palais. Le malade est opéré depuis trois ans; il a un coussinet basilaire qui s'atrophie.

M. *Verneuil* est frappé des résultats avantageux racontés ici. Robert le premier a parlé du coussinet basilaire; mais ce n'est pas là une guérison. Un des malades de M. Verneuil a eu ce

coussinet et, dans l'espace de trois ans, on dut enlever deux fois des saillies de quelques centimètres. Chez le malade opéré par Ad. Richard, c'est huit ans après cette première opération que le prolongement basilaire a pris de l'extension.

— M. *Paulet* fait un rapport verbal sur une tumeur envoyée à la la Société par M. Béchade (de Versailles), avec l'observation. C'est une tumeur enkystée de nature calcaire, extraite de la région latérale droite du cou; elle ressemble à un calcul phosphatique, et pèse 10 grammes. Le malade, âgé de vingt et un ans, la portait depuis trois ans; elle était située à 4 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, au niveau du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Quel était le siége anatomique de cette production? Était-ce un kyste sébacé calcifié ou un ganglion lymphatique calcifié? La tumeur semblait indépendante de la peau, mais on ne trouve rien de précis à cet égard dans l'observation. Les kystes sébacés calcifiés ne sont pas rares; si la tumeur était un ganglion lymphatique calcifié, ce serait plus intéressant. Mais le microscope a montré qu'il s'agissait d'un kyste sébacé calcifié.

— M. *Faucon* lit un mémoire sur les obstructions du rectum par les corps fibreux de l'utérus; cette obstruction peut être assez complète pour amener des symptômes d'étranglement. En 1871, M. Faucon fut témoin d'un cas de ce genre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Broca, ce qui l'engagea à faire des recherches dans les auteurs sur ce point intéressant. Les classiques sont très-sobres à ce sujet. En 1853, M. Nélaton fit une leçon clinique sur une obstruction du rectum par un corps fibreux, ayant nécessité l'entérotomie. M. Duchaussoy, dans son mémoire, cite deux observations, une de lui, et une de Holdouses. M. Herrgott a observé un fait analogue.

Lorsque le corps fibreux est très-volumineux, il remonte dans le ventre, et l'intestin lui échappe; ce sont les corps fibreux du petit bassin qui donnent les accidents, ou ceux qui sont fixés dans le bassin par des adhérences. Dans le cas de Duchaussoy, la tumeur agissait simplement comme corps pesant; le doigt, introduit dans le vagin, pouvait déplacer cette tumeur et faire cesser l'obstruction. Dans le cas de Nélaton, le corps fibreux ne pouvait être déplacé; rétention d'urine et de matières fécales. Vomissements stercoraux; anus artificiel dans la fosse iliaque gauche: mort huit jours après l'opération. La malade de M. Herrgott avait le petit bassin complétement rempli par la tumeur: opération; mort le lendemain. La tumeur fibreuse siégeait en haut de l'utérus et avait rétrofléchi cet organe; on pouvait sur le cadavre redresser l'utérus avec la main; peut-être aurait-on pu, par ce moyen, faire cesser les accidents. — La malade de Holdouses avait cinquante-trois ans: anus artificiel; mort dix jours après l'opération. A l'autopsie le corps fibreux ne comprimait pas complétement le rectum; on pouvait encore y introduire une petite sonde. L'utérus, adhérant au rectum à ce niveau, avait ulcéré les parois de cet intestin. Chez la malade de M. Broca, opération de Callisen; mort. La tumeur n'était pas assez volumineuse pour remplir le petit bassin, mais elle était maintenue par des adhérences solides. Les tumeurs qui ont amené ces accidents étaient interstitielles ou sous-péritonéales; elles siégeaient dans la paroi postérieure ou sur le bord supérieur de la matrice.

Traitement. — Employer les moyens ordinaires, chercher à redresser la tumeur, à la déplacer. M. Herrgott fit l'extirpation de la tumeur, M. Nélaton l'entérotomie inguinale; M. Broca et Holdouses l'entérotomie lombaire. M. Faucon semble préférer cette dernière opération.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

DISCUSSION SUR LES HÉMORRHAGIES CUTANÉES ET VISCÉRALES CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES : MM. CHARCOT, VULPIAN, OLLIVIER. — ŒDÈME ET CONGESTION DU POUMON DU CÔTÉ DE L'HÉMIPLÉGIE DANS UN CAS DE RAMOLLISSEMENT : M. OLLIVIER. — TUBERCULISATION DES MÉNINGES SPINALES DANS UN MAL DE POTT : M. LIOUVILLE. — ATROPHIE UNILATÉRALE PARTIELLE DE LA MOELLE A LA SUITE DE L'ARRACHEMENT DU NERF SCIATIQUE : M. HAYEM. — ALTÉRATIONS DES CYLINDRES D'AXE DANS LA MYÉLITE : M. JOFFROY.

Le procès-verbal de la dernière séance a été l'occasion d'une discussion très-intéressante à propos des faits communiqués par MM. Ollivier et Barety dans la dernière séance. M. Liouville avait déjà fait observer que les hémorrhagies cutanées et viscérales chez les hémiplégiques étaient dès longtemps connues à la Salpêtrière par les élèves de Charcot et de Vulpian.

Aujourd'hui, M. *Charcot* résume très-nettement l'état historique de cette question. Schiff le premier a parlé des hémorrhagies viscérales observées chez des animaux auxquels on pratique des lésions cérébrales. M. Charcot le premier a signalé chez les malades atteints d'hémorrhagie cérébrale les ecchymoses sous-cutanées, intra-crâniennes, les ecchymoses des plèvres de l'endocarde et de la muqueuse de l'estomac, et même les ecchymoses intra-viscérales dans le poumon. Des observations analogues ont été faites par lui chez des malades atteintes de ramollissement apoplectiforme. Depuis cinq ans ces faits ont été maintes fois observés à la Salpêtrière. Quant à l'œdème du côté paralysé, il est également d'observation vulgaire.

M. *Vulpian* confirme les remarques faites par M. Charcot; il ajoute que le mécanisme de ces hémorrhagies n'est pas encore bien connu; les faits qu'il a récemment rapportés à propos des ecchymoses de l'estomac observées chez les lapins à la suite de la section du trijumeau tendent à montrer que ces ecchymoses et ces hémorrhagies peuvent être déterminées par des obstructions vasculaires.

M. *Ollivier* reconnaît la priorité des faits qui lui sont signalés mais considère ceux qu'il rapporte comme des exemples d'altérations plus considérables que celles qui ont été indiquées. Il ajoute un nouveau fait, celui d'un homme atteint de ramollissement et qui présenta du côté paralysé de l'œdème et de la congestion du poumon et du rein correspondant.

— M. *Liouville* présente un exemple de tuberculisation de la face interne de la dure-mère spinale chez un malade qui a succombé à un mal de Pott. Il n'y avait pas de tuberculisation du cerveau ni de ses enveloppes. Il semble dans ce cas que l'éruption tuberculeuse de la face interne de la dure-mère ait été déterminée par la propagation des tubercules siégeant à la face externe.

M. *Hayem* montre des préparations de la moelle chez deux lapins auxquels il a arraché le nerf sciatique. On voit très-clairement que du côté où le nerf a été arraché la moelle est atrophiée, surtout dans les faisceaux postérieurs, les cellules nerveuses de la corne antérieure et plus particulièrement celles du groupe antéro-externe sont atrophiées. Ainsi l'atrophie des cordons postérieurs a été suivie d'une atrophie des cellules de la corne antérieure, d'où résulte la démonstration d'une relation intime entre les cordons postérieurs et les cellules nerveuses de la corne antérieure.

M. *Charcot* observe que ces faits expérimentaux viennent à l'appui des notions anatomiques de Kœlliker sur la communication des faisceaux internes des racines postérieures avec la corne antérieure; de plus, MM. Charcot et Pierret ont admis cette communication pour expliquer ce fait clinique que dans l'atrophie musculaire progressive les lésions peuvent s'étendre aux cornes antérieures par l'intermédiaire des fibres radiculaires internes des racines postérieures.

— M. *Joffroy* signale dans des cas de myélite expérimentale des altérations des cylindres d'axe analogues à celles qui ont été signalées par Frohmann, Charcot et Joffroy dans les myélites chroniques. Ces altérations consistent dans la tuméfaction des cylindres d'axe, très-manifeste sur des coupes transversales et déterminant dans le sens longitudinal des dilatations moniliformes des cylindres d'axe. Cette altération représente peut-être le premier degré de la désintégration granuleuse qui s'observe dans les myélites chroniques. M Joffroy a, en outre, observé des altérations des cellules décrites par Deiters, lesquelles deviennent plus apparentes dans certaines lésions de la moelle, et en particulier dans le syphilome.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Empoisonnement par des escargots, par le docteur Ad. Dumas.

Sept individus ont éprouvé des symptômes évidents d'empoisonnement (nausées, vomissements, diarrhée, vertiges, fièvre, etc.) après avoir mangé des escargots. Aucun des autres mets du repas n'avait été goûté par tous les convives ; la casserole dans laquelle avaient cui les escargots était fraîchement étamée. Il ne paraît pas douteux que ces mollusques ont été le véhicule de la matière toxique. Or, on sait qu'ils se nourrissent souvent de plantes vénéneuses (belladone, digitale, ciguë, etc.); de là vient l'habitude où l'on est de les faire jeûner avant de les manger, ce qui n'avait pas eu lieu dans le cas actuel Le terrain sur leqnel avaient été ramassés les escargots portait du buis, de l'euphorbe et du fusain. Il ne faut pas oublier non plus que les *échalas*, avant d'être plantés en terre, sont souvent trempés dans une solution de sulfate de cuivre.

Des faits analogues ont été cités par Reussi, par Gaspard, et rappelés par Merat et Delens dans leur Dictionnaire de matière médicale. (*Montpellier médical*, juin 1873.)

Engouement et inflammation herniaires, tympanite abdominale. Ponction abdominale et herniaire, par le docteur Cauvy.

Cette observation, adressée à M. Fonssagrives, est celle d'un individu chez lequel l'étranglement d'une hernie inguinale avait amené, outre l'irréductibilité de la tumeur, une tympanite abdominale considérable. Six ponctions successives ont été pratiquées, tant sur la hernie que sur l'abdomen, et ont donné lieu chaque fois à la sortie d'une grande quantité de gaz, suivie de soulagement; à la fin, c'est-à-dire au bout de dix jours, la hernie put être réduite. Les ponctions avaient eu pour avantage d'enrayer pour un temps les accidents, de diminuer la dyspnée, de détendre la tumeur jusqu'au jour où celle-ci fut assez molle et assez amoindrie pour pouvoir être réduite.

La Gazette s'est assez souvent et assez longuement occupée de la question de la ponction abdominale pour qu'il soit peu utile d'y revenir ici. (*Montpellier médical*, 7 juin 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme, par le docteur Alfred Fournier. 1 vol. de 1108 pages. — Chez Delahaye.

M. le docteur Fournier a inauguré, il y a quelques années, à l'hôpital de Lourcine, une clinique sur les maladies syphilitiques. C'est une partie de cet enseignement clinique qu'il publie aujourd'hui, sous forme de leçons rédigées par ses internes et revues avec soin par le professeur. Toute la syphilis n'est pas comprise dans ce volume, si considérable qu'il soit. Il n'y est question que des accidents primitifs et secondaires; la syphilis tertiaire est réservée pour un autre volume. L'étude des accidents vénériens non syphilitiques : chancre simple, vaginite, blennorrhagie, etc., sera probablement l'objet d'une publication ultérieure. On voit que l'œuvre de M. Fournier est une entreprise de longue haleine, et qu'elle constituera, une fois terminée, le travail le plus complet qui ait été publié jusqu'ici en France sur les maladies vénériennes.

Le volume commence, comme il convient, par l'étude des lois qui président à l'éclosion et au développement de la syphilis. Ces lois sont les mêmes chez la femme et chez l'homme. L'auteur, dans un style imagé qu'il affectionne, fait de la syphilis une sorte de drame en trois actes : 1° contamination; 2° production de la lésion primitive siégeant au point contaminé; 3° explosion des symptômes secondaires. Ces trois actes supposent des entr'actes représentés par des périodes intercalaires de première et de seconde incubation.

En décrivant le chancre, son siége, ses variétés, M. Fournier a soin de nous mettre en garde contre l'opinion encore trop répandue qui attribue au chancre une physionomie en quelque sorte effrayante, en rapport avec sa dénomination. Tous ceux qui ont accordé quelques mois à l'étude clinique de la syphilis savent sous quelles apparences bénignes, insignifiantes, se présente le chancre infectant, le véritable chancre syphilitique. C'est surtout chez la femme que le chancre affecte ces allures qu'on pourrait appeler débonnaires, à tel point que chez elle, dans plus de la moitié des cas, le chancre infectant passe inaperçu, et les accidents secondaires sont les premiers qu'on ait à constater. Lors même que le médecin assiste à l'évolution de la maladie, l'erreur peut être commise s'il attache une importance exclusive à certains signes, qui peuvent faire absolument défaut chez la femme, l'induration, par exemple; elle peut se dissimuler, bien qu'elle existe réellement, sous forme d'induration lamelleuse, superficielle (induration papyracée); elle peut manquer complétement dans certaines régions, où il est impossible de la constater (caroncules, fosse naviculaire). En outre, certaines lésions secondaires peuvent s'indurer de la façon la plus caractérisée et jouer complétement le rôle d'un chancre. L'erreur sera presque fatale dans beaucoup de cas.

En somme, le chancre s'indure chez la femme comme chez l'homme, quoi qu'on ait voulu dire à l'encontre.

Ce point bien établi, nous étudions les différents chancres, leurs variétés, leur complication, leur traitement, et nous voyons, pour ce dernier point particulièrement, combien sont inutiles et souvent dangereuses toutes les médications imaginées. Avec de l'hygiène, de l'eau et de la charpie, on guérit facilement les chancres, ou du moins on les laisse guérir.

Le bubon, ou plutôt l'engorgement ganglionnaire indolent, qui suit le chancre, « comme l'ombre suit le corps », doit être également étudié avec détails. C'est un symptôme de premier ordre, un de ceux qui, une fois reconnus, remettront le plus souvent sur la voie le diagnostic mal engagé. M. Fournier lui a consacré une leçon entière en témoignage de son importance toute spéciale.

Nous arrivons à la période secondaire, et ici se produisent déjà des vues toutes personnelles sur les phénomènes généraux déterminés par l'évolution de la syphilis, et sur lesquels nous reviendrons. Trois leçons sont consacrées à l'étude des syphilides cutanées.

Au point de vue pratique, M. Fournier reconnaît huit types de syphilides : 1° type érythémateux; 2° type papuleux ; 3° type squameux; 4° type vésiculeux; 5° type pustulo-crustacé; 6° type bulleux; 7° type maculeux; 8° type gommeux. Plus loin nous trouvons un tableau d'ensemble, une sorte d'ordonnancement chronologique des syphilides, divisées en trois groupes, suivant qu'elles sont précoces, tardives ou intermédiaires. Cette hiérarchie chronologique des syphilides n'a rien de fixe ni d'immuable, mais elle est le point de départ d'appréciations le plus souvent justifiées sur la date de la syphilis, sa marche, et quelquefois d'inductions pronostiques sur la gravité de la maladie.

L'alopécie, l'onyxis dans ses diverses variétés, le péri-onyxis, sont, à titre de lésions fréquentes, envisagées à part, et nous arrivons aux syphilides muqueuses, qui jouent, chez la femme en particulier, un rôle si important dans l'évolution de la syphilis.

Toutes ces syphilides muqueuses sont confondues abusivement par certains pathologistes sous la dénomination générique de plaques muqueuses. M. Fournier n'a pas de peine à démontrer combien cette dénomination est fausse et insuffisante. Il propose de ranger les syphilides muqueuses sous quatre types différents : syphilides érosives, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques et ulcéreuses. Toutes ces formes peuvent se combiner, s'associer; elles peuvent se compliquer d'accidents divers : érythèmes, œdèmes, phlegmons, etc., d'où certaines formes mixtes, dissimulées et faites pour mettre à l'épreuve la sagacité du syphiligraphe.

En dehors des syphilides vulvaires, qui constituent le groupe le plus important, il faut encore considérer les syphilides vaginales (très-rares), les syphilides utérines, qui donnent si souvent la clef de certaines contaminations mystérieuses, les syphilides anales, buccales et pharyngiennes, celles du larynx, les syphilides du conduit auditif.

Toutes ces variétés de siége correspondent à certaines variétés de forme, d'aspect qu'il faut connaître, et l'importance qui s'y attache justifie les développements que notre auteur a dû consacrer à cette étude.

La fonction visuelle peut se trouver, on le sait, gravement compromise par suite des lésions syphilitiques de l'œil. Depuis longtemps la conjonctivite, l'iritis surtout, sont bien connues. L'ophthalmoscope a permis de reconnaître d'autres lésions plus profondes : choroïdite, rétinite, et de mieux analyser ce qu'on englobait autrefois sous le nom d'ophthalmies profondes. Ces nouvelles recherches sont résumées et reproduites avec tous les détails nécessaires. Les indications thérapeutiques sont nettement formulées.

Jusqu'ici, M. Fournier n'a guère abordé que des faits du domaine commun, relevant, çà et là, quelques erreurs, mettant en relief quelques points trop effacés. Dans une série de leçons qui constituent presque la seconde partie de son ouvrage, il étudie des symptômes moins connus, plutôt soupçonnés jusqu'ici que bien nettement décrits. C'est un progrès clinique dans lequel son intervention personnelle est beaucoup plus apparente, et c'est à lui qu'on doit la connaissance ou l'étude plus complète de beaucoup des faits qu'il nous reste à passer en revue. Partant de ce principe que la syphilis est une maladie générale à laquelle toute l'économie paye un tribut plus ou moins accusé, il en recherche avec soin chez ses malades les manifestations multiples et met en relief une foule de symptômes qui sont passés sous silence ou très-incomplétements décrits dans la plupart des ouvrages de syphiligraphie que nous possédons aujourd'hui. Il est bien entendu que nous n'avons ici en vue que la période secondaire, et qu'il ne s'agit nullement de cette période tertiaire, si intéressante d'ailleurs, et dont les lésions viscérales ont été soigneusement étudiées dans ces derniers temps.

On englobe généralement sous le nom de douleurs syphilitiques des symptômes fort différents et par leur nature et par leur siége. Il faut étudier séparément les manifestations morbides de la syphilis secondaire sur les différentes parties de l'appareil locomoteur, os, tissus fibreux, articulations et muscles. Les os peuvent être atteints de périostites, assez fréquentes chez les femmes, de périostoses (beaucoup plus rares), d'ostéalgies sans lésions appréciables. Les arthropathies sont de simples arthralgies ou des arthrites subaiguës avec épanchement. Les affections tendineuses consistent en hydropisies des synoviales ou en véritables inflammations (ténosites), affectant plus spécialement les tendons extenseurs des orteils, ceux des extenseurs des doigts. Une forme curieuse est la ténosite bicipitale, dans laquelle M. Fournier trouve l'explication de cette douleur dite « de la saignée », un des symptômes les plus communs de la syphilis secondaire.

Les muscles, si souvent atteints dans la période tertiaire, le sont également à la période secondaire. Les déterminations morbides qui se produisent de ce côté sont : la myosalgie, la contracture, l'affaiblissement, l'atrophie, le tremblement. Tous ces symptômes sont étudiés avec soin, à l'aide des procédés de précision dont on dispose aujourd'hui : dynamomètres, appareils enregistreurs. Notons en passant que le tremblement, qu'on pourrait et qu'on a voulu attribuer au traitement mercuriel, a été étudié chez douze malades qui n'avaient pas pris un atome de mercure. Lorsque ces lésions du système locomoteur se multiplient, s'associent, il en résulte souvent un complexus symptomatique qui simule volontiers le rhumatisme articulaire aigu, ou plutôt subaigu. L'absence ou l'excessive rareté des complications cardiaques, l'efficacité du traitement antisyphilitique permettent de reconnaître ce *pseudo-rhumatisme syphilitique*.

Les affections secondaires des centres nerveux présentent un vaste champ d'exploration, surtout chez la femme. Elles constitueraient presque le caractère définitif de la syphilis féminine.

On peut cliniquement classer en deux groupes ces manifestations nerveuses de la syphilis secondaire. Les unes sont habituelles, les autres, au contraire, exceptionnelles. Dans le premier groupe, nous ferons entrer la *céphalée* avec toutes ses variétés et tous ses types, l'asthénie nerveuse, les névralgies, l'analgésie. Dans le second nous rencontrerons les paralysies secondaires, l'hémiplégie, les troubles des sens et de l'intelligence, l'hystérie et l'épilepsie, et d'autres accidents qui paraissent spécialement relever d'un trouble du système nerveux ganglionnaire : algidités locales, congestions passagères, poussées sudorales.

Quand on passe en revue avec l'auteur toutes ces manifestations nerveuses, il est difficile d'échapper à la tentation d'élever quelques doutes sur leur véritable nature spécifique. Le champ d'observation de l'auteur est véritablement tout exceptionnel, et il faut s'attendre, en dehors de toute spécificité, à parcourir toute la gamme des affections nerveuses quand il s'agit de femmes placées dans les conditions où nous les observons à Lourcine. Le changement brusque de leurs habitudes, le chagrin quelquefois, l'ennui toujours; le fait seul d'une maladie longue, à récidives incessantes, difficile à guérir, la nécessité de subir une règle qui leur est odieuse, toutes ces conditions et bien d'autres encore réunies constituent pour ces femmes un état tout à fait anormal et dans lequel doivent éclore, comme sur un terrain préparé à l'avance, des troubles nerveux de toute sorte. Il y a donc là, au point de vue de la nature de ces accidents, une difficulté que M. Fournier est d'ailleurs le premier à reconnaître. Aussi le voyons-nous s'efforcer à maintes reprises de démontrer la véritable spécificité de ces accidents et chercher son *criterium* dans leur fréquence même, dans les conditions identiques de leur développement, dans la concordance de leur apparition, de leur marche avec d'autres accidents de syphilis non douteux, dans l'influence qu'exerce sur eux le traitement mercuriel. Si dans quelques cas il faut renoncer à établir péremptoirement la nature spécifique de ces manifestations, au moins peut-on admettre que la vérole joue dans leur apparition le rôle de cause occasionnelle, ouvrant la porte à des accidents qui ne se seraient peut-être jamais produits sans elle.

La même critique pourrait s'adresser à la fièvre syphilitique, à laquelle l'auteur consacre un de ses chapitres. *Morbus gallicus*, disent les anciens, *est morbus absque febre*. C'est là pour M. Fournier une erreur capitale, et nous sommes disposé à nous ranger sur ce point à son avis. Nous croyons que les syphilitiques sont comme tous les autres sujets, plus que les autres peut-être, exposés à des manifestations fébriles d'origine commune; mais nous avons observé, comme notre collègue, des cas de fièvres continues légères, sans aucun symptôme

gastro-intestinal, absolument rebelles aux évacuants et au sulfate de quinine, se prolongeant pendant un ou deux septénaires ou plus et disparaissant peu à peu sans crise appréciable. Quand on se trouve pour la première fois aux prises avec cet appareil morbide, l'idée d'une synoque, d'une fièvre typhoïde, d'une tuberculose au début, se présente naturellement. M. Fournier admet un type intermittent, un type continu, un type vague, irrégulier, le plus fréquent peut-être. Il ne faut pas confondre cette fièvre avec celle que l'on observe quelquefois au moment d'une poussée cutanée abondante. M. Fournier a étudié cette fièvre syphilitique avec un soin particulier. Nous croyons que pour compléter cette étude, pour mieux assigner à cette fièvre sa place dans le cadre nosologique, il conviendrait de présenter des courbes thermométriques plus nombreuses, de les rapprocher des courbes des autres pyrexies voisines et de mettre en relief les différences qui seraient constatées.

Pour compléter la symptomatologie de la syphilis secondaire, l'auteur consacre trois leçons à l'étude de l'influence exercée par la maladie sur les fonctions de respiration, de circulation et de digestion, et enfin sur la menstruation et la gestation.

Le système respiratoire ne tombe pas sous le coup de la syphilis secondaire. Un seul trouble, la dyspnée (?) peut lui être attribué. La circulation est également peu intéressée; les troubles qu'elle présente peuvent et doivent peut-être être rapportés à ceux que nous avons signalés du côté du système nerveux. Notons cependant des irrégularités du pouls qui paraissent démontrer l'action de la syphilis sur le cœur.

La même incertitude ne peut exister relativement aux troubles digestifs. Tandis que certains sujets supportent sans fléchir l'évolution des accidents syphilitiques, d'autres présenteront toutes les variétés connues des symptômes de la dyspepsie; un des plus curieux et des plus fréquents est la boulimie, unie ou non à la polydipsie. Nous signalerons donc toutes les formes de la gastralgie, des accidents multiples du côté de l'intestin, quelquefois l'ictère, et comme résultat final dans les cas graves cette cachexie syphilitique précoce ou tardive, absolument indépendante en certains cas, de la nature plus ou moins grave des accidents extérieurs, aggravant elle-même ces accidents et constituant pour le malheureux syphilitique un véritable cercle vicieux dont les traitements les plus rationnels n'ont pas toujours la puissance de le tirer. En pareil cas cependant, le devoir du médecin est de lutter à outrance et sans désespérer. «En fait de vérole, dit Ricord, tout est possible, l'impossible spécialement. On *rattrape* quelquefois de véritables moribonds. J'affirme avoir vu guérir contre toute espérance des malades exténués, cachectiques au dernier degré et qui certes n'auraient pas guéri s'ils n'avaient eu le bonheur d'être cachectiques *de par la vérole.*»

Un dernier système reste à étudier : le système utérin. Ici se place la question de l'avortement, où l'influence de la syphilis se fait sentir d'une manière si évidente. Les exemples les plus probants ne font pas défaut. Même dans ses formes les plus légères, la syphilis peut déterminer l'avortement, surtout quand elle est antérieure à la grossesse. Quant à la grossesse elle-même, bien qu'elle aggrave habituellement les manifestations locales de la syphilis, il est d'observation que l'accouchement exerce souvent une influence heureuse sur la marche même de la maladie et détermine dans l'état général une modification tout à l'avantage de la maladie.

Pour ce qui concerne les phénomènes consécutifs à l'accouchement ou à l'avortement, ils ne diffèrent pas chez la femme syphilitique de ce qu'ils sont à l'état normal.

Là se termine la revue des troubles morbides observés dans la syphilis secondaire. Les deux dernières leçons sont consacrées au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Rien n'est plus difficile, à l'hôpital et chez les femmes en particulier, que le diagnostic d'*ensemble* de la syphilis. Les réticences, la dissimulation, le mensonge, le caractère indolent des accidents primitifs, apportent mille obstacles à l'étude des antécédents. Presque toujours il faut s'arrêter à la constatation de l'état actuel et suppléer à l'insuffisance des renseignements par ce qu'on sait de la marche ordinaire de la maladie, suivie dans des cas où l'observation a été rigoureusement pratiquée.

Quant au pronostic, il faut renoncer à l'établir sur les caractères que présentent les accidents initiaux. La vérole la plus bénigne originairement peut à un jour donné se traduire par les accidents les plus graves; c'est un fait que mettent hors de doute un nombre considérable d'observations où l'auteur met en regard les accidents initiaux et secondaires et ceux qui ont été ultérieurement observés.

On comprend l'importance de pareilles conclusions quand il s'agit d'instituer le traitement. Ici se trouve placée une longue et ardente discussion sur la valeur du mercure dans la curation de la syphilis. M. Fournier établit d'abord dans ce procès du mercure que dans l'immense majorité des cas le médicament, convenablement administré et surveillé, est inoffensif; puis il s'attache à démontrer non-seulement que le mercure guérit les accidents présents, mais qu'il exerce encore sur la diathèse une influence prophylactique. Pour appuyer son opinion, il met en parallèle la vérole traitée et la vérole non traitée, et fait ressortir les désastreuses conséquences de l'expectation appliquée à la syphilis. Quoi qu'il en soit, il reconnaît que le mercure n'est pas infaillible, qu'il a ses défaillances, qu'il trouve des cas rebelles. Ce n'est pas l'antidote radical, l'ennemi *invaincu* de la vérole. Rien n'est plus dangereux pour la cause du mercure qu'un pareil optimisme. Mais les cas dans lesquels il échoue sont absolument exceptionnels, et ce serait une insigne folie de se priver des secours d'un médicament que rien jusqu'ici n'a pu remplacer.

Reste le mode d'administration, le *modus faciendi.* Dans les cas ordinaires de syphilis secondaire, c'est au protoiodure de mercure à la dose de 5 à 10 centigrammes que M. Fournier donne la préférence. Dans les cas graves, les frictions mercurielles constituent un traitement plus rapidement efficace. Quoi qu'il arrive, il faut, pour obtenir tous les résultats qu'on peut espérer, soumettre le malade à une série de traitements interrompus par des intervalles d'autant plus longs qu'on s'éloigne davantage de la contamination primitive. C'est la méthode des traitements successifs qui doivent se répartir dans un espace de dix-huit mois à deux ans. Un traitement par l'iodure de potassium constitue la conclusion de la cure mercurielle; tout cela sans préjudice des moyens adjuvants : toniques, eaux minérales sulfureuses, hydrothérapie, etc., qui trouvent leur indication aux différentes périodes de la maladie et sont commandés par l'état général du patient.

Nous avons cru devoir développer dans une mesure un peu inusitée l'analyse de l'ouvrage de M. Fournier. Nous avons déjà dit qu'il ne constituait que la première partie d'un travail plus général représentant la pathologie complète des maladies syphilitiques et vénériennes. Les matériaux de cette œuvre considérable sont déjà préparés et la publication de l'ouvrage entier ne se fera pas attendre. M. Fournier a fondé à Lourcine un enseignement clinique qui est aujourd'hui en pleine prospérité et attire chaque semaine un nombre toujours croissant d'étudiants. Autant que possible, les faits cliniques viennent à l'appui de l'enseignement, et l'on supplée à leur insuffisance par de nombreuses pièces exécutées avec toute la perfection qu'on apporte aujourd'hui à ce genre de travail. Tous les types des lésions syphilitiques, tous les cas intéressants, sont reproduits à mesure qu'ils se présentent dans les services, et notre collègue a fondé de cette manière à Lourcine un musée déjà fort riche et qui s'accroît chaque jour.

De pareils exemples d'initiative individuelle sont bons à signaler, et l'on applaudit volontiers au succès si bien mérité par des efforts intelligents et soutenus.

Blachez.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Indépendamment des articles relatifs aux pensions de retraite et aux pensions viagères que nous avons fait connaître dans le précédent numéro et qui concernent le *règlement*, la Commission générale a proposé d'introduire dans les *statuts* les modifications et additions suivantes :

RÉDACTION ACTUELLE.

Art. 17. — Chaque membre de l'Association est tenu de payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 20 francs; sur cette somme 8 francs sont affectés à l'accroissement du fonds de réserve.

Art. 19. — Tous les fonds de la Société sont partagés en deux parts : l'une appelée fonds de réserve; l'autre, fonds de dépenses annuelles et de secours.

Art. 20. — Le fonds de réserve se compose : 1° des rétributions d'admissions; 2° des dons; 3° de la portion des cotisations qui lui est affectée par l'article 17; 4° du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours dans les cas prévus par l'art. 28. Les fonds sont placés en rentes sur l'État et gérés par la Commission de comptabilité, le président et le trésorier.

Art 21. — Le fonds de dépenses annuelles et de secours se compose du revenu du fonds de réserve et des cotisations annuelles, qui a été déterminé par l'article. 17. Il est affecté aux dépenses de la Société et aux secours qu'elle distribue.

RÉDACTION MODIFIÉE.

Art. 17. — Chaque membre de l'Association est tenu de payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 20 francs.

Art. 19. — Les fonds de la Société sont partagés en quatre parts : 1° fonds de réserve; 2° fonds de dépenses annuelles et de secours; 3° fonds de pensions viagères; 4° fonds de retraites.

Art. 20. — Le fonds de réserve se compose : 1° des rétributions d'admissions; 2° des dons; 3° du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours dans les cas prévus par l'article 28. Ces fonds sont placés en rentes sur l'État et gérés par la Commission de comptabilité, le président et le trésorier. Un dixième du revenu des fonds de réserve peut être employé au service de pensions viagères.

Art. 21. — Le fonds de dépenses annuelles et de secours se compose du revenu du fonds de réserve et du produit des cotisations annuelles. Il est affecté aux dépenses de la Société et aux secours qu'elle distribue.

En outre, les dispositions des articles 26 et 28 des statuts sont remplacées par d'autres dispositions, inscrites dans quatre articles nouveaux.

ARTICLES NOUVEAUX.

Art. 22. — Le fonds de pensions viagères se compose : 1° des intérêts des dons et des legs faits à la société avec affectation spéciale; 2° de la portion du revenu du fonds de réserve qui lui est attribuée par l'article 20.

Art. 23. — Le fonds de retraite se compose : 1° de la portion du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours qui pourra être affecté au service des pensions de retraite conformément à l'article 30; 2° des subventions spéciales accordées par l'État; 3° des dons et legs faits à la société avec affectation spéciale. Ce fonds sera placé à la caisse des dépôts et consignations.

Art. 28. — L'association distribue : 1° des secours temporaires, qui peuvent être renouvelés, mais qui ne peuvent jamais engager l'exercice suivant; 2° des pensions viagères; 3° des pensions de retraite. Les dispositions spéciales concernant les pensions viagères et les pensions de retraite seront inscrites au règlement d'administration intérieure.

Art 30. — Le reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année est reparti entre le fonds de réserve et le fonds de retraite dans les proportions fixées par la commission.

Nous avons déjà dit que la proposition relative à la constitution d'un fonds de retraite n'avait pas été accueillie par l'Assemblée.

LOI PORTANT MODIFICATION DES TARIFS PERÇUS PAR LA COMPAGNIE FERMIÈRE DES THERMES DE PLOMBIÈRES. — L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Le tarif inséré à l'article 7 du cahier des charges de la concession de l'exploitation des sources et de l'établissement thermal de Plombières, approuvé par les lois des 6 juin 1857 et 10 juillet 1867, est modifié ainsi qu'il suit :

La compagnie fermière est autorisée à augmenter de trente centimes (0 fr. 30) le prix de la carte des bains des quatre établissements suivants :

1° Bain Napoléon; 2° bain romain; 3° bain national (ou impérial); 4° bain des Dames.

Elle est autorisée à augmenter ces mêmes prix de vingt centimes 0 fr. 20 seulement, dans les deux établissements dits : Bain tempéré et Bain des Capucins.

Ces augmentations sont autorisées pour la durée des trois saisons thermales des années 1873, 1874 et 1875.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — L'article 17 du projet de loi sur l'organisation de l'armée qui vise la direction et la question du service de santé, et dont nous avons parlé dans les numéros 28 et 29, pages 443 et 448, a été adopté par l'Assemblée nationale.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. — Ordre du jour de la séance du 4 août : 1° suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix; 2° présentation d'un travail de MM. Léon Marchand et Corre sur la géographie botanique.

LÉGISLATION DES ALIÉNÉS. — La commission chargée d'examiner la législation des aliénés s'est réunie sous la présidence de M. Mettetal.

Le président a communiqué divers documents à la commission. MM. Roussel, de Rességuier, Robert de Massy et de Melun ont fait connaître leurs opinions respectives sur la révision de la loi de 1838.

La commission a ensuite nommé une sous-commission composée de trois membres, MM. Eugène Tallon, Théophile Roussel et Raymond Bastid, pour rédiger un questionnaire et dépouiller les divers documents concernant la matière.

CHOLÉRA. — Nous disions dans notre dernier numéro (p. 472) que nos informations particulières n'étaient pas d'accord avec le contenu d'une note publiée par les journaux politiques sur l'état sanitaire de Vienne. Voici ce qu'on lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE VIENNE du 19 juillet :

« Du 9 au 17 juillet, il y a eu à Vienne 191 nouveaux cas de choléra qui, joints aux 248 des semaines précédentes, forment un total de 439 cas. Le nombre des morts est de 100. — Les attaques se sont manifestées dans les proportions suivantes :

» Du 9 au 10, 20 malades; du 10 au 11, 9 ; du 11 au 12, 8; du 12 au 13, 39; du 13 au 14, 36 ; du 14 au 15, 46 ; du 15 au 16, 31 ; du 16 au 17, 15.

» Il y a donc eu diminution dans les trois derniers jours.

» Dans l'hôpital militaire n° 1, il est entré, depuis le 4 juillet, 21 cas, dont 10 cholérines, 11 véritables choléras; 4 des derniers sont morts. Dans l'hôpital militaire n° 11 sont entrés 65 cholériques, dont 19 sont morts. »

En ce qui concerne l'Italie, on sait que l'existence du choléra est le motif donné par l'autorité de l'interdiction des pèlerinages, et qu'une allocution papale présente le fléau comme un châtiment de certains actes récents de la politique italienne.

Pendant la semaine finissant le 19 juillet 1873, on a constaté, pour *Paris*, 689 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 6. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 26. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 24. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 247, dont 111 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 25.

ERRATUM. — Il s'est glissé dans la note de la page 466 du dernier numéro une erreur qui en dénature le sens. Les mots « nous y reviendrons » se rapportent au travail analysé à cette page et non à celui de la page 459, auquel renvoie la note.

SOMMAIRE. — **Paris.** De l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse. — Académie de médecine : Service de santé militaire. — **Cours publics.** Clinique médicale : Grossesse extra-utérine, intra-péritonéale, avec fœtus de six semaines. — **Correspondance.** Service de santé militaire : Médecin et pharmacie. — **Sociétés savantes.** Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Empoisonnement par des escargots. — Engouement et inflammation herniaires, tympanie abdominale. — **Bibliographie.** Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 31 juillet 1873.

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — *Académie de médecine :* SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Discussion sur le typhus exanthématique.

(Troisième et dernier article.)

Nous n'avons point l'intention de faire ici une étude d'ensemble sur les différentes épidémies de typhus, mais simplement de rechercher les enseignements que nous fournissent la discussion de l'Académie et les intéressantes communications des différents orateurs qui y ont pris part. Il convient dès lors de ne point perdre de vue l'origine de cette discussion.

Cette origine, c'est le discours de M. Chauffard dans la séance du 15 octobre 1872, où il cherche à démontrer l'inaptitude de notre race à donner naissance au typhus, quelque déplorables que soient les situations où les événements peuvent la placer. M. Chauffard en offre pour preuve la situation sanitaire des villes de Paris et de Metz pendant le siége qu'elles ont subi. Incidemment, les orateurs ont cherché des arguments dans les épidémies de Crimée et d'Algérie, dont l'histoire est suffisamment connue, M. Chauffard pour prouver l'importation du typhus, MM. Fauvel et Bouchardat, au contraire, pour combattre cette opinion.

Examinons donc quelle fut la situation de Paris et de Metz, où l'on put observer un ensemble de conditions telles que le typhus semblait devoir y apparaître à chaque instant.

A Metz, l'encombrement de la ville était extrême par suite de l'arrivée d'environ 20 000 paysans, réfugiés des campagnes environnantes, et de la présence d'une garnison très-considérable; la population de la ville, ordinairement de 46 à 48 000 âmes, fut presque doublée pendant la période obsidionale. De plus, les hôpitaux, les casernes et de nombreux baraquements transformés en hôpitaux, renfermèrent environ 43 000 blessés ou malades, 5000 reçurent en outre l'hospitalité chez des particuliers.

La ville elle-même se trouvait au centre d'une immense agglomération humaine représentée par 160 000 soldats dont les camps s'étendaient jusqu'aux glacis de la place. Dans la ville et dans les camps, la population comme l'armée eurent à souffrir du manque d'aliments, qui pour quelques-uns fut poussé même jusqu'à la famine.

Cette situation s'est prolongée pour la ville de Metz du milieu du mois d'août au 27 octobre, jour de la capitulation, c'est-à-dire pendant soixante-douze jours environ. Dans les hôpitaux encombrés, les blessés succombaient en grand nombre à l'infection purulente, aux hémorrhagies secondaires, accidents que produit fatalement l'agglomération de blessés fatigués par de longues marches ou épuisés par l'insuffisance de l'alimentation; les affections internes se caractérisaient aussi par une tendance marquée à la suppuration et par une absence totale de réaction; elles revêtaient en général la forme typhoïde, si l'on veut employer ce mot dans son sens étymologique, et la fièvre typhoïde elle-même fut la dominante du cadre nosologique. On put observer à Metz un phénomène que l'on avait déjà remarqué dans d'autres circonstances, quelquefois en Algérie, et que d'autres médecins rencontraient chez leurs malades à Paris, à savoir : que dans ces conditions d'encombrement la fièvre typhoïde prend un caractère tout spécial d'adynamie qui semble masquer les phénomènes intestinaux ou pectoraux. Dans ces conditions, on conçoit fort bien que l'attention soit particulièrement éveillée, d'autant plus que le typhus semble devoir apparaître comme un résultat fatal et prévu de la situation. Rien d'étonnant dès lors que quelques médecins militaires de Metz aient cru un instant se trouver en face de ce fléau, leur vieil ennemi de Crimée et d'Algérie; l'évolution ultérieure de la maladie vint bientôt leur démontrer heureusement l'inanité de leurs craintes. MM. Grellois, Ehrmann, Leplat, et tous ceux qui dirigèrent de grands services hospitaliers, sont unanimes à cet égard; d'une part, les autopsies leur permettaient de constater la présence des lésions regardées *jusqu'à présent* comme caractéristiques de la fièvre typhoïde, et d'autre part ils étaient confirmés dans cette opinion par la non-propagation de la maladie au personnel en contact avec les malades et par sa diminution spontanée après la capitulation. S'il y avait eu du typhus dans ces fièvres typhoïdes, il n'est pas douteux qu'il se fût, au contraire, propagé dans la ville et dans la garnison; les soldats épuisés l'eussent importé en Allemagne, comme plus tard d'autres prisonniers français y importaient la variole.

MM. Niemeyer et Frierichs, médecins consultants de l'armée prussienne envoyés à Metz en mission spéciale, n'auraient certes pas manqué de prendre des mesures énergiques pour empêcher l'importation de la maladie en Allemagne, s'ils avaient gardé le moindre doute sur la présence du typhus; ce doute, ils ne purent le conserver longtemps devant l'évidence des faits, et ils eurent raison.

Devant de telles preuves, on ne peut attacher une valeur exagérée à quelques opinions personnelles, dont on ne conteste pas du reste la bonne foi. Quelques médecins ont eu des cas de fièvre typhoïde à typhisme très-accentué; ils ont trouvé sur l'abdomen, au lieu de l'éruption classique, de petites taches pétéchiales; les malades succombaient rapidement dans le coma. Ils ont conclu et croient peut-être encore au typhus. On pourrait discuter longtemps sur des cas ainsi isolés, sans pouvoir s'entendre définitivement, surtout lorsqu'on ne les a pas sous les yeux.

Du reste les médecins de Metz ne sont pas les seuls à avoir vu de ces cas anormaux de fièvre typhoïde, d'autres places assiégées en ont présenté de semblables. A Bitche, notamment, nous avons pu constater des faits de ce genre.

La garnison de Bitche, formée de blessés de Reichshoffen et d'un bataillon du 86e de ligne, était répartie dans le fort qui commande la ville et dans cette ville elle-même. Pendant le bombardement intense que supporta la place, la garnison du fort dut se renfermer dans des casemates creusées dans le roc, à ventilation très-insuffisante, où la lumière ne pénètre jamais. Au bout de peu de jours nous vîmes apparaître des fièvres continues se rapprochant singulièrement de ces fièvres typhoïdes observées à Metz et se terminant généralement par la mort après une évolution de quelques jours; on ne retrouvait aucun des caractères spéciaux de la fièvre typhoïde; le phénomène *stupeur* dominait la scène. Et cependant, lorsque quelques autopsies purent être pratiquées, le doute ne fut pas permis : c'était bien l'entérite folliculeuse en voie d'évolution; les altérations intestinales étaient, il est vrai, à peine à la période d'ulcération, parce que les malades succombaient en huit jours, quelquefois en moins, mais il n'y avait point de doute possible. Pendant que la garnison du fort présentait ces fièvres typhoïdes, celle de la ville, beaucoup plus disséminée, vivant un peu à l'aventure, campant ou bivouaquant tantôt en un point des murailles, tantôt dans un autre, suivant que le bombardement la poursuivait, ne présenta jamais un seul de ces cas.

Lorsque, vers la fin de septembre, il n'y eut plus rien à brûler, la ville et les bâtiments du fort étant détruits, force fut bien aux Bavarois de transformer le siége en un simple investissement (1); on put alors faire sortir la garnison des casemates, la disperser un peu, la faire travailler au grand air chaque jour pendant plusieurs heures; les fièvres typhoïdes anormales disparurent absolument, et cependant on dut alors introduire dans l'alimentation des soldats certaines modifications qui, sans constituer encore la privation, n'étaient cependant pas faites pour augmenter la force de résistance.

Les fièvres typhoïdes anormales n'ont donc, à nos yeux, aucune parenté avec le typhus pétéchial; elles lui ressemblent vaguement dans leur symptomatologie extérieure, aussi bien que deux fièvres éruptives, comme la variole et la scarlatine, semblent aussi se rapprocher parfois, tout en étant dues chacune à un poison morbide que l'état actuel de la science nous permet encore de regarder comme différent.

M. Chauffard s'étonne à juste titre que le typhus, qui faisait des ravages considérables dans l'armée prussienne, ne se soit pas généralisé parmi les troupes françaises. Mais l'honorable académicien n'est-il pas induit en erreur par la malheureuse confusion de mots qui fait désigner en allemand sous le nom de *typhus* aussi bien la fièvre typhoïde que le typhus exanthématique. Au point de vue clinique, les Allemands ne commettent sans doute point d'erreur, mais comme dans le langage journalier ils omettent parfois d'ajouter la qualification *abdominal* pour désigner la fièvre typhoïde, nous nous y laissons prendre facilement et faisons ensuite toute une théorie sur cette confusion de mots.

Autour de Paris, comme autour de Metz, les soldats allemands ont présenté de nombreux cas de *typhus abdominal*, et les travaux que leurs médecins ont publié sur ce sujet ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité de leurs diagnostics (voy. en particulier docteur Stecher, *Beobachtungen über kaltwasser Behandlung im abdominal Typhus, nebst Mittheilungen über die Typhus-Epidemie während der Belagerung von Paris. Deutsche militairärztliche Zeitschrift*, 1872, p. 185 et 235). La confusion n'en persiste pas moins encore dans les mots sinon dans les faits, puisque la statistique générale des pertes de l'armée allemande (Doctor Engel, Director des K. preussichen Bureaus, *Die Verluste der deutschen Armeen im Kriege gegen Frankreich*, Berlin, 1872) enregistre (p. 293) dans la catégorie *Innere acute Krankheiten*, 6965 décès par *typhus* sans ajouter aucune épithète qualificative. Faudrait-il en conclure qu'il n'y a pas eu un seul décès par fièvre typhoïde, alors qu'au contraire les travaux allemands reproduisent en détail l'histoire des épidémies de cette nature qu'ils ont subies pendant la campagne?

Évidemment non, l'armée allemande n'a pas présenté le vrai typhus pétéchial; si elle en avait souffert, nul doute qu'elle ne l'eût communiqué tout au moins à la population de Metz, affaiblie par de longues privations, comme le lui avaient déjà communiqué les soldats français en 1814, alors que la ville, recevant 30 000 malades de l'armée rentrant d'Allemagne, on enregistra 1294 décès dans la population de la ville, 10 329 dans le département; les 30 000 malades militaires, de leur côté, n'en présentèrent pas moins de 7752.

Si la population et la garnison de Metz semblaient menacées du typhus, des craintes plus vives encore pouvaient se produire à Paris. L'encombrement, il est vrai, n'exista guère que dans les hôpitaux, car la population générale de la ville, diminuée par l'émigration qui précéda le siége, fut ramenée à son taux ordinaire par l'arrivée des mobiles et des différents corps de troupes appelés de province (Dr Sueur, *Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége*, Paris, 1872, p. 10); mais d'autre part le siége de Paris dura vingt-huit semaines, tandis que celui de Metz n'en dura que dix. Le froid ne fut pas une cause de souffrances réelles à Metz, tandis qu'à Paris on sait les ravages qu'à lui seul il put déterminer. L'insuffisance d'alimentation fut très-sensible à Metz; à Paris elle atteint, au moins pour la population civile, une intensité beaucoup plus grande, ne fût-ce que par sa prolongation.

On peut dire qu'en définitive la situation générale de la population parisienne fut sinon plus terrible, au moins aussi cruelle que celle de la population messine, et néanmoins le typhus pétéchial attendu, prévu par tous les médecins, ne fit pas son apparition. Est-ce à dire qu'il fût encore loin? Ici nous entrons absolument dans le domaine des faits théoriques, et cependant ils nous paraissent suffisants pour se former une opinion. En Crimée, en Algérie, avant les premières manifestations du typhus, on observait un ensemble pathologique caractérisé par l'adynamisme, on constatait une série d'affections dépressives, et, par-dessus tout, le scorbut, qui se mélangeait si bien au typhus qu'il était souvent difficile de distinguer les deux affections entre elles. Dans les épidémies circassiennes et tartares, M. Fauvel a retrouvé les mêmes phénomènes; à Paris, tous les médecins sont d'accord pour signaler un ensemble de circonstances absolument analogues; les pneumonies passaient rapidement à la suppuration, les fièvres typhoïdes prenaient un caractère particulier de malignité, la variole affectait fréquemment la forme hémorrhagique, les bronchites même accusaient une gravité peu commune.

Dans les dernières semaines du siége, en ce qui touche en

(1) Quoique ce ne soit ni médical ni scientifique, nous nous permettrons de rappeler ici que la petite place de Bitche, forcée depuis le 7 août 1870 de ne compter que sur ses propres ressources, eut l'honneur de résister jusqu'au 25 mars 1871 aux efforts des Bavarois auxquels ce siége était échu en partage. Lorsque le traité de paix força cette petite garnison à quitter son poste, elle sortit avec les honneurs de la guerre, emmenant ses armes, ses canons de campagne et ne laissant entre les mains de l'ennemi que des murailles à moitié écroulées et des maisons en ruine.

particulier la fièvre typhoïde, la situation paraissait tellement tendue que de toutes parts on se tenait dans l'expectative et l'on se regardait comme à la veille de l'explosion du typhus. Du reste, il n'a point paru, ceci est hors de doute.

Ne peut-on pas supposer cependant qu'une prolongation de quelques semaines dans la durée du siége eût produit à Paris les mêmes effets que la prolongation de conditions analogues en Crimée, en Algérie et ailleurs? Hypothèse, dira-t-on; sans doute, hypothèse, mais tout au moins vraisemblable.

Dirons-nous que les Allemands avaient le typhus autour de Paris, mais que nous ne l'avons pas pris à leur contact? On sait malheureusement que les communications n'étaient que trop communes entre les assiégeants et leurs agents à l'intérieur de Paris, et dans tous les cas les communications furent nombreuses et autorisées à partir du 28 janvier. Si le typhus eût existé dans l'armée allemande, comment expliquer qu'il ne se soit pas répandu dans la population parisienne? Peut-on supposer un ensemble de causes plus favorables à la généralisation de germes épidémiques que la situation déplorable où se trouvait alors Paris, physiquement épuisé par la famine, moralement déprimé par le siége et la capitulation, inévitable sans doute, mais non moins attérante.

Les Allemands n'avaient point le typhus, croyons-nous, et pourquoi l'auraient-ils eu? Est-ce parce que des germes typhiques sommeillent toujours dans les tristes villages de la Silésie? Mais jamais au contraire l'armée allemande ne s'est trouvée dans de meilleures conditions hygiéniques que pendant la campagne de 1870-1871, ceci soit dit du reste à l'honneur de son commandement. Chaudement vêtus, généralement bien logés sauf pendant le service d'avant-postes, admirablement nourris, les soldats ne se trouvaient-ils pas au contraire dans d'excellentes conditions de résistance? Autour de Metz, ils ont un peu souffert il est vrai, c'est à ce moment qu'ils présentèrent le plus de fièvres typhoïdes, mais d'une façon générale l'état sanitaire fut excellent.

En voici du reste la preuve (nous la trouvons dans leur propre statistique). Au 1er février 1871, l'effectif des armées allemandes s'élevait à 1 350 787 hommes (*Militair Wochenblatt* du 13 avril 1871), sur lesquels plus de un million étaient mobilisés. En admettant, ce qui n'est pas excessif, que les forces mobilisées n'aient jamais dépassé un million et en leur comparant le chiffre total des décès par maladies aiguës, soit 10 406, plus celui des décès par maladies chroniques, 975 subis pendant la campagne, soit en totalité 11 381, on trouve que la mortalité par maladies des troupes allemandes mobilisées représente le tiers de la mortalité par le feu (28282 tués + 4009 disparus = 32291) et se trouve inférieure *à la mortalité des troupes françaises en temps de paix;* en effet, dans notre armée la mortalité moyenne a été de 11,41 pour 1000 dans la période 1862-1869 (*Statistique médicale de l'armée*, 1869), tandis que le rapport pour 1000 de la mortalité prussienne susdésignée est de 11,38.

Pour revenir au typhus, peut-on, dans l'état actuel de la question, trancher définitivement le problème soulevé par M. Chauffard? Peut-on dire que notre race est absolument inapte à donner naissance au typhus?

En matière aussi grave, il serait dangereux de se prononcer absolument, mais à nos yeux tout fait supposer que nous ne jouissons pas d'une pareille immunité. Vouloir expliquer par la propagation toutes les épidémies de typhus dans les bagnes, les prisons, celles qui sévissent accidentellement dans certaines localités de Bretagne, croire que parce que l'on appartient à la race française on réagit autrement que l'Irlandais, le Silésien, le Slave ou le Sémite, alors que l'ensemble des causes antihygiéniques est cependant le même, nous paraît une thèse singulièrement hasardée et dangereuse même; elle tendrait à diminuer les précautions que nous devons prendre au point de vue de la prophylaxie des épidémies, car nous ne devons pas seulement nous préserver de leur propagation, nous devons surtout les empêcher de naître dans nos villes, dans nos armées.

Peut-être M. Chauffard est-il du reste moins absolu que nous ne l'avons représenté ici, un esprit aussi philosophique que le sien ne saurait s'accommoder des systèmes théoriques; il fait du reste appel à de nouveaux travaux, à de nouvelles recherches. Nous les désirons aussi, tout en espérant cependant que les occasions de craindre l'éclosion du typhus dans notre patrie ne se produiront pas de longtemps et en souhaitant à notre armée, lorsqu'un jour elle reprendra les armes, un état sanitaire aussi remarquable que celui de l'armée allemande.

Ce résultat, on l'obtiendra si on le veut bien, et cet enseignement ne sera pas le moins profitable de ceux que nous fournit la récente campagne.

G. Morache.

Service de santé militaire.

La séance de mardi dernier avait amené à l'Académie de médecine un concours inaccoutumé d'un public nombreux, où l'élément militaire ne dominait pas cependant; on s'attendait généralement à voir la discussion se terminer et l'Académie se prononcer par un vote définitif; il est supposable aussi qu'on voulait entendre M. Dumas.

Ces espérances n'ont pas été réalisées. La clôture de la discussion générale a bien été prononcée à la fin de la séance, mais la discussion des articles du rapport, ainsi que celle des amendements qui ont été présentés, peut durer encore fort longtemps sans grand profit pour l'élucidation de la question. Nous en voulons pour preuve la dernière séance, où les orateurs ont dû fatalement reproduire de part et d'autres des arguments déjà maintes fois présentés. D'un autre côté, M. Dumas n'a pas paru à la séance, et son discours a été lu par M. Buignet. Après quoi M. Bonnafont n'a pu parvenir, au milieu du bruit, à lire son discours, et M. Sédillot s'est livré à une improvisation des plus remarquables, dont l'effet n'a pas été atténué par un second discours de M. Poggiale.

M. Dumas a défendu les intérêts scientifiques des pharmaciens militaires; mais, quoi qu'en disent ces derniers, ils ne sont point et n'ont jamais été mis en cause. M. Sédillot a montré par de nouveaux exemples les vices du fonctionnement actuel du corps de santé. Paralysé en temps de paix par une sujétion permanente, il est à peu près abandonné à l'aventure en temps de guerre, privé de moyens d'action et le plus souvent condamné par cela même à ne jouer auprès du soldat qu'un rôle purement moral. Trois propositions résument bien, dit M. Sédillot, la succession des instructions données au corps de santé en pareil cas : *Attendez les ordres*, or ces ordres n'arrivent généralement pas; *suivez le mouvement*, ce qu'on s'efforce de faire dans la limite du possible, quoique le médecin n'ait pas autorité sur la matière; puis enfin *débrouillez-vous!* c'est-

à dire que lorsque l'intendance voit les difficultés extrêmes de la situation, elle se hâte de lâcher les brides et de s'en remettre absolument au *savoir*, au *dévouement* du *cher docteur*, lui confiant alors un pouvoir qui n'est plus qu'un vain mot, puisque tous les moyens d'action manquent à la fois.

Il est en effet fort instructif d'apprécier la différence de manière d'être de l'intendance en temps de paix et en temps de guerre; autant elle est jalouse de conserver dans le premier cas une action directe sur le corps médical, autant au moment décisif elle l'abandonne avec facilité. «Mon cher docteur, faites absolument comme vous l'entendrez; évidemment vous seul êtes compétent; *prenez* toutes les mesures nécessaires, j'approuverai tout.» Tel n'est-il point le langage qu'ont entendu les médecins d'ambulance pendant la dernière campagne, alors qu'on voulait se décharger sur eux d'une responsabilité dont on sentait le danger parce que l'on n'avait rien préparé pour rendre possible le fonctionnement.

Lorsque pendant la commune les hôpitaux militaires de Paris, abandonnés à eux-mêmes, durent se passer d'un sous-intendant, ils n'en ont point néanmoins suspendu leur œuvre; en face du pouvoir insurrectionnel, ils ont su conserver tous les militaires en traitement et opposé une résistance aussi ferme qu'honorable aux agents de l'Hôtel-de-Ville, qui voulaient forcer les médecins à faire sortir les malades guéris pour les incorporer dans leurs bandes.

A la paix, l'intendance est revenue, timidement d'abord, puis, à mesure que le temps effaçait les souvenirs trop récents, reprenant peu à peu sa place, et enfin resaisissant en main, en les exagérant même, toutes ses attributions d'autrefois.

Cette incompétence du corps administratif de l'armée est spirituellement définie par M. Sédillot, en disant, à l'honneur des fonctionnaires de l'intendance, «leur personnalité sauve l'illogisme de leur organisation».

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine clinique et physiologie.

Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, par H. Bernheim, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 28.)

J'arrive maintenant aux faits que j'ai pu observer moi-même :

Obs. VIII.— *Emphysème pulmonaire. Rétrécissement mitral ancien. Symptôme d'anémie cérébrale. Injection sous-cutanée de 1 centigr. 6 de chlorhydrate de morphine. Coma, état syncopal, asphyxie imminente. Respiration de Cheyne-Stokes. Suppression des pauses par la faradisation cutanée, et rétablissement des fonctions intellectuelles. Mort rapide.* — Berthelut (Marguerite), couturière, âgée de cinquante-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Charles (service de M. Victor Parisot), le 24 décembre 1872. Bien constituée, sans maladie antérieure, sans affection rhumatismale antécédente; elle a, depuis environ cinq ans, de l'oppression, des battements de cœur, de la toux, de l'expectoration; depuis deux ans, elle a parfois de l'œdème des extrémités inférieures; jamais d'hémoptysie. A son entrée, apyrexie, face pâle un peu cyanosée, œdème des extrémités inférieures; un peu d'ascite. Thorax bien conformé; son clair sous les deux clavicules, normal en arrière; respiration rude sous les deux clavicules, expiration prolongée, sibilances et rhonchus; en arrière sibilance et râles muqueux disséminés. Choc du cœur assez vif vers la sixième côte sous le mamelon, très-étendu en largeur jusque sous l'appendice xiphoïde (battements épigastriques); dilatation avec stase des jugulaires, sans reflux. Battements irréguliers, inégaux; dédoublement du second bruit (bruit de rappel à la pointe du cœur); pas de souffle, pouls petit, inégal, dépressible. Foie non augmenté. Urines rares, non albumineuses. (Vin scillitique. Tisane avec acétate de potasse 4 grammes. Kermès 0gr,20.)

Pendant son séjour à l'hôpital, son état s'améliora sensiblement; l'œdème et l'ascite disparurent; l'oppression devint moindre; la diurèse se rétablit. La malade restait levée toute la journée; les symptômes physiques persistaient à peu près les mêmes; le dédoublement du second bruit du cœur existait toujours, et en raison de ce symptôme et du peu d'ampleur, de l'inégalité du pouls, je diagnostiquai un rétrécissement mitral.

Le 20 janvier, à la visite du matin, je trouve la malade assise et gémissant dans son lit, la face enfoncée dans ses deux mains, se plaignant d'une céphalalgie excessive, avec nausées et vomissements; la face était pâle, couverte de sueurs froides; le pouls petit et inégal. On lit, à dix heures, une injection sous-cutanée de 1c,6 de chlorhydrate de morphine. A dix heures un quart vertiges, étourdissements annonçant l'effet de la morphine. A dix heures et demie, la malade tombe dans une sorte de coma. Vers une heure, on remarque qu'elle est asphyxiée. On la couvre de linges chauds, on fait des frictions, on lui fait avaler du café. A une heure et demie je suis appelé; on croit à un empoisonnement. Je trouve la face cyanosée, les respirations très-superficielles et lentes, le pouls presque imperceptible, les battements du cœur très-faibles, les extrémités froides; intelligence nulle; la malade a l'air de sortir d'une syncope. La sœur attachée au service dit qu'il y a une demi-heure, la malade n'avait ni pouls ni respiration. Je fais appliquer des synapismes, j'injecte sous la peau 1 centigramme d'atropine, aspersions d'eau froide à la face; électrisation avec l'appareil d'induction de Gaiffe sur le trajet des nerfs vagues et phréniques. Les respirations se font superficielles, mais plus accentuées; le pouls est plus perceptible; tout paraît devoir se rétablir, lorsque tout à coup, à deux heures, la tête se renverse, la face devient plus bleue, le pouls imperceptible, la respiration s'arrête; collapsus général, apparence de mort.

Le visage est vivement fouetté avec des linges humides; les éponges électriques appliquées sur les sterno-mastoïdiens; des mouvements respiratoires artificiels imprimés au thorax. Après quelques minutes, quelques inspirations reparaissent; la respiration se rétablit par intervalles. Je crus d'abord que l'électricité provoquait le retour de la respiration; mais voyant que les interruptions se suivaient avec une certaine régularité, je reconnus le type respiratoire de Cheyne-Stokes; je suspendis l'électrisation et ce type restait le même. La malade faisait huit à douze respirations régulières, assez profondes; à partir de la huitième ou de la neuvième, ces respirations devenaient plus superficielles; puis la respiration restait complétement suspendue pendant vingt-cinq à trente secondes; le temps de la pause était à peu près égal à celui de la série des respirations. Puis cela recommençait. Les pupilles restaient rétrécies et insensibles à la lumière.

La respiration ayant continué selon ce rhythme pendant environ dix minutes, et n'ayant pas été modifiée par l'électrisation profonde avec les éponges, je songeai à faradiser avec le pinceau électrique les nerfs sensitifs de la peau et des muqueuses; le pinceau fut promené sur la face, introduit dans les narines et dans la cavité buccale et pharyngée; des mouvements réflexes se produisirent dans les muscles de la face. Bientôt les pauses furent raccourcies; elles ne durèrent plus que vingt secondes, puis quinze secondes; et les mouvements respiratoires durant environ un temps égal furent au nombre de six. Au bout de vingt minutes de faradisation incessante, la respiration était redevenue continue; les pauses avaient cessé; mais si l'on suspendait l'électricité, elles reparaissaient; le pouls redevint très-facile à percevoir, les battements du cœur étaient toujours assez prononcés à l'épigastre. Vers trois heures, la face perdait peu à peu sa coloration bleue; la malade revenait peu à peu à elle; la sensibilité commença à se manifester par des mouvements réflexes de la face et des membres supérieurs, puis par des cris de plus en plus intenses qui furent entendus dans toute la salle. Enfin, l'intelligence revint dans ce cerveau de nouveau oxygéné; la malade put prononcer quelques mots (mon Dieu! aï! aï!), elle avala une tasse de café et ouvrit les yeux quand je lui dis de les ouvrir; les pupilles étant toujours rétrécies. Cela dura ainsi à peu près un quart d'heure, à la grande stupéfaction des personnes présentes; nous pûmes croire notre malade ressuscitée, lorsque tout d'un coup, sans préambules, malgré l'électrisation continue, la respiration s'arrêta de nouveau, la face redevint bleue, le cœur ne battit plus que faiblement, le pouls fut presque imperceptible; pendant un quart d'heure, tous les efforts (électrisation, flagellation de la face) parurent rester stériles; il n'y eut que de très-rares respirations trachéales. Puis les respirations reparurent séparées par des pauses de trente secondes; puis l'électrisation étant continuée, les pauses se raccourcirent, la respiration redevint continue, suivant la même progression que la première fois, et à quatre heures moins un quart la malade commençait à pousser des cris; à quatre heures dix minutes, la respiration était encore continue, les cris étaient intenses; mais il n'y eût plus de paroles articulées, ni de mouvements volontaires; la malade ne put

boire, ni ouvrir les yeux sur notre demande. Puis de nouveau, à quatre heures douze minutes, toute réaction disparaît subitement : plus de pouls, râles trachéaux, respiration spasmodique de plus en plus lente ; à quatre heures trente-cinq minutes tout avait cessé ; l'électrisation resta, cette fois, vaine.

Autopsie : crâne. — Sang liquide noir assez abondant dans les sinus et veines de la dure-mère. Une quantité considérable de sérosité est dans l'espace sous-arachnoïdien et entre les circonvolutions. La surface du cerveau est pâle ; les méninges et les artères de la base sont peu injectées ; le tissu du cerveau est pâle ; pas de sablé à la coupe ; il y a une quantité assez notable de liquide dans les ventricules. Le bulbe et la protubérance ne paraissent pas altérés.

Poitrine. — Pas d'épanchement dans le péricarde. Le cœur mesure 9 centimètres de diamètre transversal, au niveau du sillon, dont 6 centimètres pour le cœur droit ; il a 11 centimètres de hauteur. Il contient peu de sang dans ses cavités, sauf l'oreillette droite qui est seule distendue par une grande quantité de sang liquide, et mesure 7 centimètres de hauteur. La paroi ventriculaire droite mesure dans sa plus grande épaisseur 1 centimètre ; la ventriculaire gauche 2 centimètres 1/4 ; valvule tricuspide normale. Valvule mitrale raccourcie mesurant 1 centimètre de hauteur, épaissie dans toute son étendue ; induration fibreuse plus forte vers l'insertion des tendons, et avec nodules dans l'épaisseur des valvules ; à gauche, la valvule est plus épaissie. En écartant les parois du cœur et les valves autant que possible, elles constituent une fente mesurant, d'avant en arrière, 1 centimètre 3/4, et transversalement à peine 1 centimètre (rétrécissement mitral). Les deux lames de la valve peuvent se rapprocher et fermer l'orifice de manière que, en retournant le cœur, l'eau re te au-dessus et ne passe pas (rétrécissement sans insuffisance. En incisant la valvule de manière à écarter les deux moitiés, on constate que la valve droite présente dans son épaisseur des incrustations calcaires, et au niveau de la colonne charnue postérieure, elle est complètement adhérente au tissu cardiaque dans une étendue de 2 centimètres. Au niveau de la réunion des deux valves, vers la cloison, à la face auriculaire se trouve une végétation grosse comme un pois adhérente par sa base, et à droite de cette végétation, une ulcération creusée dans la paroi fibreuse de la valvule, ulcération infundibuliforme ayant 6 millimètres de longueur de haut en bas, 4 millimètres de diamètre transversal et 3 millimètres de profondeur, à parois assez irrégulières ; cette cavité est remplie par un petit caillot rougeâtre, granuleux. Tractus fibreux dans l'épaisseur des colonnes charnues, à leurs sommets (myocardite interstitielle). Tissu musculaire du cœur pâle, assez mou ; quelques fibres granulo-graisseuses, mais ce n'est pas une altération graisseuse avancée.

Aorte. — Valvules sigmoïdes normales, quelques incrustations athéromateuses dans l'aorte.

Poumons. — Emphysème généralisé des deux poumons ; lobes inférieurs condensés, carnifiés, contenant peu de sang. Pas de caillots dans les artères pulmonaires.

Abdomen. — Congestion veineuse du foie (muscade au premier degré), rate foncée ; pas d'infarctus. Reins un peu durs, assez injectés, sans altération du parenchyme.

Considérations. — Cette observation s'adapte parfaitement à la théorie de Traube. La céphalalgie, les nausées et les vomissements, préludes du dénoûment final, peuvent être rapportés à une anémie de tout l'encéphale ou du mésocéphale. Cette anémie pouvait avoir deux raisons. D'une part le rétrécissement mitral, diminuant le volume des ondées sanguines que la systole projetait dans le système artériel, on conçoit que, sous l'influence d'une asystolie ou d'une imperméabilité plus grande par l'effet du coagulum qui bouchait l'orifice rétréci, ces ondées soient devenues encore plus faibles ; l'encéphale, où le sang arrive le plus difficilement, parce que le cœur pour l'y envoyer lutte contre la pesanteur, subit d'abord les effets de la vacuité artérielle. L'augmentation du liquide sous-arachnoïdien parle aussi en faveur d'une anémie cérébrale : on sait, en effet, depuis les recherches de Magendie, que le liquide céphalo-rachidien peut remonter de la cavité rachidienne à la cavité crânienne, et réciproquement ; on sait que ces mouvements de flux et de reflux ont été constatés *de visu* pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration ; on sait que, dans les autopsies, la quantité de sang intra-crânien est en raison inverse de la quantité de liquide sous-arachnoïdien, parce que ce liquide est aspiré du rachis dans le crâne pour remplir le vide qu'une diminution dans la quantité du sang de l'encéphale tend à faire dans cette boîte osseuse non rétractile (voy. thèses de Strasbourg : Ehrmann, 1858, *De l'anémie cérébrale ;* Regnard, 1868, *Congestion cérébrale ;* Jobez, 1869, *Du liquide céphalo-rachidien*). D'autre part on conçoit que de la poussière embolique détachée du coagulum de la valvule mitrale et venue échouer dans les capillaires du centre respiratoire, ait pu, par ischémie locale de cet organe, donner lieu aux symptômes observés ; et si l'examen nécroscopique du bulbe est resté muet, on conçoit que cette poussière ténue intra-capillaire, n'ayant pas eu le temps de nécroser la substance nerveuse qu'elle prive de sang, ait pu échapper à l'investigation. Ce qui donnerait quelque poids à cette idée, c'est que j'ai manifestement remarqué que, pendant toute cette crise suprême, le côté droit du corps était plus paralysé et la face était légèrement déviée à gauche. On ne peut donc rejeter absolument ni affirmer certainement l'idée d'embolie capillaire du plancher du quatrième ventricule. D'ailleurs, qu'il y ait eu ischémie embolique ou qu'il y ait eu seulement anémie par défaut de sang cardiaque, le centre respiratoire recevant par l'une ou l'autre de ces raisons moins de sang artériel, était par cela même moins excitable ; de là le phénomène. L'injection malencontreuse de 1c,6 de chlorhydrate de morphine paraît avoir été la cause efficiente du phénomène ; ce fait confirme l'observation de l'éminent clinicien de Berlin. On comprend encore, de par le mécanisme réflexe du centre respiratoire, que la faradisation superficielle des nerfs sensitifs ait réussi, plutôt que l'électrisation profonde, à exciter d'une façon continue les nerfs inspirateurs. On sait que les courants induits sont recommandés dans l'asphyxie (voy. Onimus et Legros, *Traité d'électricité médicale*). Duchenne reconnaît que la faradisation du pneumogastrique et du laryngé supérieur n'est pas toujours sans danger ; elle peut produire, à dose même faible, l'arrêt du cœur et de la respiration. Il préfère la faradisation cutanée de la région précordiale, qui réagit sur les points des centres nerveux qui président à l'innervation de la respiration et à la circulation cardiaque. Dans notre observation, c'est la faradisation des nerfs les plus sensibles de la face et des cavités faciales qui a réussi le mieux. Dans un cas rapporté par les auteurs cités, un chien noyé fut rappelé à la vie par les conducteurs galvaniques introduits dans l'oreille et la bouche, alors que leur application sur la peau de la tête ne produisit pas de réaction. MM. Onimus et Legros ont expérimenté aussi les courants continus dans les cas d'asphyxie par le chloroforme et fait revivre des animaux asphyxiés en plaçant le pôle positif dans le rectum et l'autre dans la bouche.

J'aborde un autre fait de mon observation qui m'a vivement impressionné : c'est l'arrêt brusque du pouls et de la respiration qui est venu à trois reprises, à intervalles à peu près égaux, interrompre, et à la troisième fois arrêter à jamais la vie qui semblait renaître par l'excitation artificielle. Comment interpréter ces faits ? Je m'arrête à l'idée que voici : L'excitant artificiel ne pouvait agir par l'intermédiaire du centre respiratoire qu'autant que ce centre lui-même conservait une certaine excitabilité ; or, ce centre ayant fonctionné spontanément ou artificiellement pendant un certain laps de temps, cet exercice fonctionnel avait épuisé l'excitabilité amoindrie, que ne renouvelait plus une circulation insuffisante, et la paralysie apparaissait. L'organe, reposé pendant un certain temps, recouvrait alors son excitabilité et se remettait à fonctionner. Deux fois le centre respiratoire surmené a refait pendant le repos la propriété d'excitabilité ; la troisième fois les désordres nutritifs étaient tels que cette propriété restait anéantie à jamais ; le nœud vital restait paralysé. Tous les physiologistes ont signalé l'épuisement passager de l'excitabilité de la moelle. Dans les expériences qu'on fait sur la moelle épinière, il arrive quelquefois que l'excitabilité de cet organe est épuisée, pour ainsi dire, par la violence et la durée des excitations produites par les diverses manœuvres de l'opération. Il est alors impossible, pendant quelques moments, de provoquer, soit de la douleur, soit des actions réflexes, en irritant tel ou tel point du corps. Quelques minutes après l'opération, l'excitabilité renaît, et le pincement de la peau produit de nouveau de la douleur et des

actions réflexes. (Vulpian, *Physiologie du système nerveux*, p. 450.) Jaccoud, dans sa remarquable étude sur les paraplégies, rapporte plusieurs exemples de paralysies ischémiques caractérisés par l'intermittence des phénomènes : « Charcot en a observé un très-bel exemple chez l'homme ; la paralysie revenait par accès lorsque le malade avait marché pendant un quart d'heure environ ; quelques minutes de repos suffisaient pour dissiper tous les symptômes, et la marche redevenait possible ; mais au bout d'une vingtaine de minutes accès identique, un nouveau temps d'arrêt est nécessaire. A l'autopsie, on a constaté un anévrysme de l'artère iliaque primitive droite, le tiers inférieur de l'artère remplacé par un cordon ligamenteux, etc. » (Voy. Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie*, p. 305.)

On peut, ce me semble, sans trop s'aventurer dans le domaine de l'hypothèse, rapprocher les phénomènes de paralysie intermittente du centre respiratoire que nous avons observés des phénomènes du même ordre constatés physiologiquement et cliniquemment dans le domaine d'autres centres ou nerfs moteurs.

Obs. IX. *Habitudes alcooliques. Néphrite albumineuse. Hémiplégie gauche rapide. Convulsions épileptiformes. Coma. Respiration avec pauses. Foyer hémorrhagique considérable dans le corps strié et l'hémisphère droit.* — Carmoucha, âgé de quarante-sept ans, paintre en bâtiments, d'un tempérament lymphatique, a depuis longtemps des habitudas alcooliques, consomme pour 2 francs de vin et d'eau-de-vie par jour. Il y a cinq ans, fut amputé de la jambe gauche pour une affection ossausa du pied. Il a eu, huit jours après l'amputation, des accidents nerveux, de l'agitation convulsiva (délire traumatiqua des buveurs?)

Le 28 janvier, le malade, étant en état d'ivresse, est pris subitement d'una hémiplégie gauche avec embarras de la langue. Il put être reconduit chez lui, ayant encore sa connaissance. Sa femme le fit transporter à l'hôpital, où il arriva dans la coma. Face bouffie, fortement colorée. Injection at arborisations vasculaires des joues et du nez. Odeur alcoolique. Commissure labiale droite déviée. Paralysia faciale gauche. Immobilité absolue du bras et de la jambe gauche. Persistance, mais diminution de la sensibilité cutanée réflexe conservée des deux côtés du corps. Pas de déviation des globes oculaires, pupilles contractées. Au bout d'una heure environ l'intelligence revient, hébétée. La parole est embarrassée ; les sons sont émis confus, mal articulés. Loquacité continuelle et marmottement inintelligible. La langue est mobile. Sensibilité de la face conservée. Matité du cœur un peu augmentée ; bruits sourds, rhythme régulier. Pouls régulier, polycrote ; la ligne d'ascension du tracé est assez élevée, verticale ; tendance au plateau, ligne de descente en plan incliné, 80. Température aux deux aisselles égale 38 degrés. Respiration normale. Pas de toux ni d'expectoration. Dilatation considérable de l'estomac, qui s'étend dans l'hypochondre droit et masque la matité hépatique. Urines involontaires, assez abondantes, aqueuses, très-albumineuses ; au microscope, on découvre beaucoup de cellules épithéliales des tubes rénaux, pas de cylindres. Œdème léger des extrémités inférieures, de la face, des parois abdominale et thoracique.

Diagnostic. — Néphrite alcoolique ancienne ; hémorrhagie dans le corps strié droit.

Le 29 janvier, nuit calme. Intelligence nette, obtuse. Parole moins embarrassée. La jambe paralysée veut exécuter quelques mouvements ; le bras moins. La sensibilité ne paraît pas diminuée du côté paralysé. Se plaint d'une douleur frontale et temporale du côté droit. La pression des points sus et sous-orbitaires et du nerf facial est douloureuse. Appétit bon. Soif assez vive.

Le 30, parole plus distincte, loquacité permanente. Somnolence dont on le tira facilement. Carphologie du bras droit. Urines involontaires. Selles régulières. (Bière, 1/2 litre.) La nuit, grande agitation ; gesticulations et marmottement continuel qui empêche les autres malades de dormir.

Le 31, le matin est assez calme. Intelligence assez nette, un peu d'excitation (traite les infirmiars de fainéants). A dix heures et demie du matin, attaque épileptiforme (bien caractérisée d'après les sœurs et infirmiers), suivie de stertor et coma. Ces attaques se répètent à midi et jusqu'à cinq fois dans la journée. A quatre heures, il n'en reste d'autres traces quo de la somnolence, un peu de stupeur ; toutefois l'intelligence persiste ; l'hémiplégie gauche est la même ; le côté droit conserve sas mouvements, présente un peu de roideur qu'il résout spontanément. Nuit calme ; il n'y a plus de grandes attaques.

Le 1er février, parole assez facile. La langue se meut facilement. Répond bien. N'a pas connaissance des attaques de la veille, mais retombe dans une sorte de somnolence. Par intervalles, clignement des paupières et convulsions en haut des globes oculaires comme dans l'éclampsie das anfants. Névralgie persistante du côté droit de la tête. (Bromure de potassium, 1gr,50.) La journée resta calme ; la malade marmotte incessamment. Le soir, agitation plus grande ; mouvements automatiques du membre droit ; puis, vers dix heures du soir, coma brusque succédant à cette agitation (sans convulsions). La respiration est d'emblée stertoreuse, ralentie, irrégulière. Abaissement progressif de la température.

Le 2, huit heures du matin, même état comateux. Les yeux sont convulsés, las deux pupilles punctiformes, la bouche entr'ouverte, les membres flasques, inertas. La respiration se fait suivant un rhythme particuliar ; trois respirations fortas et bruyantes se succèdent ; en général, avant ces trois respirations, il y en a une plus légère perceptibla par la palpation à l'épigastre, c'est-à-dira diaphragmatique. Quelquefois il n'y a que deux inspirations profondes, pendant lesquelles tous les muscles de la poitrine et du cou entrent en jeu. Cette série de deux à quatre mouvements respiratoires dure dix secondes ; elle est suivie d'una pausa complète qui dure vingt-cinq à tronte secondes ; pendant cette pause le malade ressembla à un cadavre ; puis les mouvements respiratoires recommencent. Pendant ce temps le pouls subit des modifications. Aussitôt après les fortas respirations, le pouls devient fréquent, assez développé (30 au quart de minute) ; il resta fréquent pandant les deux tiars de la pause, environ vingt secondes ; vers la fin de la pause il se ralentit et ca ralentissement augmente pendant la période des respirations (15 pulsations au quart de minute) ; mais à la fin de cette période, même déjà avant le dernier mouvement respiratoire, le pouls reprand sa fréquence ; pendant tout ca temps le pouls resta développé, toujours un peu dicrote, avec faible tension artérielle. Tel est la cycle complet du pouls at de la respiration se reproduisant régulièrement. Le pouls compté pendant une minute bat 84 ; la température axillaire est 34°,1 C. Pendant la pause, las globes oculaires sont déviés en haut ; pendant la respiration, ils roulent en bas et à droita ; les pupilles restent rétrécies.

J'appliqua la faradisation avec le pinceau électrique de l'appareil à induction de Gaiffe, promené sur la peau et les muqueusas de la face et du cou ; clla détermine des contractions réflexes dans la faca ot les membras. A la suite de cette excitation les pauses ne sont plus que da quinze secondes ; mais le nombre des respirations n'est pas modifié et l'on ne parvient pas à raccourcir davantage les pauses. En remplaçant le pinceau par l'éponge, les pauses redeviennent plus longues (vingt à vingt-cinq secondes). L'électrisation est continuée pendant une heure. Au bout de ce temps (dix heures et demie) la respiration offre le même rhythme, sauf les pauses, qui se prolongent plus longtemps. La température est toujours à 34°,1 ; le pouls bat de 80 à 84. Les pupilles sont punctiformes. Le coma persiste toute la journée. A trois heures et demie je trouve le malade dans l'état suivant : Peau un peu moins froide ; température axillaire, 35 degrés ; pouls, 80, ample, dicrote, régulier, mais dépressible (artère flasque). Les mouvements respiratoires sont réguliers, mais très-superficiels ; ils se continuent sans interruptions 30 par minute. Toutes les deux minutes environ, il y a une inspiration plus forte, suspirieuse, suivie alors d'une légère pause ; c'est le seul indice qui persiste encore du rythme de Cheyna-Stokes. La pupille gauche est toujours peu difforme, mais la pupille droite est dilatée et représente un ovale irrégulier à grand axe vertical. Strabisme externe de l'œil droit. Souvent les globes oculaires se convulsent lentement pendant les mouvements respiratoires. Les respirations continuent très-superficielles, mais sans interruption. Le malade succombe sans râles trachéaux à dix heures du soir.

Autopsie. — *Crâne.* — Les veines et sinus de la dure-mère contiennent très-peu de sang. La surface des hémisphères ast très-pâle, la pie-mère très-anémiée, l'arachnoïde épaissie, opaque par place, surtout vers la ligne médiane. Développement considérable des corps de Paccioni. Beaucoup de liquide sous-arachnoïdien. Substance grise des circonvolutions molle (lésions alcooliques). Dans l'artère basilaire et les sylviennes, petits caillots rouges de date récente ; ces vaisseaux ne sont pas altérés. Surface de la protubérance et du bulbe d'un blanc vif. La substance blanche des hémisphèras, surtout de l'hémisphère droit, présente à la coupe un pointillé sanguin. En coupant les hémisphères par tranches horizontales depuis la convexité, on trouve à la troisième tranche, en son milieu, une portion ramollie contuse rouge, avec pointillé hémorrhagique, ayant 4 centimètres de long d'avant en arrière et 2 de large : c'est le plafond d'un vaste foyer hémorrhagique. Ce foyer contient un grand caillot (comme un œuf) et une grande quantité de sang liquide ; le caillot et le sang extrait, on voit une cavité losangique d'avant en arrière dont les sommets antérieur et postérieur sont chacun à 5 centimètres des extrémités antérieure et postérieure du cerveau. Cette cavité a 7 centimètres de longueur antéro-postérieure, 4 centimètres de diamètre transversal dans sa partie moyenne, 2 centimètres de profondeur. Les parois sont anfractueuses, contuses, tapissées de coagulums. En haut, la substance blanche déchiquetée, ramollie, flotte dans la cavité. En dedans, la paroi du foyer correspond à la face externe du corps strié, qui n'est pas intéressé, et en est séparé par une mince couche de substance blanche ; de sorte que le

foyer, situé immédiatement en dehors du corps strié droit, a détruit une partie de la substance blanche (couronne rayonnante de Reil) et de la substance grise des circonvolutions; à l'extrémité inférieure et antérieure de la corne sphénoïdale, vers la scissure de Sylvius, il n'est séparé des méninges que par une très mince couche de substance grise. Le corps strié, la couche optique en dedans de la cavité sont intacts. Les ventricules ne contiennent pas de sang. La protubérance, le cervelet, le bulbe, ne sont pas altérés. Les artérioles du cerveau ne nous ont pas montré d'anévrysme miliaire. Au microscope, les petits vaisseaux et capillaires ne sont pas notablement altérés.

Cœur. — 19 centimètres, diamètre transversal, au niveau du sillon; 11 centimètres, diamètre longitudinal jusqu'à ce sillon. Le ventricule droit contient quelques caillots décolorés, mous. Ce ventricule a 1 centimètre d'épaisseur, le ventricule gauche 2 centimètres. Valvules et orifices normaux. Tissu musculaire du cœur pâle, décoloré, assez flasque; par places, fibres granulo-graisseuses. Foie pâle, non gras. Reins petits (9 centimètres de long, 4 de large, 2 d'épaisseur), l'un contient deux kystes aux deux extrémités inférieure et supérieure. La substance corticale est décolorée, graisseuse, et offre une injection veineuse. Tissu médullaire moins altéré.

Considérations. — Trois jours après l'hémiplégie se déclarèrent chez notre malade des convulsions épileptiformes. Ces convulsions indiquaient une irritation du mésocéphale, organe qui commande l'épilepsie. On pouvait se demander si l'hémorrhagie s'était fait jour dans les ventricules ou dans les méninges. Dans ces cas, en effet, on sait qu'il survient, soit des convulsions, soit une paralysie complète, suivant que l'épanchement, par sa quantité, produit une irritation simple ou la destruction des fibres motrices des nerfs condensées dans le mésocéphale; il peut y avoir paralysie d'un côté du corps (correspondant à la compression due à l'épanchement prédominant d'un côté) et de l'autre côté convulsions cloniques ou toniques (correspondant à l'irritation plus ou moins grande transmise au côté du mésocéphale non comprimé). (Voy. thèse de Strasbourg, 1867 : *Des convulsions dans l'hémorrhagie cérébrale,* par Prosper Hirz.)

La fréquence des hémorrhagies méningées dans les autopsies d'individus ivres-morts était un argument de plus en faveur de cette idée. Sur 7 individus qui avaient succombé en état d'ivresse, M. Tardieu a trouvé 5 fois une hémorrhagie méningée; 2 fois il y avait en outre épanchement dans les ventricules et destruction de leurs parois. Toutefois, je ne m'arrêtai pas à cette idée, en raison de l'intermittence des phénomènes convulsifs et du retour parfait de la motilité sans mélange de contracture dans le côté sain, après les convulsions terminées, en raison de la non-aggravation des symptômes de paralysie, après cette série d'attaques; je pensai, ce que l'autopsie a confirmé, que le foyer n'était pas dans le ventricule ni à la base du crâne, mais dans le voisinage du mésocéphale. Les phénomènes mésocéphaliques n'étant pas permanents devaient être plutôt des phénomènes d'irradiation transmis du foyer voisin par voie vasculaire ou nerveuse. J'eus la satisfaction de voir M. le professeur Victor Parisot faire, de son côté, le même diagnostic que moi.

A cette agitation convulsive témoignant d'une excitabilité augmentée du cerveau et du mésocéphale, succédèrent les phénomènes témoignant d'une diminution de cette excitabilité : le coma et la respiration entrecoupée par les pauses.

Les phénomènes oculo-pupillaires peuvent aussi être interprétés par un affaiblissement fonctionnel des centres de la moelle; le rétrécissement des pupilles est dû à la paralysie du centre cilio-spinal, lieu d'origine des nerfs sympathiques destinés à l'iris, centre que certains auteurs placent dans la région cervico-dorsale de la moelle, d'autres dans le bulbe. Il est certain que ce centre est influencé, comme le centre respiratoire; pendant la dyspnée on sait que les pupilles se dilatent. Rétrécies pendant la pause, elles peuvent, comme dans quelques observations, se dilater de nouveau avec le retour des mouvements respiratoires, alors que le centre qui préside à cette dilatation reçoit de nouveau, comme le centre respiratoire, grâce à l'acide carbonique accumulé, une excitation suffisante. Quant à la déviation latérale des globes oculaires, telle que nous l'avons observée, peut-être y a-t-il là aussi, en même temps que retour de l'excitation du centre respiratoire et du centre cilio-spinal, excitation d'un des centres oculo-moteurs externes. Or, d'après Schrœder van der Kolk, le noyau de chacun de ces centres est uni à celui de l'oculo-moteur commun du côté opposé, ce qui fait que les deux yeux sont entraînés physiologiquement dans le même sens, le muscle droit externe, d'un côté, se contractant simultanément avec le droit interne de l'autre. Dans notre cas, ce mouvement latéral se faisait du côté de l'hémisphère malade, rappelant le phénomène décrit par Prévost sous le nom de *déviation conjuguée des yeux.* Dans les observations de Ziemssen et de Merkel, les mouvements du globe oculaire étaient autres; ils avaient lieu pendant la pause; en même temps que le rétrécissement des pupilles, on voyait les oscillations des deux yeux.

Reste à interpréter dans notre seconde observation les modifications que le pouls a subies pendant le cycle respiratoire. La tension artérielle étudiée au sphygmographe n'ayant pas été modifiée sensiblement en même temps que la fréquence du cœur, il ne me semble pas que ces modifications ressortissent au centre vaso-moteur; elles me semblent plutôt justiciables du centre modérateur du nerf vague logé aussi dans le bulbe. Pendant la pause, l'acide carbonique accumulé augmente l'excitation de ce centre; le frein du cœur est un peu plus serré et le pouls commence à se ralentir à la fin de la pause; puis les respirations venant éliminer l'excitant en excès, le frein du cœur se relâche et le cœur redevient plus fréquent avant la fin des respirations. Traube avait aussi observé ces modifications du pouls avec des modifications de tension artérielle : « Il arrive souvent, dit-il, pendant les pauses plus longues, que la tension artérielle augmente et que le nombre des pulsations diminue, ce que l'on peut observer aussi chez les animaux faiblement curarisés, si l'on suspend par moment la respiration artificielle. »

Ce qui précède était écrit lorsque j'ai observé encore les faits suivants :

Obs. X. — Le 25 février 1873, pendant la visite, on m'appela dans la salle voisine des maladies chroniques pour un malade qui se mourait; un instant auparavant, il était assis sur son lit et causait. Je trouve un homme âgé de trente-six ans, pâle, cadavérique, ne respirant plus; puis une respiration suspirieuse et profonde se manifeste; elle est suivie d'une pause d'environ 2/3 de minute, pendant laquelle cet homme ressemblait à un cadavre; puis une nouvelle respiration se manifeste, suivie d'une nouvelle pause de même durée; enfin la dernière inspiration et la dernière expiration. Je ne connaissais pas le malade. On me dit qu'il était commissionnaire, adonné aux alcooliques, qu'il avait une simple bronchite chronique. D'après les phénomènes ultimes, j'attribuai la mort à une anémie du bulbe, vraisemblablement due à une syncope liée à un cœur gras.

Autopsie: Sinus de la dure-mère turgescent, arachnoïde épaisse et opaque, surtout au niveau des circonvolutions (lésion alcoolique). Œdème sous-arachnoïdien. Artères cérébrales vides. Pie-mère assez injectée au niveau du mésocéphale. Cerveau pâle, mou; la substance grise est assez rosée. Épanchement considérable de sérosité dans les ventricules. Congestion vasculaire par places dans le bulbe, la protubérance, les corps striés; pointillé sanguin sur le plancher du 4e ventricule, au milieu des pédoncules cérébelleux moyens.

Poumons tuberculeux, infiltrés de granulations, contenant de petites cavernes aux sommets. Cœur en gibecière, dilaté à droite, hypertrophié à gauche, sans altération valvulaire; tissu musculaire flasque, décoloré, graisseux; caillots mous, blancs, en grande partie décolorés dans l'artère pulmonaire et l'aorte, non propagés dans les carotides ni dans les branches de l'artère pulmonaire. Foie granulo-graisseux (alcoolique).

Obs. XI. — En mars 1873 je rencontrai dans la cour de l'hôpital Saint-Charles un maçon qu'on apportait sur un brancard; il venait de tomber d'un échafaudage de l'église Saint-Léon; il était sans connaissance, avait les deux poignets luxés avec fracture, une plaie au sourcil droit par laquelle on voyait le crâne fendu, un écoulement de sang par les deux oreilles, les pupilles dilatées. Ses camarades l'avaient cru mort parce qu'il ne respirait plus à un certain moment, et une glace placée

devant sa bouche n'avait pas été ternie. Il vécut encore une demi-heure pendant laquelle la respiration s'effectuait par deux à trois mouvements respiratoires laborieux, séparés par des pauses régulièrement espacées.

On a vu par les observations précédentes que la respiration de Cheyne-Stokes ne se montre pas toujours dans toute son expression, avec les pauses et les séries ascendantes et descendantes des respirations, mais qu'on reconnaît encore ce mode de respiration alors qu'il n'est pas exprimé aussi complétement. J'ai vu récemment un jeune homme qui s'était asphyxié par la vapeur de charbon; il vécut encore deux jours dans le coma, avec une respiration stertoreuse; on trouva une forte congestion sanguine des poumons. Quelques heures avant sa mort, sa respiration offrait le rhythme suivant: 5 à 6 respirations laborieuses et bruyantes alternaient avec 4 à 5 respirations superficielles; cette série durait 16 secondes; il n'y eut pas de pause et ces séries alternantes de respirations laborieuses et superficielles se suivirent régulièrement, pendant une heure que le malade fut observé.

Résumons, pour terminer cette étude, les faits principaux qui découlent des observations que j'ai réunies et comparées aux miennes.

Dans beaucoup d'encéphalopathies dues à des maladies intra-crâniennes ou compliquant des maladies diverses, la respiration peut quelquefois affecter un mode particulier: elle présente des suspensions ou des pauses qui peuvent durer de quelques secondes à quarante secondes. Entre ces pauses se fait une série de respirations variant en nombre de deux à trente. Souvent ces respirations qui suivent la pause sont d'abord superficielles, puis deviennent plus profondes, jusqu'à être laborieuses, dyspnéiques, puis elles redeviennent superficielles pour aboutir à une nouvelle pause. Cet ordre croissant et décroissant des respirations n'existe pas toujours; tantôt quelques respirations superficielles peuvent être suivies de respirations dyspnéiques, et la pause (ou apnée) peut succéder immédiatement à la dyspnée sans que la série repasse par les respirations superficielles (obs. de Lutz, Roth, Merkel, Bernheim); tantôt les respirations qui suivent la pause sont immédiatement dyspnéiques et suivies de quelques respirations moins fortes (Bernheim); tantôt enfin les pauses ne sont séparées que par quelques respirations bruyantes ou précipitées, mais égales (Roth); enfin la respiration de Cheyne-Stokes peut être indiquée seulement par des respirations superficielles alternant régulièrement avec des respirations profondes sans pauses.

Souvent la série des respirations dure un temps égal à celui de la pause. Il se peut aussi que ces temps soient différents: on peut voir des séries de deux ou trois mouvements respiratoires être séparées par des pauses durant trente secondes.

La durée du cycle entier (pauses et respirations) est variable: tantôt un seul cycle se fait en une minute à une minute et demie; d'autres fois, quatre à cinq cycles peuvent s'observer en une minute, auquel cas le phénomène est assez facilement méconnu.

Ce mode respiratoire s'accompagne souvent de coma persistant et peut se continuer à l'agonie jusqu'à la mort. D'autres fois, bien que le coma continue et devienne plus profond, la respiration de Cheyne-Stokes est remplacée par une respiration continue, superficielle ou stertoreuse jusqu'à la mort, ou par des respirations très-précipitées alternant avec des respirations plus lentes et profondes, sans pauses.

On a vu aussi une seule série se produire, être suivie assez longtemps de respiration continue et régulière, et la même série ne reparaître qu'après d'assez longs intervalles (obs. de Lutz).

C'est toujours un symptôme grave; ce n'est pas un indice certain de mort prochaine, il peut être suivi de guérison (Lutz, Roth) ou d'amélioration passagère dans le cours d'une maladie incurable (Merkel); il peut durer d'une façon continue pendant des semaines (Merkel), laissant à peine des intervalles de répit, puis disparaître et faire place à une respiration régulière.

On a vu, pendant les attaques éclamptiques, les pauses disparaître et la respiration précipitée continuer, régulière; puis, l'attaque terminée, après un certain temps les pauses reparaître (Roth).

Le malade peut s'endormir à chaque pause et se réveiller seulement au moment de la dyspnée (Traube, Merkel). Lorsque les pauses sont très-longues, on observe souvent, vers leur fin, des mouvements convulsifs des muscles de la face et des extrémités supérieures.

Des phénomènes oculo-pupillaires ont accompagné parfois ce mode respiratoire; les pupilles rétrécies pendant la pause peuvent se dilater chaque fois que la respiration recommence; les deux yeux peuvent osciller autour de leur axe vertical pendant la pause.

Le pouls tantôt n'est pas influencé, tantôt se ralentit et devient plus tendu à la fin des pauses, pour redevenir plus fréquent avant la fin des respirations.

L'électrisation des nerfs phréniques a réussi une fois à supprimer les pauses et à rendre la respiration continue; l'électrisation au pinceau des nerfs sensitifs de la face a réussi là où l'électrisation profonde avec les éponges avait échoué.

Tous ces phénomènes paraissent dépendre de modifications dans l'excitabilité du centre respiratoire. Toutes les maladies qui y donnent lieu s'accompagnent de modifications dans la circulation intra-crânienne.

Deux conclusions pratiques méritent d'être relevées: 1° l'utilité de la faradisation des nerfs sensitifs de la face dans le cas de mort imminente par paralysie du centre respiratoire (asphyxie par le chloroforme, etc.); 2° le danger de l'administration de la morphine dans les maladies qui donnent lieu à l'anémie cérébrale.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

Les fossiles trouvés dans les chaux phosphatées du Querey. Lettre de M. *P. Gervais*. — Une des collections les plus remarquables de ces fossiles, celle de M. Daudibertière, visitée par M. Gervais, réunit des ossements de plusieurs sortes de pachydermes jumentés. Il y a de belles pièces appartenant aux porcins, aux ruminants, aux carnivores, aux rongeurs.

Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie, par M. le docteur *J. D. Tholozan*. — L'auteur résume d'abord les opinions admises de nos jours sur les foyers primitifs et les habitats de la peste; puis, énumérant les faits relatifs au développement de la peste au centre des continents et dans les régions élevées, il termine comme il suit:

« Tous les faits que je viens de citer démontrent que la peste peut se développer sur tous les sols et à toutes les altitudes. Sa genèse ne tient pas, par conséquent, à des conditions particulières du terrain; elle ne dépend pas non plus des influences météorologiques; le développement ultérieur est seulement influencé par les saisons. La cause de la peste réside probablement dans certaines influences hygiéniques encore mal déterminées. La famine est une circonstance prédisposante, et rien de plus. Dans les trois dernières pestes qui ont été observées depuis seize ans, la première, celle de Bengahi, en 1857, coïncida avec la famine; la seconde, celle de la Mésopotamie, en 1867, et la troisième, celle du Kurdistan persan, en 1871, se sont montrées dans des districts qui n'ont pas même souffert de la disette, et, en 1871, tout le monde a été témoin en Perse de ce grand fait étiologique, que la peste s'est limitée à un très-petit district, où les vivres ne man-

quaient pas, tandis que dans le centre du pays, à l'est et au sud, où la famine était excessive, on n'a observé que des dysentéries pendant le règne de la faim, et à son terme on a vu se développer le typhus et la fièvre à rechute, sans qu'aucun cas de peste se soit développé dans ces régions. »

Action de l'ammoniaque et action prolongée de l'eau sur le phylloxera. Extrait d'une lettre de M. *Gueyraud* à M. Dumas. (Renvoi à la commission du Phylloxera.)

Idio-métalloscopie. — M. *Burq* adresse, pour le concours Montyon, un mémoire intitulé : Application du thermomètre a l'idio-métalloscopie, etc. (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Séance du 21 juillet 1873. — présidence de m. de quatrefages.

Sur la localisation, dans le cervelet, du pouvoir coordinateur des mouvements nécessaires a la marche, a la station et a l'équilibration, par M. *Bouillaud*. — L'éminent académicien, en réponse à ce qu'avait dit M. Chevreul dans la dernière séance, établit par des considérations physiologiques et cliniques : 1° « Qu'à la doctrine d'après laquelle il n'appartenait qu'au cervelet de *coordonner* tous les mouvements dits volontaires de translation et de préhension, il faut substituer celle d'après laquelle ce centre nerveux coordonne *spécialement* ceux nécessaires à la marche, à la station, à l'équilibration du corps; 2° qu'à la doctrine selon laquelle le cerveau ne *coordonne* aucun des mouvements dits volontaires de translation et de préhension, il faut substituer celle selon laquelle il *coordonne* un très-grand nombre de ces mouvements, mais non compris ceux de la marche et de la station. »

Et il conclut en ces termes : « Il est démontré, par les observations cliniques et par les expériences sur des animaux, que, sans préjudice des autres offices qu'ils peuvent remplir, le cerveau et le cervelet sont les organes coordinateurs de toutes les *espèces* de mouvements volontaires de la vie *animale*. »

Phylloxera. — Deux communications : l'une de M. *Max. Cornu* sur l'identité du Phylloxera des feuilles et de celui des racines; l'autre de M. *Petit* sur les moyens de destruction du Phylloxera.

Altérations spontanées des œufs. Note de M. *U. Gayon*. — L'auteur avait annoncé précédemment que la putréfaction des œufs était corrélative du développement et de la multiplication d'êtres microscopiques, de la famille des *vibrioniens*. Il avait émis, en outre, l'hypothèse que les organismes dont il s'agit pourraient bien être introduits dans l'œuf pendant qu'il chemine dans l'oviducte et qu'il s'entoure du blanc, de ses membranes et de sa coque. La présente Note a pour objet de compléter ces premiers résultats. L'auteur mélange intimement le blanc et le jaune de l'œuf, le fait passer, sous l'état même où l'agitation le donne, dans des vases privés de germes. Là, il le conserve depuis des mois, au libre contact de l'air pur, à une température qui s'est élevée jusqu'à 30 degrés et qui ne s'est jamais abaissée au-dessous de 20 degrés. Si l'on opère avec un œuf contenant quelques bactéries ou des spores de moisissures, ils se développent, se multiplient, et produisent, soit la putréfaction si ce sont des bactéries, soit l'altération correspondant aux moisissures si ce sont des spores. Hors de là, la putréfaction, la génération spontanée ne se produisent jamais.

Détermination, par l'embryologie comparative, des parties analogues de l'intestin, chez les Vertébrés supérieurs. Note de M. *Campana*.

Académie de médecine.

Séances du 29 juillet 1873. — présidence de m. depaul.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le rapport de M. le docteur *Joubert*, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoux et le rapport de M. le docteur *Silve*, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1871. (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Le rapport de M. le docteur *Lafeille*, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872. (*Même commission*). — c. Une lettre de M. le préfet des Basses-Pyrénées demandant une récompense honorifique pour M. *Etcheudy*, officier de santé à Tardet, eu égard au dévouement dont il a fait preuve durant l'épidémie variolique qui a régné à Saint Engrance en 1871. (*Commission des épidémies*.) — *d*. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de la Haute-Loire, de l'Aisne, de la Corrèze, du Finistère, de la Haute-Garonne, de la Haute-Savoie et de la Loire. (*Commission de vaccine*.) — *e*. Des renseignements complémentaires au tableau des vaccinations pratiquées dans le département des Côtes-du-Nord pendant l'année 1872 (*Même commission*.) — *f*. Un envoi de nouveaux échantillons d'une source d'eaux minérales que le sieur *Descube* possède à Pierre-Brune, commune de Saint-Germain-les-Belles, et pour laquelle il sollicite une autorisation d'exploitation. (*Commission des eaux minérales*)— *g*. Des échantillons d'eaux d'une source d'eau minérale dite du Vernet, que le sieur *Tarandon* possède dans la commune de Prade (Ardèche) et pour laquelle il sollicite une autorisation d'exploitation.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de remercîments de MM. les docteurs *Dourif* et *O Seintrell*, pour les récompenses à eux accordées dans sa séance annuelle. — *b* Une lettre de M. le docteur *Netter* sur le traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses. (*Commission du choléra*.)—*c*. Un mémoire de M. le docteur *Pignoni* sur la lithoclysmie, nouvelle opération chirurgicale ayant pour objet la dissolution intra-vésicale de la pierre.

M. *Larrey* dépose sur le bureau le 13e volume de la collection des rapports du département médical de l'armée anglaise, par M. le docteur *T. G. Logan*.

M. *Théophile Roussel* offre à l'Académie le rapport sommaire fait au nom de la 19e commission d'initiative, sur la proposition de loi qu'il avait faite dernièrement, et ayant pour objet la protection des enfants du premier âge et, en particulier, des nourrissons.

M. *Chauffard* présente à l'Académie, au nom de M. le docteur *Galicier*, un volume intitulé : Du typhus, Réflexions critiques sur le principe contagieux et sa cause, suivies d'une Étude sur la constitution médicale épidémique de Versailles pendant l'année 1872-1873.

Séance vive et animée; ajoutons aussi fort récréative, car des incidents imprévus sont venus jeter un peu de gaieté dans ce débat, souvent aride et beaucoup trop passionné.

M. Dumas n'ayant pu assister à la séance, M. Buignet donne lecture du discours qu'il se proposait de prononcer.

M. Dumas prend, comme les pharmaciens, la question par le côté sentimental. Il admet volontiers le principe de l'autonomie, mais il ne comprend pas qu'on veuille en déduire comme conséquence la subordination de la pharmacie et des pharmaciens, dont il fait une apologie que personne ne conteste ni n'a contestée. C'est au moins la dixième depuis le commencement de la discussion. Si les pharmaciens perdent la partie, ils pourront au moins, comme consolation, lire les éloges pompeux qu'ont faits de la pharmacie leurs collègues de l'Académie.

M. Dumas n'admet donc pas la subordination de la pharmacie. Les partisans de l'autonomie disent que rien ne sera changé, que les pharmaciens conserveront leurs grades et leurs attributions. S'il en était ainsi, les pharmaciens ne s'inquiéteraient pas tant. Au fond, les intérêts les plus sérieux de la pharmacie sont en jeu, et il vaudrait mieux qu'ils fussent défendus par un pharmacien que par le chef du service médical.

En admettant même l'autonomie du service de santé, est-ce aux médecins à régler les rapports des deux services? Non, car ils sont à la fois juges et partie. L'Académie ne peut donc et ne doit que poser le principe de l'autonomie. C'est à l'administration de régler les rapports de la médecine et de la pharmacie.

Au point de vue scientifique, le médecin militaire n'a pas le temps de travailler, il est essentiellement nomade, toujours en route, à la suite de son régiment, sur le champ de bataille ou ailleurs. Le pharmacien plus sédentaire peut seul se livrer à l'étude de la chimie, des sciences naturelles, etc.; il est peu connu du soldat sans doute, mais son rôle, pour être moins brillant, n'en est pas moins utile. On cite l'exemple des pays

voisins; mais peut-on comparer la pharmacie étrangère à cette brillante pharmacie française qui...., etc., etc. Autre éloge de la pharmacie.

Comme conclusion de ce discours et de ces éloges, où l'on voit, avec étonnement entre autres choses, que les pharmaciens usent continuellement du microscope, M. Dumas demande l'autonomie du corps de santé avec un chef pris dans son sein. Mais il demande aussi que les pharmaciens aient leur chef et que les rapports des deux services soient réglés par l'administration.

M. le président va donner ensuite la parole à M. Bonnafont, quand M. *Chauffard* fait observer que l'Académie en a assez; on est suffisamment éclairé, et des deux côtés on ne fera plus que répéter, ressasser sans cesse les mêmes arguments et les mêmes répliques; finalement il demande la clôture de la discussion. M. Larrey appuie cette motion; M. Béhier, de même, et dans un style fort imagé.

Naturellement les pharmaciens protestent. M. Gaultier de Claubry a du nouveau à dire; M. Poggiale aussi. M. Bouley propose de laisser causer encore les pharmaciens, mais à condition qu'on terminera aujourd'hui.

Pour mettre tout le monde d'accord, M. *le président* consulte l'Académie : 23 voix se déclarent pour la clôture, 23 contre; tout le monde de rire, et la discussion continue.

M. *Bonnafont* monte à la tribune, et d'une voix saccadée, précipitée, lit au milieu d'un brouhaha général un discours dont on n'écoute pas un traître mot.

Il reprend bravement la question *ab ovo*, constate dès le début que le rapport est à côté de la question et qu'on devrait le renvoyer à la commission, idée pleine d'à-propos, car certainement le besoin se faisait vivement sentir de recommencer la discussion. Quel dommage qu'une idée aussi originale n'ait pas été écoutée, car on n'écoutait guère, et l'orateur lisait toujours. « Donnez les conclusions, lui crie amicalement M. Larrey, pour le tirer d'embarras. » Mais l'orateur lisait toujours. A un moment pourtant il fallut s'arrêter, on n'entendait plus absolument rien, et le président allait rappeler l'Académie à l'attention quand M. Bouley fait observer à M. Bonnafont que dans son intérêt il ferait bien de venir au fait, c'est-à-dire aux conclusions.

M. Bonnafont s'exécute et lit ses conclusions qui trouvent les propositions du rapport parfaitement justifiées. L'Académie eût été bien étonnée de ces conclusions si elle avait entendu les prémisses.

Après lui, M. *Sédillot*, d'un air bonhomme, improvise un discours très-habile et très-fin où, sans avoir l'air d'y toucher, il exécute l'intendance et dit son fait à la pharmacie.

Les pharmaciens sont sans doute très-utiles, mais sont-ils réellement indispensables? Il est permis d'en douter, car dans plus de 200 infirmeries militaires il n'y a pas de pharmaciens, c'est le médecin qui fait la pharmacie, et ce qu'il a fait pendant dix, quinze, vingt ans dans un petit service hospitalier, ne pourrait-il pas le faire dans un hôpital militaire, où quelquefois le nombre des médecins, les pharmaciens et infirmiers dépasse le nombre des malades?

Les pharmaciens crient à l'humiliation : il n'y a vraiment pas de quoi, car la subordination est la règle à l'armée, c'est même une nécessité impérieuse pour l'unité du commandement.

Les médecins, de leur côté, se plaignent de l'intendance, et ce n'est pas sans raison. « Je ne parle pas des hommes, dit M. Sédillot, les intendants sont des gens charmants, de mœurs douces et agréables, mais comme institution c'est déplorable, et je vous citerai comme exemple ce qui est arrivé à mon ami le docteur Beaunis pendant la campagne de l'Est. Chaque fois qu'il demandait ce qu'il avait à faire, on lui faisait invariablement les trois réponses suivantes : d'abord « attendez »; puis « suivez le mouvement », et enfin « faites ce que vous pourrez »; et à la fin de la campagne on lisait dans les rapports militaires que jamais le service médical n'avait été aussi bien dirigé que sous le commandement de M. l'intendant un tel; voilà l'intendance, et je conçois que la médecine tienne à s'en séparer. »

Les pharmaciens, dit M. Sédillot, ont l'air de se plaindre que les médecins montent en grade. Eh bien, après? Est-ce qu'on est dégradé parce que son voisin s'élève? Il faut laisser de côté toutes ces petites questions personnelles et songer un peu plus à l'intérêt général.

Ces réflexions pleines de bon sens, dont nous ne pouvons malheureusement donner qu'un léger aperçu, ont été accueillies par les applaudissements de toute l'Académie, qui demande de nouveau la clôture. M. *Poggiale*, qui par hasard n'avait pas interrompu, proteste énergiquement et dit qu'il n'en a pas pour longtemps. M. le président lui donne donc la parole, mais en lui rappelant sa promesse d'être bref.

M. Poggiale entreprend de répondre aux discours de MM. Broca, Larrey, et surtout à l'argumentation de M. Legouest. Nous n'essayerons pas de suivre cette réponse, qui n'est après tout qu'une reproduction plus ou moins détaillée de certains passages de ses discours précédents. Nous nous contenterons de signaler un épisode assez instructif.

A propos de la subordination, M. Poggiale, pour montrer quels peuvent être les pouvoirs du médecin militaire, donne lecture du règlement de l'armée, et entre autres de l'article 18, en vertu duquel, d'après lui, le médecin peut infliger des punitions ou arrêts au pharmacien. — « C'est inexact, lui crie M. Legouest, vous ne lisez pas l'article 18 tout en entier; j'en demande formellement la lecture publique. » Mis au pied du mur, M. Poggiale donne lecture du fameux article, où l'on voit, en effet, qu'un officier de santé militaire, médecin ou pharmacien, peut être puni par son supérieur, mais par le supérieur *de sa profession*. En entendant cette finale, peu favorable à l'argumentation de M. Poggiale, l'Académie tout entière et le public partent d'un rire irrévérencieux, dont l'orateur, tourné vers le bureau, semble demander la raison.

Après cet incident, qui a achevé de mettre en gaieté l'Académie, déjà mise en train par M. Sédillot, MM. Legouest et Larrey répondent en quelques mots aux discours de MM. Dumas et Poggiale, puis on vote la clôture de la discussion générale et l'on renvoie à mardi la discussion des articles. Espérons que ce sera la fin finale.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JUIN 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

OBSERVATION DE PSEUDO-PELLAGRE; DISCUSSION. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE APRÈS LA THORACOCENTÈSE.

M. *Siredey* montre une femme de trente-six ans, cachectique et atteinte d'un érythème analogue à celui de la pellagre.

Cette malade, d'une constitution médiocre, un peu rachitique, lymphatique, a toujours joui cependant d'une bonne santé. Mariée, elle a eu six enfants, le dernier en 1871; il ne reste qu'un seul enfant vivant, les cinq autres sont morts en bas âge. Il y a trois mois, à l'occasion d'une métrorrhagie non douloureuse et de longue durée, cette femme perdit l'appétit, eut des nausées, des vomissements muqueux et bilieux, et une sensation de brûlure à la gorge, qui se reproduisaient le matin à jeun. A cette époque apparut, à la face dorsale de chaque main, une plaque rouge érythémateuse. Six semaines plus tard, des plaques semblables se montrent au front et aux tempes. Simultanément, grande faiblesse dans les membres inférieurs, marche pénible et douloureuse, palpitations de cœur, essoufflement, toux.

Lorsque cette femme entra à l'hôpital Lariboisière, le 23 juin dernier, on la trouve dans l'état suivant : face pâle, bouffie, aspect cachectique, léger œdème des jambes, apyrexie. Le front, les tempes, les régions mastoïdiennes, les parties latérales du cou, le dos des mains depuis le poignet jusqu'aux doigts, sont occupés par des plaques rouge sombre, recouvertes par un épiderme sec, fendillé, luisant, soulevé par place et prêt à se détacher : en ces points, il y a de l'analgésie, pas de démangeaisons, de cuisson ou de douleur, la sensibilité tactile y est diminuée, la sensibilité thermique est conservée. Aux membres inférieurs, il y a une hyperesthésie très-marquée. La région lombaire est douloureuse à la pression et pendant les mouvements : cette douleur s'étend dans les membres inférieurs, ce qui rend la marche très-difficile. Il y a du tremblement alcoolique des mains.

Les sens sont intacts, l'intelligence est manifestement affaiblie : pleurs et rires sans motifs plausibles. Sommeil bon. La langue est saburrale, les gencives fongueuses et l'haleine fétide. Inappétence, soif vive, pituite le matin, selles régulières. Le foie est gros. Bruit de souffle anémique à la base du cœur et dans les vaisseaux : rien aux poumons. Urines normales: Ulcération granuleuse au col de l'utérus.

En présence de cet état cachectique et de l'érythème de la face et des mains, et en raison de l'absence de troubles intellectuels propres à la pellagre vraie, de la non-existence de diarrhée, et aussi en raison de ce fait que la malade n'a jamais fait usage d'aliments où entre le maïs, M. Siredey pense qu'il s'agit là d'une pseudo-pellagre. Les renseignements obtenus de la malade permettent d'établir que l'alcoolisme a été, à l'exclusion de toutes autres, la cause de la maladie.

Discussion. — Le diagnostic de pseudo-pellagre porté par M. Siredey est discuté par M. Moutard-Martin, qui ne voit pas pourquoi on ne fait pas de ce cas un fait de pellagre vraie. L'usage du maïs n'est pas, selon lui, seul capable de produire la pellagre ; d'autres causes, l'alcoolisme entre autres, peuvent la déterminer. A cela, M. Siredey répond que le mot pellagre est réservé pour une maladie épidémique qui naît sous l'influence du verdet de maïs, et que les états analogues sont désignés sous la dénomination de pseudo-pellagre. Ainsi que le fait remarquer M. Bucquoy, la question a été étudiée par Landouzy et résolue par lui dans le sens d'identité entre la pellagre vraie et la pseudo-pellagre, mais M. Roussel a, de son côté, cherché à maintenir la différence. Ce qui est vrai, c'est que l'on rencontre souvent des sujets cachectiques qui présentent une partie des symptômes attribués à la pellagre vraie, et que ces sujets sont presque toujours alcooliques : MM. Lailler, Moutard-Martin, Bucquoy, Bourdon, Brouardel, ont eu l'occasion, soit dans les hôpitaux de Paris, soit dans les Pyrénées, d'observer de ces cas dans lesquels le maïs n'avait joué aucun rôle étiologique, et pour ces médecins il n'y a pas lieu de distinguer la pellagre vraie de la pseudo-pellagre. La pellagre se développe chez les individus misérables, cachectiques : sa cause certaine est la misère physiologique ; sa cause douteuse est le verdet. M. Liebermann, ayant vécu pendant cinq ans au Mexique où l'on mange du maïs et même du maïs altéré par le verdet, n'a pas vu un seul exemple de pellagre.

Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse. — La discussion est reprise dans cette séance par MM. Woillez et Besnier.

M. *Woillez*, qui, dans son Traité des maladies aigues des voies respiratoires (page 467 et suivantes), a considéré comme une preuve de la piqûre du poumon par le trocart l'expectoration albumineuse qui suit quelquefois l'opération, vient défendre encore cette opinion.

Laissant de côté tous les arguments qu'il pourrait faire valoir contre la théorie proposée par M. Féréol, et cela pour ne pas répéter la critique si juste et si complète qui a été opposée par MM. Moutard-Martin et Beaumetz, M. Woillez discute d'abord l'opinion qui rapporte à la congestion pulmonaire exclusivement tous ces cas d'expectoration albumineuse. Il accepte qu'une expectoration abondante puisse accompagner la congestion pulmonaire : quand cette expectoration est considérable et rapide, elle prend le nom de bronchorrhée, de catarrhe pituiteux, de flux muqueux ou séreux, et l'expérimentation physiologique a permis d'attribuer ces flux accidentels à une lésion des pneumogastriques. En dehors des accidents de ce genre, qui suivent la thoracocentèse, il y a certainement des flux bronchiques justiciables de la congestion pulmonaire : les observations publiées récemment dans la Gazette des hôpitaux par MM. Jalabert, V. Révilliout et Renou, en sont la preuve. Mais, dans ces derniers cas, l'expectoration est séreuse, et dans des faits analogues que M. Woillez a observés avec M. Ory, son interne, les crachats n'ont fourni par la chaleur et l'acide azotique qu'un précipité albumineux, *extrêmement* faible, d'où M. Woillez conclut : 1° que la sérosité fournie par les alvéoles pulmonaires ne donne qu'un précipité albumineux insignifiant ; 2° que la sérosité albumineuse intrapleurale s'en distingue facilement par un précipité albumineux très-abondant ; 3° enfin, que les exsudats intra-alvéolaires ne donnent un précipité abondant en albumine que s'ils contiennent, comme dans la pneumonie, une assez grande quantité de sang ou de pus.

Dans la pleurésie, le même phénomène de flux congestif du poumon peut se produire avant même qu'on ne pratique la thoracocentèse, comme dans l'observation publiée par M. Béhier (*Union médicale*, 24 juin 1873), mais c'est là une expectoration séro-spumeuse.

De ces premières considérations, M. Woillez se demande si une précipitation très-abondante d'albumine, semblable à celle que donne la sérosité intra-pleurale, peut avoir lieu dans un liquide séreux expectoré sans communication accidentelle ou traumatique de la cavité pleurale avec les vacuoles pulmonaires. Pour lui, il voit dans la similitude du liquide expectoré avec le liquide contenu dans la plèvre une preuve, jusqu'à présent peu démentie, du passage dans les bronches du liquide de l'épanchement, par le fait de la piqûre du poumon par le trocart. Cette piqûre du poumon est possible, elle a déjà eu lieu souvent, surtout dans les cas d'épanchements peu abondants. Les objections que l'on a opposées à cette cause de l'expectoration albumineuse sont ensuite combattues les unes après les autres par M. Woillez, dont nous ne pouvons reproduire toute l'argumentation, et il en arrive à cette conclusion dernière que l'expectoration séreuse dite albumineuse peut se rapporter à deux causes, à l'hypérémie pulmonaire et à la lésion du poumon par le trocart, mais qu'après la thoracocentèse l'expectoration séreuse, abondante et très-albumineuse, résulte du passage du liquide pleural dans les bronches par une plaie du poumon faite avec la pointe de l'instrument.

M. *E. Besnier*, lui, considérant la discussion comme épuisée, désire seulement rétablir quelques points de l'historique de la question et faire connaître un travail plein d'intérêt sur le sujet en question.

Le fait de l'expectoration albumineuse après la thoracocentèse a été établi en termes précis en 1853 par M. le docteur Pinault, actuellement médecin à Châteauroux, dans sa thèse inaugurale. A la page 16 de ce travail, M. Pinault a présenté avec la plus grande netteté le fait en lui-même et l'a expliqué par l'afflux considérable du sang dans le poumon décomprimé, dont les membranes laissent transsuder le sérum. On voit donc qu'il y a déjà vingt ans le fait était connu, et qu'une théorie en était déjà donnée, théorie qui semble devoir sortir tout à fait établie de la discussion actuelle.

Au moment où commençait à la Société cette discussion par le mémoire de M. Féréol, M. le docteur Louis Lande lisait à la Société de médecine de Bordeaux une étude très-intéressante sur l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse. M. L. Lande admet d'abord la fréquence assez grande de ce phénomène. Il rejette ensuite l'idée de la perforation

traumatique du poumon en raison de l'absence des signes du pneumothorax, des crachats sanglants; la perforation spontanée du poumon ne lui paraît pas plus acceptable, à cause de la rareté relative du phénomène et de sa fugacité. Enfin, M. Lande, après une discussion précise, conclut que cette expectoration résulte de la congestion pulmonaire, due à l'irritation causée par le contact de l'air; que cet accident n'a de gravité que s'il existe du côté opposé au poumon ainsi congestionné des lésions suffisantes pour que l'hématose soit largement entravée, qu'enfin dans ces derniers cas il convient de procéder à l'évacuation de la plèvre avec une extrême lenteur. M. le professeur Béhier, dans la remarquable leçon qu'il a consacrée à ce sujet le 13 juin, à l'Hôtel-Dieu, est arrivé à des conclusions identiques.

En dernier lieu, M. E. Besnier communique un fait présenté pendant la discussion qui suivit le travail de M. Lande, par M. H. Gintrac : là, la thoracocentèse est pratiquée et l'on retire 2600 grammes de liquide; à la suite de l'opération, 50 à 60 grammes de liquide sont expectorés par le malade. Ces crachats ont la consistance du blanc d'œuf; on y trouve une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses; l'acide nitrique les coagulait en masse. *La quantité d'albumine était énorme, double de celle que contenait le liquide de la plèvre.* Dans ce cas, la pleurésie ne datait que de cinq jours.

M. Besnier a eu l'occasion de voir un cas analogue en 1863 à l'Hôtel-Dieu, alors qu'il suppléait Monneret, et c'est à cette époque qu'il eut l'idée, le premier, de constater, au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique, la présence certaine de l'albumine dans cette expectoration. L'observation à laquelle M. Besnier fait allusion est reproduite en double dans la thèse de M. Terrillon sous les nos VII et XVIII.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

SUR UN PROCÉDÉ DE RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. *Verneuil* a publié il y a quelques années un mémoire dans lequel il indiquait certaines modifications à apporter aux opérations pratiquées sur la face. Il s'agit de s'opposer à la pénétration du sang dans les voies respiratoires et digestives. Dans les voies digestives, le sang amène des vomissements ou provoque des coliques; dans les voies aériennes le danger est plus grand, l'observation de M. Demarquay en est un exemple récent. La crainte de ces accidents a conduit certains chirurgiens à priver les opérés des bienfaits du chloroforme, de manière que le sang, s'il était absorbé, puisse être rejeté au dehors par les efforts de la toux ou du vomissement. M. Verneuil a lu à l'Académie de médecine un mémoire sur le tamponnement préalable des fosses nasales. Depuis, il a pratiqué un grand nombre de fois ce tamponnement. Dans son mémoire, il ne s'occupait point des opérations sur la bouche et le maxillaire inférieur; mais il disait que là aussi on pouvait éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes et digestives, en combinant les incisions de manière à n'ouvrir la cavité buccale qu'à la fin de l'opération.

Depuis la publication de ce mémoire, M. Verneuil a recueilli des observations qui lui permettent de décrire un procédé opératoire modifié pour les opérations sur le maxillaire inférieur. Des chirurgiens allemands avaient proposé la trachéotomie préventive avec tamponnement du larynx avant de faire l'extirpation des tumeurs de la face. Ces moyens peuvent être considérés comme détestables. Lorsqu'on craint une hémorrhagie, on peut faire des ligatures préliminaires; ces ligatures resteront dans la science. Il y aurait donc à établir un parallèle entre la ligature préalable de la carotide externe et les moyens que M. Verneuil va décrire.

Un malade avait une hyperostose de la branche horizontale de la mâchoire depuis quinze ans. Cet homme, déjà âgé, avait une bonne santé; la tumeur allait en arrière jusqu'à l'arrière-gorge; la langue, fortement soulevée, était appliquée sur la voûte palatine. La tumeur avait le volume des deux poings. Le malade fut endormi. Incision sur le bord inférieur de la mâchoire d'un masséter à l'autre; dissection de la lèvre inférieure jusqu'à la muqueuse exclusivement; au bas, on dissèque de la même manière; les deux angles de la mâchoire sont mis à nu; en ces points, de dehors en dedans, M. Verneuil introduit une sonde cannelée et perfore la muqueuse en deux endroits seulement pour conduire une scie à chaîne avec le stylet aiguillé; on en fait autant vers l'autre angle de la mâchoire. Pour isoler la tumeur de la base de la langue, on place une chaîne d'écraseur au moyen d'un trocart courbe; on agit de même pour détacher la face supérieure de l'exostose d'avec la langue, en avant. La tumeur ne tenait plus que par le cul-de-sac de la muqueuse buccale; avec des ciseaux on la détache. A peine quelques gouttes de sang avaient-elles pénétré dans la bouche.

Depuis, M. Verneuil a appliqué le même précepte à d'autres opérations sur le maxillaire inférieur. Incision courbe à l'extérieur, sur le bord inférieur du maxillaire; dissection jusqu'à la muqueuse; dissection de la lèvre inférieure de l'incision; ponction afin de passer la scie à chaîne et scier l'os; et enfin n'ouvrir la cavité buccale qu'en dernier lieu en coupant la muqueuse avec des ciseaux. Sur la mâchoire supérieure, M. Verneuil a fait des résections partielles en conservant la voûte du palais; dans ces cas, tamponnement préalable des fosses nasales, à moins que la tumeur ne bouche la narine. Dans la désarticulation totale du maxillaire supérieur, réserver la section de la voûte palatine pour le dernier temps opératoire.

M. Verneuil a fait le tamponnement préalable une douzaine de fois; les malades respiraient toujours bien, malgré le chloroforme; d'ailleurs il ne tamponne qu'une narine, et même souvent cette narine est bouchée par la tumeur; seulement il faut avoir soin de tenir la bouche ouverte et la langue dehors. Le chloroforme a un grand avantage; en effet, lorsque les malades crient, l'hémorrhagie devient plus considérable. Ce n'est pas la grande quantité de sang perdu qui préoccupe le plus M. Verneuil, c'est la pénétration du sang dans les voies digestives et respiratoires.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

DEUX OBSERVATIONS DE MORT RAPIDE PAR HYDROPISIE DU QUATRIÈME VENTRICULE : MM. HANOT ET JOFFROY. — EXPÉRIENCES SUR L'ÉLIMINATION DE L'URÉE DANS DIVERSES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES : M. RABUTEAU.

M. Hanot présente, en commun avec M. Joffroy, deux observations de mort rapide causée par hydropisie considérable du quatrième ventricule avec compression du bulbe et de la protubérance.

La première malade a été observée, en 1869, à la Salpêtrière, dans le service du docteur Charcot; la seconde, en 1873, à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Bucquoy. La première de ces malades tombait tout à coup sans mouvement ni connaissance, et succombait au bout d'une heure, après avoir présenté quelques légères convulsions; la seconde malade mourait subitement, quelques instants après avoir causé à ses voisines.

Dans les deux cas, il s'agissait de méningite chronique, mais la ménigite était surtout accusée au niveau du mésocéphale, sur les parties latérales du bulbe, de la protubérance, du cervelet, et en arrière entre le cervelet et le bulbe. Sous l'influence de ces lésions méningitiques, il y avait, à côté d'une certaine hydropisie des ventricules latéraux, une hydropisie

relativement considérable du quatrième ventricule; la protubérance et le bulbe étaient étalés, notablement aplatis. La substance du cerveau, de la protubérance et du bulbe ne présentait, au microscope, aucune altération appréciable; aucune autre lésion ne pouvait non plus rendre compte de la rapidité de la mort.

Les méninges cérébrales étaient, par places, fortement congestionnées, il est probable que cette congestion avait augmenté brusquement l'hydropisie ventriculaire et précipité ainsi la fin.

Il y avait donc là un mécanisme particulier de mort rapide par compression du bulbe.

Nous compléterons ce compte rendu par l'analyse de la communication de M. Rabuteau, dans un prochain numéro. La Société prend des vacances jusqu'au mois d'octobre, et nous recommencerons à cette époque la revue des travaux si intéressants dont la primeur lui est si souvent réservée.

A. H.

Exposition de Vienne.

M. le docteur Marini a exposé une série de pièces anatomiques qui sont conservées depuis plusieurs années sans altération. Ses deux principaux procédés sont la conservation à l'état coriace et celle à l'état frais. Dans ce dernier cas, les tissus conservent leur mollesse et même leur transparence; nous avons vu, en effet, un pied qui avait été préparé en 1864 à Paris à l'école pratique, et sur lequel en faisant une incision, les tissus sous-jacents nous ont paru aussi frais que sur un cadavre d'un jour. Les tendons, les ligaments, le tissu graisseux ont tous leurs caractères ordinaires, les muscles seuls sont un peu moins bien conservés. Des cachets apposés en 1864 par M. Nélaton et M. Sappey garantissent en même temps l'authenticité de la date de plusieurs de ces préparations.

M. Marini nous a assuré qu'avec la somme de 2 à 3 francs on pourrait, par ses procédés, conserver pendant plus de quinze jours un cadavre entier. Ce serait là un grand avantage pour les petites universités, où les cadavres sont rares et où le même cadavre pourrait ainsi servir plusieurs jours aux dissections.

Pour la conservation des pièces d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle, ce serait même là un moyen précieux et qui ne serait point bien coûteux.

M. Marini jusqu'aujourd'hui n'a point voulu dire son secret, mais sur le refus de la commission du jury de le juger, dans ce cas, il a indiqué les substances qui entrent dans ses préparations en demandant aux membres du jury le secret pendant deux mois encore.

M. Marini dit également avoir employé les mêmes solutions, mais très-étendues, pour le traitement des plaies de mauvaise nature, et en avoir obtenu de bons résultats. Ces expériences ont été faites à l'hôpital de Naples, et nous avons lu des rapports très-favorables faits par des chirurgiens de cette ville. Nous avons, quant à nous, la promesse de M. Marini qu'il expédiera à Paris quelques-unes de ces solutions pour être expérimentées dans les hôpitaux, et dans tous les cas, dans un mois nous aurons le droit de publier la formule qu'il nous a indiquée et qui est réellement très-simple.

— Plusieurs médecins ont exposé des préparations histologiques, mais il est difficile de juger de la valeur de ces préparations, car il n'est pas aisé ni surtout commode de trouver à l'exposition une installation pour l'examen microscopique. Les plus importantes de ces préparations nous paraissent être celles du docteur Betz, de Kiew. Il expose uniquement des préparations du système nerveux, et ce qui nous a paru remarquable c'est l'étendue de ses coupes. Ainsi une de ces pièces comprend toute l'étendue d'un hémisphère cérébral, une autre comprend la moelle allongée, le pont de Varole et les tubercules quadrijumeaux.

Ces préparations, malgré leur étendue, sont très-nettes, très-minces et transparentes. Ces coupes sont très-utiles pour l'étude du système nerveux central, mais elles sont très-difficiles à obtenir, et M. Betz a sous ce rapport une très-grande habileté, que possède d'ailleurs également en France M. Pierret, un des internes les plus distingués des hôpitaux.

A côté de ces préparations histologiques, M. Betz a une exposition de cerveaux d'idiots, d'aliénés et de cerveaux de vieillards; pour ceux-ci, on voit très-nettement le tissu cérébral être plus condensé et les espaces entre les circonvolutions être beaucoup plus grands.

— Pour les microscopes, MM. Nachet et Hartnack se disputent toujours la priorité, mais il est incontestable que l'exposition de M. Nachet est plus complète et que lui seul a cherché à faire faire de nouveaux progrès à cette science. Son microscope, qui permet d'examiner les préparations aussi bien par en dessous que par la face supérieure, sera d'une très-grande utilité pour l'étude de la formation des cellules, des infusoires, des cristaux.

Pour les objectifs, contrairement à d'autres fabricants, M. Nachet cherche principalement à garder la plus grande distance focale, et il cherche à lutter contre les difficultés d'exécution dans la réunion du maximum possible de distance et d'un angle d'ouverture suffisant pour obtenir les meilleurs effets de pénétration et de définition

On objecte que les grands angles d'ouverture entraînent forcément la diminution de la distance focale, mais dans certaines limites ces deux éléments ne sont pas liés forcément l'un à l'autre, et ce serait un grand progrès que M. Nachet cherche à réaliser, d'obtenir des objectifs à grandes ouvertures et à grandes distances focales.

— Les ambulances et tout ce qui concerne les secours aux blessés de terre et de mer forment un pavillon à part à l'exposition. On y a réuni tout ce qui a été fait dans ce genre depuis quelque temps : brochures, livres, bandages, brancards, tentes, voitures et trains.

M. le professeur Billroth a présidé à cette installation, et il y a exposé lui-même les différents appareils plâtrés qui sont employés, les gouttières, les bandages, etc. De plus, il a réuni des os ou des débris d'os provenant de résections ou d'amputations et indiquant les lésions déterminées par les différents projectiles. Dans deux vitrines séparées se trouvent des membres fracturés les uns par la balle du chassepot, les autres par la balle du fusil à aiguille; mais on ne constate pas une grande différence entre les lésions faites par ces deux armes. La seule différence dans la grandeur et la profondeur des plaies tient à la distance à laquelle le projectile a été lancé.

M. Billroth a encore réuni la plupart des instruments qui ont servi depuis Ambroise Paré à l'extraction des projectiles; c'est une étude historique très-complète et très-intéressante et qui montre surtout que, même dans les appareils de chirurgie, il n'y a rien qui n'ait déjà été imaginé autrefois. On y voit en effet qu'en 1542 Maggi employait déjà une petite vis pour extraire les balles, et l'on retrouve le principe de tous les appareils lithotriteurs dans les appareils dits becs de cygne et becs de perroquet, qui servaient à retirer les projectiles de guerre. Dans une gravure ancienne, on voit représenter une amputation, et ce qui frappe surtout c'est la compression des artères qui est très-bien indiquée; le patient en même temps a les yeux bandés.

Parmi les appareils modernes, nous remarquons un petit appareil de M. Billroth qui est une modification de l'uréthroscope de M. Desormeaux, et qui sert à examiner l'intérieur des trajets déterminés par les projectiles. Deux médecins allemands exposent *sous leur nom*, l'un un petit appareil où une boussole indique la présence des balles et l'autre un appareil où une sonnerie électrique, par son bruit, indique également la présence d'un métal dans les tissus. Ces deux appareils ne sont autre chose, le premier que l'appareil de M. Favre (de Mar-

seille) et le second, que l'appareil de M. Trouvé; ils sont moins bien faits et plus grossièrement construits, mais pourquoi ne pas en indiquer les inventeurs et s'en attribuer le mérite? C'est là, un procédé un peu trop germanique.

Parmi les tentes qui sont exposées, nous remarquons tout particulièrement une grande tente hôpital de M. Conake, qui est très-bien disposée et surtout très-bien aérée, au moyen de petites fenêtres sur lesquelles est tendue une toile très-fine qui permet l'aération, mais empêche l'entrée du vent. La tente pour opérations, exposée par le même fabricant, est carrée, bien conditionnée, mais elle n'est pas assez ventilée.

Parmi les voitures d'ambulances, les meilleures sont celles de M. Locati, de Turin, et celles de M. Kellner, de Paris. Tous deux ont été dirigés dans leur construction par M. le docteur Mundy, qui s'occupe avec un zèle digne d'éloges de toutes ces questions d'ambulances. C'est surtout pendant le siége de Paris que M. Mundy a vu les inconvénients des moyens de transport des blessés usités jusqu'aujourd'hui, et qu'il a fait modifier la plupart des voitures d'ambulance. Celles qui sont construites d'après ses indications peuvent contenir six brancards, faciles à placer et à déplacer; les voitures sont légères, bien suspendues et renferment en même temps plusieurs compartiments où l'on peut placer les objets de pansement. Au lieu d'être obligé de hisser les brancards-lits, on peut, à l'aide d'un treuil qui se trouve compris dans la voiture, monter ou descendre les brancards à la place que l'on veut. MM. Locati et Kellner exposent encore des voitures-cuisines, permettant de préparer en une ou deux heures du bouillon, des rôtis et des tisanes pour plus de mille blessés. Ces voitures sont un peu lourdes et trop grandes, surtout l'une, celle qui permet de faire la cuisine pour 2500 hommes. La plus pratique, et celle qui pourra rendre les plus grands services, est certainement celle qui permet de faire la cuisine pour 250 blessés. C'est une voiture légère, assez petite, et qui ne pèse pas plus de 400 kilogrammes.

Les voitures de pharmacie les mieux conditionnées sont celles qu'exposent le ministre de la guerre de Prusse; ce sont des fourgons que l'on ouvre par derriere et dans lesquels se trouvent une série de tiroirs et de compartiments renfermant les médicaments et les objets de pansements. Tout cela est bien disposé, bien arrangé, solide, propre et complet. Le seul défaut est la lourdeur de la voiture; les roues sont celles des affûts de canons les plus gros, et il faut au moins trois chevaux pour traîner un pareil fourgon.

Plusieurs trains pour blessés sont exposés, mais aucun ne peut rivaliser avec celui construit par M. Bonnefond, pour la Société internationale de Secours aux blessés de Paris, et d'après les données scientifiques de M. le docteur Mundy. Rien ne manque à ces wagons, ni l'aération, ni la ventilation, ni la lumière, ni la facilité d'introduire les blessés, etc. Un wagon-cuisine permet de faire la cuisine, de préparer les tisanes, etc., pour plusieurs centaines de blessés; les réservoirs d'eau sont en abondance et disposés dans le haut pour ne pas encombrer les wagons. On peut placer douze lits par wagon; chaque lit est bien soutenu, à portée des personnes qui font les pansements; l'air et la lumière, au lieu de venir latéralement, viennent par en haut. Le tout est spacieux, bien ordonné, complet, aucune place n'est perdue, et ce train est un vrai modèle à suivre et où il semble qu'il n'y ait plus de perfectionnements à introduire.

Nous n'en dirons pas autant des autres trains sanitaires, et surtout de celui qui est exposé par une compagnie prussienne, où les wagons sont étroits, bas, où l'air et la lumière arrivent par de petites fenêtres placées latéralement, juste au-dessus de la tête des malades, et où il suffit de rester quelques minutes pour étouffer de chaleur.

Je vous signalerai, en terminant, le mouchoir triangulaire d'Esmarck, plié dans un petit paquet avec un peu de charpie, une petite bande, un peu de toile imbibée d'acide phénique, que chaque soldat a dans son sac, et qui permet de faire le premier pansement.

Le même chirurgien expose des bandes de caoutchouc qui servent à comprimer le membre et à le rendre exsangue avant l'opération, de manière à ne pas perdre et à faire refluer vers les autres régions le sang qui se trouvait dans le membre qui doit être amputé.

REVUE DES JOURNAUX.

Deux cas de tétanos guéris par la névrotomie, par les docteurs Rizzoli et Martinelli.

Les tentatives de traitement chirurgical du tétanos sont d'origine très-ancienne, puisque Celse parle de la dilatation des plaies comme moyen d'agir sur les nerfs altérés. Comme méthode opératoire, la névrotomie a été employée par Widnmann en 1792, et Froriep a même pratiqué la névrectomie ou ablation d'une portion de nerf. La névrectomie pratiquée par Murray et par Hicks a donné trois guérisons dans quatre cas; Cléphane a obtenu un succès sur deux opérations de névrectomie; Pecchioli de Sienne (1839) a obtenu un succès par la section du nerf saphène.

On ne peut donc nier l'utilité de la section ou de la résection des nerfs dans certains cas de tétanos traumatique, mais il faut tenir compte des conditions qui indiquent l'opération. Il faut qu'on s'appuie sur une série de symptômes qui permettent de reconnaître au tétanos une cause locale, et, en outre, de pouvoir préciser quel est le nerf qui est lésé. Les deux faits suivants suffiraient, en dehors de ceux que nous citons, pour démontrer la possibilité d'une intervention raisonnée que le succès a consacrée; c'est pourquoi nous les analysons.

Dans le premier cas, il s'agit d'un tétanos traumatique consécutif à un écrasement des quatrième et cinquième orteils; le neuvième jour, les symptômes du tétanos apparaissent. Le professeur Rizzoli découvrit dans la plaie un filament blanchâtre qu'il reconnut comme un nerf; en le touchant, on produisait une douleur intense suivie de convulsions tétaniques. Ce filament nerveux fut excisé, et la douleur cessa dans toute la région; les muscles convulsés se relâchèrent, les convulsions toniques deviennent de plus en plus en rares, et seize jours après la névrotomie, la guérison fut complète. Le nerf, examiné au microscope, présentait des dilatations dues à l'influence du névrilème.

Dans le second cas, un homme avait reçu un coup de feu dans l'avant-bras gauche. La balle, après avoir dilacéré les muscles de la région antérieure, s'était logée sous la peau, près de l'articulation du coude. Le huitième jour, il y eut une hémorrhagie de l'artère brachiale qui nécessita la ligature de ce vaisseau. Deux jours plus tard un abcès fut ouvert au pli du coude, et huit jours plus tard apparurent des convulsions tétaniques dans le bras, puis dans tout le corps. Le docteur Marinelli pratiqua l'excision du nerf musculo-cutané, et en trois jours les symptômes tétaniques avaient disparu.

Nous ajoutons une dernière réflexion: les cas où l'on peut songer à la résection ou à la section du nerf sont ceux dans lesquels il existe une douleur locale très-intense, où l'on observe une sorte d'aura, ayant son origine au niveau du traumatisme; enfin ceux dans lesquels on peut présumer, par le siége de la lésion, une altération des nerfs, et préciser le tronc nerveux accessible à l'opération répondant aux branches qui sont le siége de la lésion. (*Gazetta medic. Ital. Provin. Venet.* et *Gazette médicale belge*, n° 21.)

Travaux à consulter.

Blessure de l'artère fessière; hémorrhagie primitive et consécutive; débridement; guérison, par le docteur De Valz. (*Gaz. med. de Bordeaux*, n° 7, 1873.)

Myosite ossifiante du muscle brachial, par Podrazki. — Il s'agit d'une ossification très-étendue du brachial interne, survenue à la suite d'une myosite causée par des efforts de gymnastique. Deux cas analogues ont été observés par Pitha en 1864, et un troisième par Volkmann. (*Oesterreichische Zeitschrift f. prakt. Heilk.*, n° 19, mai 1873.)

Sur la névralgie du testicule, par J. Lazarus. — L'auteur, étudiant les causes de cette affection souvent désignée sous le nom de testicule douloureux, névralgie du cordon, préconise l'emploi du sulfate de zinc à l'intérieur (une cuillerée à bouche trois fois par jour d'une solution de 2 décigrammes de sulfate de zinc pour 200 grammes d'eau); en outre, il pratique en arrière du scrotum une injection sous-cutanée d'une demi-seringue de Pravaz de la solution de 6 centigrammes de sulfate de zinc pour 10 à 12 grammes d'eau. (*Wiener medizin. Press*, n° 30, 1872.)

Extirpation d'un fibrome du muscle droit antérieur de l'abdomen; suture du péritoine; guérison, par le docteur Billroth. — Il s'agit d'une femme de vingt-six ans atteinte d'un fibrome ayant le volume d'une tête d'enfant, qui occupait le muscle droit antérieur de l'abdomen. Il fallut pour l'enlever ouvrir le péritoine. On fit des sutures comprenant le péritoine et la paroi abdominale. La malade guérit en dix-neuf jours. (*Wiener medizin. Wochenschrift*, 22 février.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'aspiration des liquides morbides, par le docteur Dieulafoy. — Chez Masson, 1873.

Depuis le jour (novembre 1869) où M. Gubler présenta à l'Académie le nouvel aspirateur de M. Dieulafoy et donna en même temps un aperçu général de la méthode d'aspiration, les procédés de l'auteur se sont vulgarisés rapidement et ont aujourd'hui leur place faite en thérapeutique. On a vivement contesté à M. Dieulafoy la priorité de son invention; bien à tort, selon nous. L'idée d'aspirer à l'abri de l'air les liquides pathologiques remonte aux premiers âges de la médecine; celle de donner issue aux liquides par des trocarts aussi fins que possible est antérieure également à M. Dieulafoy; ce que personne n'avait jamais imaginé, c'était d'introduire dans les organes ou dans les collections liquides de fines aiguilles creuses mises *préalablement* en communication avec un réservoir vide d'air, et de réunir ainsi les avantages d'une ponction insignifiante à ceux d'une évacuation sûrement pratiquée à l'abri de l'introduction de l'air. Ce qui est également tout à fait personnel à M. Dieulafoy, c'est d'avoir généralisé les procédés, d'avoir montré les cas nombreux auxquels ils étaient applicables, d'avoir, en un mot, institué une méthode thérapeutique.

Peut-être même cette généralisation a-t-elle été un peu hâtive. La ponction aspiratrice appliquée aux épanchements de l'articulation du genou, à la hernie et à la rétention d'urine est loin d'être toujours inoffensive, et pour le traitement de la pleurésie purulente, de certains kystes du foie, les procédés proposés par l'auteur sont passibles de critiques.

Tout en rendant pleine justice à M. Dieulafoy, nous croyons encore que ses appareils ont des inconvénients que l'auteur néglige avec un peu trop de complaisance. Ces appareils sont d'une construction compliquée, se détériorent facilement. Leur prix est beaucoup trop élevé pour les médecins qui n'en font pas un usage très-fréquent. Quand il s'agit de pleurésies, l'appareil aspirateur de M. Polain est infiniment plus commode et plus simple et permet de faire au liquide morbide un appel plus gradué. Quoi qu'on dise de l'innocuité des piqûres faites par les aiguilles, les trocarts spéciaux à dards mobiles sont préférables.

Ces réserves faites sur l'instrumentation n'enlèvent rien à la valeur de l'idée et au mérite remarquable de la méthode dont M. Dieulafoy nous fait passer en revue toutes les applications avec observations à l'appui. Il est incontestable que l'opération constitue dans maintes circonstances une ressource précieuse au point de vue du diagnostic et du traitement.

L'ouvrage est divisé en cinq chapitres où l'on étudie : 1° l'aspiration en général; 2° l'aspiration dans les organes : vessie, estomac, intestin, cavités méningées; 3° l'aspiration dans les cavités séreuses : péricarde, plèvre, péritoine, bourses articulaires; 4° l'aspiration dans les épanchements du tissu cellulaire : abcès chauds ou froids, adénites suppurées; 5° revue des principaux aspirateurs.

En somme, le livre est plein de faits nouveaux en général favorables à la méthode. La part des insuccès n'y est pas large; les critiques l'agrandiront peut-être, mais n'enlèveront rien au mérite très-réel des nouveaux procédés, dont on ne saurait plus se passer aujourd'hui.

VARIÉTÉS.

Grève de médecins. — On lit dans la Nouvelle presse libre de Vienne :

« Il n'y a jamais eu jusqu'ici de grève de médecins, excepté au moyen âge, au temps où les hommes de science refusaient leurs services par peur de la peste. Il était réservé aux médecins du canton d'Argovie de faire la première grève médicale. Ils ont résolu, en assemblée générale, de refuser de traiter les malades pauvres, dont la cure est à la charge des communes, jusqu'à ce que les autorités consentent à fixer une taxe raisonnable. Les taxes en vigueur jusqu'ici existent depuis 1804. En vertu de cette taxe, le médecin qui va voir un malade à une distance de trois quarts de lieue reçoit une rétribution de 70 centimes. *Les médecins font observer qu'un commissionnaire, porteur d'une dépêche, touche pour la même course un franc.*

Le Journal Le Temps, qui relève cette note, assure que « les médecins français ne se seraient pas donné ce ridicule de gaieté de cœur », qu'ils auraient continué leurs soins aux indigents jusqu'à ce que la commune « eût consenti » à élever le tarif. Nous ne savons ce qu'auraient fait les médecins français dans cette occurence spéciale; mais en France, comme en Allemagne, comme en Amérique, comme en plusieurs autres pays, la grève médicale est parfaitement pratiquée, et même sur une grande échelle. Ce ne sont pas autre chose que des grèves organisées ces associations locales de médecins qui s'interdisent réciproquement de donner des soins aux malades au-dessous d'un tarif minimum d'honoraires, puisqu'on cesse de les soigner, s'ils ne « consentent » pas à accepter le tarif. Nous ne sommes pas, en ce qui nous concerne, partisans de ce système, mais nous ne saurions le trouver « ridicule ». Ce qui l'est vraiment, et ce qui est quelque chose de plus, c'est la prétention des communes cotant à un taux humiliant le temps, la peine, le savoir des médecins, et spéculant sur leur esprit de charité.

Le choléra. — Il est fort difficile de se rendre compte de la progression de l'épidémie; il semble que les comptes rendus officiels comme les renseignements officieux réservent leurs documents. On comprend facilement que, dans le but d'éviter des paniques locales ou régionales, on ait recours à ce procédé si simple de l'abstention; mais cette force passive ne présente pas, à notre avis, de grands avantages. C'est dans le silence que la peur s'exagère, et nous considérons comme un moyen prophylactique très-médiocre et peut-être dangereux ce procédé qui consiste à retrancher dans les comptes rendus officiels le mot *choléra* pour le remplacer par les termes de catarrhe intestinal, *accès de vomissements*, comme cela se pratique en Autriche, et dont l'équivalent paraît être le terme de *diarrhée* pour nos comptes rendus. En Amérique, l'épidémie continue à sévir dans la vallée du Missouri; à Vienne, le choléra paraît entrer dans une phase de rétrogression; en France, il n'y a pas à se préoccuper, quant à présent, du choléra asiatique.

— Les provenances de Venise, de la côte de Roumélie et de la mer Noire sont soumises à une quarantaine à leur entrée dans le Bosphore.

— On mande de New-York au *Daily Telegraph*, le 23 juillet, que le choléra sévit dans le nord du Missouri.

Hôpitaux. — Dans la séance du conseil municipal du 24 juin, MM. Depaul et Ch. Loiseau ont présenté, sur des travaux à faire à l'hôpital de la Charité et à l'hôpital Saint-Antoine, des rapports dont les conclusions ont été adoptées.

École de médecine de Grenoble. — M. le docteur Bisch, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est attaché, en la même qualité, aux chaires de médecine proprement dites.

Association générale. — M. le professeur Chauffard a fait don de la somme de cinq cents francs à la Caisse des pensions viagères d'assistance.

Eaux minérales. — M. le docteur A. Grenier (de Paris), ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin inspecteur de l'établissement thermal de Bagnères-de-Bigorre, en remplacement de M. le docteur Subervie, démissionnaire.

Pharmaciens. — Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux pharmaciens de Paris pour leur rappeler qu'ils s'exposent à des poursuites sévères lorsqu'ils refusent d'ouvrir la nuit à des gens qui ont besoin d'eux.

Dispensaires. — Dans le cours d'une seule année, en Irlande, il a été délivré dans les dispensaires des prescriptions médicales à 581 224 malades, et 203 200 autres ont reçu la visite du médecin à leur domicile. Le coût des secours médicaux ainsi administrés s'est élevé à 123 000 liv. st. Aujourd'hui la population de l'Irlande est d'environ 5 500 000 âmes, et l'on peut évaluer celle de la ville de Londres avec ses faubourgs à 4 millions.

Ainsi, en supposant que les secours médicaux soient établis dans cette ville comme en Irlande et que la dépense soit dans le même rapport que la population, cette dépense serait pour la ville de Londres de 89 450 livres, soit, à raison des prix plus élevés, de 100 000 livres.

Les dispensaires ont été établis dans la capitale en vertu du bill de M. Cathorne Hardy, qui est devenu lui en 1867.

Les revenus des hôpitaux de Londres, y compris les asiles d'aliénés, s'élèvent à 607 141 livres sterling par an. (*Journal officiel.*)

Les hopitaux de Rouen. — Nous avons fait connaître l'an dernier le conflit élevé à Rouen au sujet de la nomination d'un médecin de l'Hôtel-Dieu. A cette occasion, et sur l'initiative de notre honoré confrère, M. Le Plé, le conseil d'arrondissement de Rouen émit le vœu : 1° que la nomination des médecins et chirurgiens dans les hôpitaux n'ait lieu à l'avenir que sur la présentation du corps médical, et de préférence par la voie du concours ; 2° que les fonctions de médecin et de chirurgien des hôpitaux ne soient accessibles qu'aux candidats justifiant de cinq années au moins de pratique professionnelle ; 3° que la durée de ces fonctions soit limitée à dix années ; que le nombre des malades confiés à chaque praticien ne dépasse jamais le chiffre de cinquante.

Ces vues n'ont pas été partagées par le conseil municipal et par le conseil général. Elles ont trouvé un adversaire dans le rapporteur au conseil général, M. O. Leconte, médecin en chef de l'hospice d'Eu.

Les tuyaux de plomb pour la conduite des eaux. — Une véritable croisade vient d'être organisée à Paris contre l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite et la distribution des eaux destinées aux usages alimentaires. Une pétition portant les signatures de plus de 800 personnes, appartenant en grande partie au corps médical, vient d'être adressée par M. J. Laval, ingénieur, au conseil municipal de Paris. On y rappelle l'opinion unanime des savants de France et de l'étranger sur les dangers d'intoxication saturnine que fait courir aux populations une pratique si généralement répandue, et réfute avec force ces deux objections : d'une part, que l'eau n'attaque le plomb qu'au contact de l'air, comme si toutes les eaux potables n'étaient pas aérées ; d'autre part, que les eaux de Paris n'attaquent pas le plomb, ce qui n'est pas sérieux.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Mériadec Laennec, docteur en médecine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, ancien président du Conseil général de la Loire-inférieure, maire de la Chapelle-Basse-Mer, décédé le 3 juillet 1873, à sa terre de la Mazure, commune de la Chapelle Basse-Mer, dans sa soixante-seizième année.

État sanitaire de diverses villes.

Londres : Population, 3356073 habitants. Décès du 6 au 12 juillet 1873 : 1181. — Rougeole, 24 ; variole, 3 ; scarlatine, 6 ; diphthérie, 8 ; croup, 9 ; coqueluche, 36 ; fièvre typhoïde, 12 ; érysipèle, 3 ; dysentérie, 1 ; diarrhée, 100 ; choléra nostras, 6 ; bronchite, 81 ; pneumonie, 52.

New York : Population, 1 000 000 habitants. Décès du 8 au 14 juin 1873 : 425. — Variole, 3 ; rougeole, 10 ; scarlatine, 19 ; diphthérie, 18 ; croup, 7 ; coqueluche, 3 ; fièvre typhoïde, 6 ; diarrhée, 34 ; pneumonie, 33 ; bronchite, 14.

Bruxelles : Population, 185 000 habitants. Décès du 29 juin au 5 juillet 1873 : 102. — Rougeole, 5 ; fièvre typhoïde, 2 ; bronchite et pneumonie, 4 ; entérite et diarrhée, 15.

Rome : Population, 244 484 habitants. Décès du 30 juin au 6 juillet 1873 : 176. — Fièvre typhoïde, 8 ; diphthérie et croup, 7 ; pneumonie, 10 ; bronchite, 6.

Lille : Population, 158 117 habitants. Décès du 16 au 30 juin 1873 : 191. — Rougeole, 24 ; fièvre typhoïde, 5 ; bronchite, 15 ; pneumonie, 4 ; diarrhée et entérite, 31 ; angine couenneuse, 2 ; croup, 1.

État sanitaire de Paris :

Pendant la semaine finissant le 25 juillet 1873, on a constaté, pour *Paris*, 742 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 11, — Typhus, 0. — Érysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 34. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 216. — Affections chroniques, 321, dont 152 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 23.

Le bulletin d'aujourd'hui accuse une augmentation de 53 décès sur la semaine précédente : 742 au lieu de 689. Toutefois nous sommes encore au-dessous du chiffre de la mortalité de la deuxième semaine de juillet, qui était de 763.

Sommaire. — Paris. Académie de médecine : Discussion sur le typhus exanthématique. — Académie de médecine : Service de santé militaire. — Travaux originaux. Médecine clinique et physiologie : Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Exposition de Vienne — Revue des journaux. Deux cas de tétanos guéris par la névrotomie. — Travaux à consulter. — Bibliographie. Traité de l'expiration des liquides morbides. — Variétés.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des ovaires, de leurs anomalies. 1873, 1 v. in-4° de 159 p. Paris. 5 fr.

De l'origine de la propagation des Sociétés de tempérance. 1873, in-8 de 23 pages. Paris, Savy. 1 fr.

Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthérique, par le docteur F. Labadie-Lagrave. 1873, gr. in-8° de 122 pages avec tracés thermométriques et 1 planche en chromo-lithographie. Paris, Savy. 3 fr. 50

L'Annuaire des eaux minérales, pour 1873 (14e édition), Ce volume, entièrement nouveau, contient la nomenclature des bains minéraux de France et de l'étranger, Allemagne exceptée. — Propriétés diverses de ces bains ; tableau des indications thérapeutiques des sources minérales, moyens de communication, services spéciaux des chemins de fer. Notices sur les principaux établissements, etc. Charmant volume in-18 de 260 pages, très-portatif, imprimé sur papier satiné. Memento indispensable du médecin, du malade et du touriste (*franco* par la poste). Librairie Rey, bureau de la *Gazette des eaux.* 1 fr. 50

Étude sur les eaux de l'Ile de Ré, considérées au point de vue physique, chimique, micrographique et hygiénique, par le docteur L. Gautier. 1873, in-8° de 27 pages. Paris, Savy. 1 fr. 25

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 7 août 1873.

A PROPOS DE LA LOI POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE. — MORTALITÉ DES ENFANTS NÉS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

La loi pour la protection des enfants du premier âge et particulièrement des nourrissons, proposée à l'Assemblée nationale par M. Théophile Roussel, et prise en considération sur le rapport de M. de Melun, semble d'autant plus motivée que pour les enfants nés dans le département de la Seine, comme vraisemblablement pour ceux des autres grandes agglomérations urbaines, la mortalité paraît être plus considérable qu'on ne le suppose généralement.

Pour évaluer la mortalité en général, on compare avec raison au nombre des vivants le nombre des décès. Mais, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, on peut également comparer au nombre des naissances (mort nés non compris), c'est-à-dire aux enfants nés vivants, le nombre des enfants survivants à tel ou tel âge, la différence entre les naissances et les survivants à cet âge exprimant alors le nombre des décédés depuis la naissance jusqu'à cet âge.

Si donc, pour obtenir la mortalité infantile de la France entière, on soustrait des nombres des naissances en 1851, 1856, 1861, les nombres des enfants survivants de 4 à 5 ans recensés cinq années plus tard, en 1856, 1861, 1866, époques des dénombrements quinquennaux de la population, on voit que durant ces cinq premières années d'existence la population infantile diminue de 29,65 à 31,07 pour 100, en moyenne de 30,29 pour 100, c'est-à-dire perd un peu moins d'un tiers; proportion qui, se trouvant inférieure à celle de 35,08 pour 100, obtenue par la comparaison des décès aux vivants de 0 à 5 ans durant onze années, de 1855 à 1865 inclusivement (1), montre que cette évaluation de la mortalité infantile par la différence existant entre les survivants de 4 à 5 ans et les naissances ou les nés-vivants cinq ans auparavant, donne un résultat plutôt trop faible que trop fort.

Naissances en 1851	971 271	(2)
Enfants survivants de 4 à 5 ans recensés en 1856.	669 424	(3)
Déficit attribuable aux décès	301 847	

Proportion des décès durant les 5 premières années d'existence, 31,07 pour 100.

Naissances en 1856	952 116
Enfants survivants de 4 à 5 ans recensés en 1861.	669 728
Déficit attribuable aux décès	282 388

Proportion des décès durant les 5 premières années d'existence, 29,65 pour 100.

(1) *Statistique de France*, t. X, p. XL; t. XI, p. XLIII; t. XVIII, p. LXI.

(2) Pour les naissances, voy. *Stat. de France*, 2e sér., t. III, p. 78; t. X, p. 26; t. XVIII, p. 24.

(3) Pour les enfants survivants de 4 à 5 ans, voy. *Stat. de France*, 2e sér., t. IX, p. 12; t. XIII, p. 96; t. XVII, p. 8.

Naissances en 1861	1 005 078
Enfants survivants de 4 à 5 ans recensés en 1866.	701 782
Déficit attribuable aux décès	303 296

Proportion des décès durant les 5 premières années d'existence, 30,17 pour 100.

Proportion moyenne des décès ou mortalité moyenne de 0 à 5 ans, 30,29 pour 100.

Si l'on cherche à évaluer de la même manière la mortalité des enfants nés dans le département de la Seine en 1851 et 1867, et recensés en 1856 et 1872, on constate une diminution variable de 50,84 à 52,02 pour 100, en moyenne de 51,43 pour 100, un peu plus de moitié.

Naissances en 1856	54 520	(1)
Enfants survivants de 4 à 5 ans recensés en 1861.	26 798	(2)
Déficit attribuable aux décès	27 722	

Proportion des décès durant les 5 premières années d'existence, 50,84 pour 100.

Naissances en 1867	66 016
Enfants survivants de 4 à 5 ans recensés en 1872 .	31 670
Déficit attribuable aux décès	34 346

Proportion des décès durant les 5 premières années d'existence, 52,02 pour 100.

Proportion moyenne des décès, ou mortalité moyenne de 0 à 5 ans, 51,43 pour 100.

Des 27 722 décès représentés par l'énorme déficit éprouvé de 0 à 5 ans par les enfants nés en 1856, les uns ont eu lieu dans le département de la Seine, les autres dans les autres départements où les nouveau-nés avaient été envoyés en nourrice.

Les décès ayant eu lieu dans le département de la Seine sont pour la première année d'existence, c'est-à-dire pour les enfants de 0 à 1 an nés en 1856, au nombre de 8856 (3); nombre élevé qui représente, il est vrai, non-seulement la mortalité des enfants de 0 à 1 an, conservés par leurs parents dans le département de la Seine, mais aussi celle de tous les nouveau-nés qui, avant d'être emmenés ou envoyés en nourrice dans les autres départements, séjournent quelque peu dans ce département. Or, la mortalité durant la première semaine d'existence de 1861 à 1865 y a été d'un huitième de la mortalité de 0 à 1 an, comme 2 est à 16,1 (4).

Les décès des enfants de 1 à 5 ans dans le département de

(1) Pour les naissances, voy. *Stat. de France*, t. X, p. 26, et *Annuaire du Bureau des longitudes*, 1871, p. 251.

(2) Pour les enfants survivants de 4 à 5 ans en 1861, voy. *Stat. de France*, t. XIII, p. 100; pour ceux de 1872, dont le nombre n'est pas encore publié, on a bien voulu me les communiquer dans les bureaux de la *Stat. de France*. Dans plusieurs des dénombrements précédents, le nombre des enfants recensés n'étant pas indiqué séparément pour chacune des cinq premières années d'existence, je n'ai pu chercher à évaluer ainsi la mortalité par la comparaison des naissances et des survivants de 4 à 5 ans que pour les enfants nés en 1856, et incomplétement pour ceux nés en 1867, cinq ans avant le dénombrement de 1872, exceptionnellement distant du précédent par un intervalle de six années.

(3) *Stat. de France*, t. X, tabl. 13 et 14, p. 43 et 47.

(4) *Stat. de France*, t. XVIII, p. LXV.

la Seine sont en moyenne pour ces quatre années d'existence de 1857 à 1860 inclusivement, de 7300 (1). Les décès de 0 à 5 ans constatés dans le département de la Seine, s'élèvent donc à 8856 + 7300, c'est-à-dire à 16 156.

En déduisant ces 16 156 décès constatés dans ce département des 27 722 exprimant la différence existant entre les naissances en 1856 et les enfants recensés en 1861, cinq ans après, alors que les nourrissons sont revenus chez leurs parents, on est amené à penser que les 11 566 n'ayant pas été inscrits dans ce département, doivent vraisemblablement être rapportés aux enfants ayant succombé en nourrice dans les autres départements.

Déficit attribuable aux décès exprimé par la différence existant entre les naissances en 1856 et les enfants de 4 à 5 ans recensés en 1861...............		27 722
Décès de 0 à 1 an dans le département de la Seine..	8 856	
Décès de 1 à 5 ans dans le département de la Seine.	7 300	
Total des décès de 0 à 5 ans constatés dans le département de la Seine.....................	16 156	16 156
Différence exprimant vraisemblablement les décès des enfants nés en 1856 dans le département de la Seine et envoyés en nourrice dans les autres départements.		11 566

Quant au nombre de ces nourrissons émigrés paraissant avoir présenté ces 11 566 décès, il est difficile de le déterminer exactement, car, ainsi que le constatait le rapport ministériel du 16 mars 1869, pour certains de ces nourrissons aucune notification ne serait faite aux maires des localités où ils sont envoyés. Toutefois, on peut faire remarquer que sur les 54 520 naissances ou enfants nés vivants en 1856 dans le département de la Seine, le dénombrement de cette même année 1856 ne constate la présence que de 18 659 enfants de 0 à 1 an. Il est donc permis de supposer que les 35 861 nouveau-nés ne figurant plus au dénombrement du département de la Seine sont morts ou ont été envoyés en nourrice dans les autres départements. Or, on a vu précédemment que les enfants de 0 à 1 an décédés, du moins ceux inscrits, en 1856 dans le département de la Seine, étaient au nombre de 8856. En soustrayant ce nombre 8856 des 35 861 enfants décédés ou envoyés en nourrice, on serait amené à inférer que durant cette année les enfants envoyés en nourrice auraient été au nombre d'environ 27 005, soit assez exactement la moitié des enfants nés en 1856 dans le département de la Seine. De même, les enfants envoyés en nourrice en 1861 auraient été au nombre d'environ 29 136, un peu moins de moitié du nombre total des enfants nés cette année-là dans ce département.

Enfants nés en 1856 dans le département de la Seine.	54 520	
Enfants de 0 à 1 an recensés en 1856 dans le département de la Seine.....................	18 659	(2)
	35 861	
Enfants de 0 à 1 an décédés dans le département de la Seine en 1856..........................	8 856	
Enfants vraisemblablement envoyés en nourrice dans les autres départements en 1856.............	27 005	

(1) Calculé d'après les nombres rapportés par *Stat. de France*, t. X, tabl. 13 et 14, p. 43 et 47, et t. XI, tabl. 14 et 15, p. 47 et 51.

Décès de 1 à 5 ans...	1857.	Garçons.	3 571	Filles.	3 590
— ...	1858.	—	3 473	—	3 559
— ...	1859.	—	4 057	—	4 042
— ...	1860.	—	3 471	—	3 438
			14 572		14 629

29 201

En moyenne, 7300 décès de 1 à 5 ans.

(2) *Stat. de France*, t. XVIII, p. 24.

Enfants nés en 1861 dans le département de la Seine.	60 889	(1)
Enfants de 0 à 1 an recensés en 1861 dans le département de la Seine.....................	21 572	(2)
	39 317	
Enfants de 0 à 1 an décédés dans le département de la Seine en 1861..........................	10 181	(3)
Enfants vraisemblablement envoyés en nourrice dans les autres départements en 1861.............	29 136	

Les déductions précédentes paraissent suffire pour montrer que la mort, qui généralement en France enlève environ un tiers (30,29 pour 100) des enfants de 0 à 5 ans, fait succomber plus de moitié (51,43 pour 100) de ceux natifs du département de la Seine, soit qu'ils meurent dans ce département, soit qu'ils meurent dans les autres départements, où ils sont envoyés en nourrice en nombre approximativement égal à celui des enfants restés chez leurs parents.

Gustave Lagneau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Syphiliographie.

De la méningite et de l'encéphalite syphilitiques, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Les affections syphilitiques du système nerveux n'étaient pas entièrement ignorées des premiers syphiligraphes (Ulrich de Hutten, Paracelse, etc.), puisque dès le XVIe siècle on trouve des observations touchant ces manifestations. Nicolas Massa (4) rapporte un fait de manie syphilitique qui paraît lié surtout à l'intensité des douleurs ostéocopes. «Un jeune homme de vingt-cinq ans se livre à un coït impur; il contracte des ulcères profonds qui s'accompagnent de pustules disséminées sur tout le corps. Chaque soir, au coucher du soleil, il éprouve des douleurs de tête très-intenses dont la malignité, en atteignant les ventricules du cerveau, lui cause des accès de manie aiguë. Ce jeune homme guérit complétement par l'emploi de quelques minoratifs, des pilules indiennes, etc. » Thierry de Héry établit, dès 1634, que la syphilis peut traîner à sa suite des accidents nerveux; il cite le spasme et raconte qu'il a traité un homme affecté d'épilepsie et de syphilis par les remèdes propres à cette dernière, et cet homme fut délivré de deux maladies (5).

L'ouvrage célèbre d'Astruc renferme des passages nombreux relatifs aux accidents syphilitiques de l'appareil cérébro-spinal. Presque tous les désordres encéphaliques y sont signalés : la migraine, le vertige, les convulsions, l'épilepsie, la paralysie, la sciatique, l'insomnie, etc.; malheureusement Astruc borne là ses assertions par trop vagues, sans se préoccuper davantage des caractères propres à chacune de ces manifestations.

On lit dans Van Swieten (6): «Sæpe observantur cerebri læsiones in lue venerea inveterata, a levissima vertigine ad lethalen apoplexiam usque : pessimam epilepsiam, cæcitatem, surditatem, etc., vidi in lue venerea inveterata, quæ tunc media ossa occupare solet, præcipue in cranio. » Les désordres cérébraux syphilitiques sont, pour cet auteur, indirects ou consécutifs plutôt que primitifs. Benj. Bell (7) donne de l'épilepsie et de la manie syphilitiques des observations pleines d'intérêt.

(1) *Stat. de France*, t IX, p. 26.
(2) *Stat. de France*, t. XIII, p. 100.
(3) *Stat. de France*, t. XVIII, tabl. 5, p. 13.
(4) N. Massa, *De morbo Gallico liber*, cap. VII, *Aphrodisiacus*, p. 56.
(5) Thierry de Hery, *La Méth. curat.*, etc., p. 15.
(6) *Commentaria in H. Boerhaavii Aphorismos*. Paris, 1773, t. V, p. 371.
(7) *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II. Paris, 1802.

Cirillo (1) pense que l'épilepsie peut être syphilitique, il cite un fait à l'appui de cette manière de voir. J. Frank, Maisonneuve, Lagneau, Lallemand, Baumès, s'accordent à signaler l'existance de troubles cérébraux engendrés par la syphilis, et particulièrement l'épilepsie. Ricord, Cullerier, Vidal, ont vu et rapporté des faits du même genre avec autopsie. Rayer, Schutzenberger, Yvaren et plusieurs autres auteurs ont laissé des observations intéressantes sur ce même sujet. La plupart de ces faits se trouvent consignés dans les traités de G. Lagneau, de Gros et Lancereaux. Virchow, Wilks, Meyer, Tüngel, Ladreit de la Charrière, Zambaco et l'auteur de ce livre (2) ont ajouté de nouvelles observations à l'histoire de la syphilis du système nerveux, qui chaque jour prend un développement plus considérable. C'est à l'aide de ces matériaux que nous allons étudier les affections des méninges et du cerveau.

I. — Méningite syphilitique.

§ 1. *Étude anatomique.* — La dure-mère est de toutes les enveloppes cérébrales celle qui subit les atteintes les plus fréquentes de la syphilis. Les altérations qu'on y rencontre sont les unes diffuses et analogues à la pachyméningite chronique, les autres circonscrites et semblables aux tumeurs gommeuses. Dans certains cas, ces deux formes coexistent, et pour peu que les méninges molles, la substance encéphalique ou les os du crâne, prennent part au processus syphilitique, on trouve la dure-mère soudée et réunie aux parties voisines à l'aide d'une substance jaunâtre qui parfois pénètre jusque dans la substance nerveuse.

La pachyméningite syphilitique diffuse est externe ou interne suivant que l'un ou l'autre des deux feuillets de la dure-mère est plus particulièrement affecté. La pachyméningite externe (endocranite) est le plus souvent accompagnée de lésions osseuses (épaississement ou atrophie, exostoses, périostoses, etc.). L'importance de cette altération dépend de son étendue et de son siége : on conçoit que des altérations même légères, situées sur le trajet des nerfs cérébraux, parviennent à troubler leurs fonctions; au contraire, des exostoses et des tumeurs gommeuses de la voûte crânienne ne déterminent quelquefois aucun désordre notable. La pachyméningite interne coïncide plutôt avec des altérations de la pie-mère et du cerveau. Rhodius (3) donne l'histoire d'un paysan attaqué de la vérole, dans la dure-mère duquel il découvrit trois concrétions solides blanches. Dans un cas observé par Bayle et Kergaradec (4), il existait sous la dure-mère, adhérente aux os du crâne, quatre tumeurs dures ayant chacune le volume d'une noix; la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies, indurées et injectées, la substance cérébrale était altérée sur plusieurs points. Rayer rapporte une observation de gomme siégeant dans la fosse du rocher. Lallemand (5) cite un cas de Sanson dans lequel le crâne est épaissi; la dure-mère, friable au niveau de l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, est le siége d'une tumeur squirrheuse, trilobée, du volume d'une petite noix, d'un blanc grisâtre, un peu jaunâtre, qui par sa face interne se continue avec la substance blanche du cerveau.

Les tumeurs syphilitiques de la dure-mère ont leur siége dans l'épaisseur de cette membrane, et font saillie sur l'une ou l'autre de ses faces; elles sont arrondies ou aplaties, constituées à leur périphérie par un tissu grisâtre ferme, résistant, à leur centre par un noyau jaunâtre plus ou moins ramolli.

(1) *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. de Auber. Paris, 1803.

(2) Cet article est extrait d'un ouvrage qui doit paraître très-prochainement chez M. Germer Baillière.

(3) Centur. I, obs. XXXIII. Citation de W. James. *Dictionnaire universel de médecine*, t. IV, p. 978, traduction française de Diderot, etc. Paris, 1847. — Bonet cite aussi le cas de Rhodius, et de plus un cas de Molinelli, et un autre de Morchotti (*Sepulchretum*, 1679, p. 1060).

(4) *Nouvelle Bibl. méd.*, février 1823. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 252.

(5) *Recherches anatom. patholog. sur l'encéphale*, lettre VII, n° 2.

Elles se rencontrent d'ordinaire à la convexité des hémisphères, à la partie antérieure de la base du cerveau, dans le voisinage de la troisième circonvolution antérieure et au niveau de la fosse basilaire (1). Elles sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont contenus, dans des espaces losangiques, des noyaux libres très-réfringents et granuleux, avec nucléole excentrique brillant, et des cellules arrondies ou ovoïdes renfermant un ou plusieurs noyaux semblables. Au centre de la tumeur, la trame disparaît en partie et les alvéoles paraissent formées par l'agencement de cellules fusiformes, sinon entièrement effacées. C'est en ce point que commence à se produire la dégénérescence graisseuse, à laquelle ces productions syphilitiques sont pour ainsi dire fatalement vouées.

Ces tumeurs, assez généralement accompagnées d'une inflammation des parties voisines, présentent des adhérences plus ou moins intimes avec l'arachnoïde et la pie-mère. Dans quelques cas, ces adhérences sont si considérables, et le dépôt syphilitique est si profond dans la pie-mère, qu'il devient difficile de savoir à quelle membrane il appartient plus spécialement. La substance cérébrale elle-même est souvent affectée, elle renferme quelquefois des tumeurs gommeuses, fréquemment elle est le siége d'une encéphalite partielle ou d'un ramollissement ischémique, résultant d'une oblitération artérielle. Virchow a noté, dans un cas de ce genre, l'obturation de la carotide interne (2) avec ramollissement cérébral. J'ai moi-même insisté, dans ma thèse inaugurale, sur l'oblitération artérielle consécutive à la syphilis. Meyer a rapporté plusieurs cas d'obstruction des artères cérébrales avec lésions des méninges; mais ces cas sont contestables, sauf un peut-être (3), qui a son analogue dans une observation de Roth (4). Enfin, on peut consulter un fait de tumeur gommeuse de la face du cerveau, rapporté par Wagner, et plusieurs autres, qui sont dus à Pruner, Nunn, Dickinson, Murchison et Calmeil (5).

En résumé, l'existence des lésions syphilitiques de la dure-mère ne peut être mise en doute. Tantôt ces lésions sont constituées par l'épaississement de la membrane, qu'infiltre un néoplasme plus ou moins abondant; tantôt elles sont dues à des formations jaunâtres, caséeuses, étalées ou circonscrites, sous forme de tumeurs ayant le volume d'un grain de chènevis, d'une noisette ou d'une noix, peu vasculaires, fermes, mais susceptibles de se ramollir par le fait de la métamorphose régressive que subissent leurs éléments constitutifs.

Les méninges molles, qui souvent participent à l'altération syphilitique de la dure-mère, sont quelquefois aussi isolément affectées. Gildemeester et Hoyack ont rapporté un cas d'altération syphilitique de ces membranes. Griesinger (6) en a vu un autre, et Ziemssen (7) s'attache à montrer l'étranglement et l'atrophie des nerfs faisant suite à l'épaississement de la pie-mère. Peut-être le cas de Blachez et Luys (8), où de nombreux noyaux plasmatiques sont signalés sur le trajet des petits vaisseaux qui de l'arachnoïde pénètrent dans l'encéphale, pourrait-il être rapproché des faits précédents; mais il faut avouer que la nature de l'altération y est douteuse. Dans un cas qui m'est personnel, la pie-mère est le siége, immédiatement au-dessous de la protubérance, d'une tumeur du vo-

(1) Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anatomie pathologique*, pl. 41, fig. 1, obs. CCXLIV.

(2) Virchow, *Archiv f. pathol. Anat. und Physiol.*, t. I, p. 325, 1847.

(3) *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, XVIII, p. 287, et Schmidt's *Jahrb.*, t. CXIV, p. 312, 1862.

(4) Roth, *Bayerisches aerztliches Intelligentzblatt*. 1859, n° 37.

(5) Consultez : Pruner, *Krankheiten des Orients*, Erlangen, 1847, p. 191. — Nunn, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XI, p. 2. — Dickinson, *Ibid.*, t. XIII, p. 8. — Murchison, *Ibid.*, 251. — Calmeil, *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, t. II, p. 260. Paris, 1859.

(6) Griesinger, *Archiv für Heilkunde*, p. 73, 1860.

(7) Ziemssen, *Archiv f. path. Anat. und Physiol.*, t. XIII, p. 213. — Comparez Tungel, *loc. cit.*, p. 113; Leudet, *loc. cit.*; Zambaco, *loc. cit.*, p. 316. — Virchow, *Traité des tum.*, 445, Paris, 1869.

(8) Blachez et Luys, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 198, Paris, 1861.

lume d'un noyau de cerise, ferme, sèche, peu vasculaire, grisâtre à sa circonférence, jaunâtre à son centre (1). Enfin, une observation de Westphal, qui sera rapportée plus loin, fait mention d'une altération de l'arachnoïde.

Ces différents faits montrent que les altérations syphilitiques des méninges peuvent être rapprochées de celles des parenchymes, puisqu'elles revêtent des formes anatomiques semblables. Ces membranes ne font donc pas exception à la loi générale qui semble régir, quel qu'en soit le siége, les modalités anatomiques de la syphilis constitutionnelle. La pachyméningite alcoolique et la méningite tuberculeuse sont les lésions dont les caractères anatomiques ressemblent le plus à ceux de la méningite syphilitique diffuse; la fausse membrane qui caractérise la première de ces lésions, libre en général de toute adhérence avec l'arachnoïde viscérale, se distingue nettement de l'épaississement lardacé syphilitique; les granulations petites, arrondies, blanchâtres et tout à fait spéciales de la dernière rendent difficile une erreur que l'on peut déjà éviter en tenant compte du siége respectif des deux lésions.

Les gommes des méninges se distinguent des tumeurs endothéliales par la forme de leurs éléments constitutifs et l'absence de grains calcaires; elles se différencient des sarcomes (2) et des fibromes par leur faible vascularisation et leur grande tendance à la dégénérescence graisseuse.

§ 2. *Étude symptomatique.* — Les troubles fonctionnels liés aux dépôts syphilitiques de la dure-mère et des méninges molles varient avec le siége, l'étendue de ces lésions et le degré de compression qu'elles déterminent. Dans les cas d'affections de la dure-mère cérébrale, les symptômes observés consistent en une céphalée plus ou moins violente, qui souvent s'accompagne de vertiges, d'étourdissements, d'accès épileptiformes, rarement d'une paralysie sous forme hémiplégique, à moins d'une obturation artérielle concomitante. On observe en outre des signes particuliers subordonnés au siége anatomique de la lésion : c'est, pour certaines portions du cerveau, une aphasie passagère; pour le cervelet le vomissement, l'ivresse, la photophobie ou le strabisme, surtout quand la substance cérébelleuse participe à l'altération. La contracture et la paralysie sont des symptômes beaucoup plus rares; celle-ci se montre presque toujours sous forme hémiplégique, et reconnaît pour cause un ramollissement ischémique. Plus fréquemment on constate un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, des pertes subites de connaissance avec ou sans attaques convulsives (*épilepsie syphilitique*). Ces attaques sont-elles toujours l'effet d'une lésion matérielle? Aujourd'hui, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, car aucun fait ne prouve avec certitude le contraire. Dans les cas même qu'on a pu regarder comme des épilepsies réflexes, il y avait tout au moins une lésion des os du crâne qui par sa présence modifiait, à n'en pas douter, les fonctions cérébrales. L'épilepsie spécifique présente quelques phénomènes, tels que succession rapide des accès, avec coma dans leurs intervalles, perte incomplète de connaissance et quelquefois hémiplégie consécutive, propres à la distinguer de l'épilepsie vraie et à mettre sur la voie du diagnostic. D'ailleurs, certains attributs particuliers, comme l'aura, le cri épileptique, l'écume à la bouche, etc., peuvent faire défaut. Parfois un petit nombre de muscles ou quelques groupes seulement entrent en convulsion, et ces muscles occupent d'ordinaire la moitié du tronc; puis des groupes différents de muscles peuvent être successivement atteints. L'épilepsie syphilitique, du reste, se développe habituellement sans cause appréciable, à un âge avancé de la vie, ainsi que le fait remarquer Vidus Vidius et que l'ont noté depuis la plupart des observateurs. Sur 13 observations rassemblées par mon ami le docteur Gros et par moi, dix fois cet accident survint vers l'âge de 30 ans, trois fois entre 15 et 16 ans, mais il s'agit d'individus dont l'un était syphilitique dès l'âge de 7 ans et les deux autres depuis l'âge de 14 ans. Sur 43 cas réunis par Jaksch, 31 individus avaient de 30 à 40 ans, 11 de 40 à 50 et un seul était âgé de 20 ans. Les attaques, d'une durée de 3 à 20 minutes et au delà, se sont montrées de 1 à 16 ans à partir de l'infection syphilitique. Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on trouva des lésions anatomiques variées, mais qui presque toutes intéressaient les méninges, les os ou la partie périphérique de l'encéphale, exceptionnellement les parties profondes du cerveau. Un point qu'il importe de noter, c'est que les troubles tels que céphalée, vertiges, etc., qui précèdent le plus souvent les attaques convulsives, persistent encore dans leurs intervalles. Quelquefois même il vient s'y ajouter de nouveaux désordres, comme des paralysies des muscles de l'œil, des dérangements de la vue et de l'ouïe; plus tard, lorsque la maladie n'est pas arrêtée, des paralysies plus étendues surviennent, les facultés intellectuelles s'affaiblissent, le coma ou des convulsions prolongées amènent la mort.

Lentes dans leur développement, les affections syphilitiques des méninges ont quelquefois une marche intermittente, surtout à leur début; plus rarement continues et progressivement croissantes, elles peuvent durer pendant des années, s'il ne survient aucune complication. La terminaison fatale est tantôt l'effet des manifestations syphilitiques, tantôt le résultat d'une maladie intercurrente (pneumonie, érysipèle, etc.). La guérison est possible, et bon nombre de faits que nous connaissons témoignent de ce résultat. Lorsque chez un malade atteint depuis longtemps de céphalée, de vertiges, d'accès épileptiformes sans hémiplégie, on constate une guérison rapide et complète sous l'influence des mercuriaux, il est permis de croire qu'on a affaire à une lésion des méninges, si tant est que le diagnostic soit resté douteux. Effectivement, une exostose ou une périostose produit peu ces mêmes phénomènes, et les lésions cérébrales déterminent ordinairement de la paralysie.

§ 3. *Diagnostic.* — Les symptômes si variés de la méningite syphilitique rendent difficile le diagnostic de cette affection. Aussi doit-on tenir compte des antécédents du malade et du mode particulier de chacun des principaux symptômes. Par exemple, la céphalée présente ordinairement des exacerbations nocturnes; l'aphasie est passagère, les accès convulsifs se succèdent à intervalles rapprochés. L'âge des malades, l'absence d'antécédents épileptiques héréditaires, et ce fait que les attaques qui ont commencé pendant le cours d'une syphilis ont été suivies de troubles plus ou moins persistants, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier les accès syphilitiques épileptiformes de l'épilepsie vraie. La pachyméningite hémorrhagique, affection qui, symptomatiquement, se rapproche quelquefois des lésions syphilitiques, produit l'apparition rapide et presque subite d'accidents aigus, caractérisés par de la contracture, de la somnolence et autres phénomènes de compression. Les tumeurs non syphilitiques des méninges cérébrales donnent lieu à une céphalée relativement peu intense et à des symptômes lents et progressifs; mais, outre que ces affections ne présentent pas la filiation des accidents de la syphilis, elles ont un développement continu et sont exemptes de cette cachexie qui est le propre des individus arrivés à la période viscérale de cette maladie. La méningite tuberculeuse et la paralysie générale diffèrent de la méningite syphilitique, principalement par leur marche.

Le pronostic des affections syphilitiques des méninges n'est pas fatalement grave, ce que l'on comprendra facilement si l'on se rappelle qu'en général la substance nerveuse n'est que peu ou pas altérée. Il y a lieu de supposer qu'une intervention assez prompte arriverait à s'en rendre maîtresse, et que même si elle était tardive elle pourrait encore les combattre avanta-

(1) Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anat. pathol.*, p. 397.

(2) C'est vraisemblablement d'une tumeur sarcomateuse et non d'une production gommeuse qu'il s'agit dans un cas pathologique que Baudot a cru devoir attribuer à la syphilis, *Union méd.*, p. 115, janvier 1859.

geusement (1). Dans tous les cas, ce pronostic est toujours moins sérieux que s'il s'agissait d'une lésion de même siége et de même étendue, mais de cause différente.

II. — Encéphalite syphilitique.

Plus rares que les affections du foie, plus fréquentes peut-être que celles des autres viscères, les lésions syphilitiques de l'encéphale ne diffèrent pas quant au fond de celles des organes internes. Elles ont, comme ces dernières, leur point de départ dans la substance conjonctive interstitielle, et revêtent aussi une forme diffuse ou circonscrite.

§ 1. *Étude anatomique.* — L'encéphalite diffuse d'origine syphilitique se constate dans un petit nombre de faits généralement décrits sous le nom d'induration ou de ramollissement du cerveau. Chez une femme épileptique atteinte de péricranite gommeuse, N. Medavia (2) trouva, au-dessous des parties crâniennes détruites, la substance corticale du cerveau plus dure que dans l'état naturel, puisqu'elle ne l'était pas moins que le tissu du foie; mais cette induration n'était peut-être que la conséquence de la lésion osseuse. Dans un certain nombre de cas où la syphilis a pu être mise en cause, il est question de l'induration circonscrite de la substance cérébrale (3). Malgré les raisons sérieuses qui ont conduit à attribuer une origine spécifique à ces indurations, on ne peut l'affirmer, parce que les observations, souvent incomplètes, manquent de contrôle historique. Cependant, nous n'hésitons pas à rattacher à la syphilis un fait dans lequel Meyer a noté la soudure des méninges et un ramollissement blanc jaunâtre de la substance corticale voisine, en même temps que la substance médullaire présentait plusieurs plaques d'indurations grisâtres transparentes ayant un noyau central ferme et blanchâtre. De ce fait on peut rapprocher l'observation intéressante que viennent de publier MM. Charcot et Gombault (4). Il s'agit d'une femme syphilitique, morte quelques instants après avoir éprouvé des troubles nerveux divers, et chez laquelle on trouva, à la face antérieure de la protubérance, deux plaques superficielles d'un gris rouge pourvues d'une partie centrale jaune, à la partie antérieure du faisceau latéral gauche de l'isthme, une plaque semblable, et sur le plancher du quatrième ventricule, à droite du sillon médian, une petite plaque de coloration rouge. A l'examen microscopique, le centre de ces plaques parut formé d'une grande quantité de noyaux libres de petites dimensions et de granulations graisseuses isolées ou réunies en amas, et de deux ordres de cellules, les unes arrondies et granuleuses, assez semblables aux corps granuleux cellulaires, les autres irrégulières, anguleuses et comme hérissées de filaments brisés. Le tissu périphérique, dense et élastique, vivement coloré par le carmin, contenait aussi des granulations libres et deux variétés d'éléments figurés, constitués les uns par des cellules arrondies à contenu finement grenu avec noyau volumineux, les autres par une masse centrale qui se colore fortement par le carmin et donne naissance, par tous les points de la surface, à des appendices filiformes (cellules araignées). Ajoutons que la moelle épinière était aussi indurée par places. Ainsi la syphilis est susceptible de produire des foyers d'induration caractérisés par la présence, au sein de la substance nerveuse, de noyaux et de cellules conjonctives diverses, de granulations graisseuses abondantes, pour peu que le néoplasme et les éléments nerveux consécutivement lésés commencent à se désorganiser. Il s'agit par conséquent, dans ces différents faits, d'une sclérose cérébrale, laquelle diffère des scléroses non syphilitiques par une plus grande tendance des éléments des tissus conjonctif et nerveux à subir la transformation graisseuse, et par les altérations secondaires qui en sont la conséquence.

(1) On trouvera des observations à l'appui de cette manière de voir dans notre travail sur les affections nerveuses syphilitiques.

(2) Voy. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. IX, 23.

(3) L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 242.

(4) *Archives de physiologie normale et pathologique*, t. V, p. 143.

Un certain degré de ramollissement est quelquefois associé à ces altérations. Une observation de Tüngel fait mention de foyers d'encéphalomalacie chez un individu affecté de gommes du cerveau, sans qu'il y soit question de lésions artérielles. Dans un cas qui m'est personnel, la substance nerveuse du lobe frontal, adhérente aux méninges, ramollie et vasculaire, offrait à l'examen microscopique une infiltration de noyaux ronds, brillants, en tout semblables à ceux des tumeurs gommeuses existant sur la dure-mère. A en juger par un fait que j'ai observé, le caractère anatomique qui distingue le ramollissement cérébral syphilitique du ramollissement cérébral par oblitération artérielle serait la présence d'un produit de nouvelle formation. Mais dans l'hypothèse où la syphilis serait véritablement en cause, on comprend la difficulté qu'il y aurait dès lors à différencier ce foyer inflammatoire de l'encéphalite non spécifique.

Il nous serait facile de rassembler ici un plus grand nombre de faits d'encéphalomalacie syphilitique. Gubian (1), dans un cas où Diday et Teissier (de Lyon) avaient diagnostiqué l'existence possible d'une exostose crânienne, observa un ramollissement de la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Dufour (2) nous a communiqué autrefois un fait assez semblable. Mais dans ces observations et beaucoup d'autres où les artères cérébrales n'ont pas été examinées et où l'examen microscopique fait défaut, le doute doit nécessairement exister sur la cause et la nature de la lésion encéphalique, surtout quand on connaît la fréquence des oblitérations vasculaires dans les altérations syphilitiques des méninges et dans celles de l'encéphale. Disons que le ramollissement qui se lie à ces oblitérations ne se distingue du ramollissement ischémique ordinaire que par l'existence simultanée des lésions syphilitiques.

De la discussion qui précède résulte ce fait que le cerveau peut, sous l'influence de l'infection syphilitique, devenir le siége d'une altération qui, suivant son degré d'acuité et sa durée, se traduit tantôt par une induration partielle, tantôt par un foyer de ramollissement, modifications en tout comparables histologiquement à l'hyperplasie conjonctive diffuse que nous avons observée dans d'autres organes.

L'encéphalite circonscrite ou gommeuse est plus commune et mieux connue que l'encéphalite syphilitique diffuse. Des observateurs distingués ont depuis longtemps signalé l'existence de gommes encéphaliques. Bonet, Prost, en rapportent des cas peu contestables. Une observation de Bayle et Kergaradec nous montre ces tumeurs siégeant à la fois dans le cerveau et sur ses enveloppes. L'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche est occupée par plusieurs corps de consistance cartilagineuse, à section lisse, brillante, sans apparence fibreuse à la couche, et adhérant les uns aux autres. Le sphénoïde et l'ethmoïde sont en partie détruits; la dure-mère présente à sa surface quatre tumeurs dures, du volume d'une noix; la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies, indurées et injectées; il y a de plus un ramollissement de la substance nerveuse au voisinage des tumeurs cérébrales. Ward et Tacheron ont vu des cas peu peu différents. Gjör, Nélaton, Yvaren, ont rapporté des faits du même genre, et qui, en raison de la carie ou des exostoses crâniennes concomitantes, laissent peu de prise à la critique. Gildemeester et Hoyack ont trouvé dans le lobe antérieur du cerveau un noyau tuberculiforme, consistant en une exsudation amorphe, hyaline, solide, en partie transformée en tissu conjonctif. Ludger Lallemand signale dans l'hémisphère gauche du même organe, au niveau du centre ovale de Vieussens, l'existence d'une tumeur de forme irrégulière, du volume d'une petite noix, entourée d'une enveloppe lisse, adhérente à la substance cérébrale en partie ramollie. C. Westphal (3) a noté l'existence, dans la couche optique gauche ramollie et tuméfiée, d'une nodosité gommeuse ferme, du volume d'une noisette, entourée d'une membrane blanchâtre. Dittrich,

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 342.

(2) Voy. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 202 et 205.

(3) *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie.* XX, 5, p. 481, 1863.

Engelsted, Tüngel, ont aussi rapporté des faits de gomme cérébrale. Chez un sujet syphilitique observé par Hérard (1), le corps strié droit est le siége de deux tumeurs qui à la coupe présentent deux portions distinctes, l'une corticale, dure, formant une coque résistante, d'une couleur jaune rosé, l'autre centrale et beaucoup moins dense. Pillon a vu deux tumeurs situées l'une dans la moitié gauche de la face inférieure de la protubérance annulaire, l'autre dans la couche optique du même côté, chez un individu dont le tissu cellulaire souscutané contenait des gommes (2). Cette coïncidence se retrouve dans une observation de Meyer, où le lobe antérieur de l'hémisphère gauche du cerveau est le siége d'une masse dure, de l'étendue d'un écu, intimement soudée à la substance corticale, et composée de nodosités blanchâtres ou jaunâtres opalines, variant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. La dure-mère présente un exsudat de même nature. Dans une de nos observations, le dépôt syphilitique, situé dans la couche corticale de l'hémisphère et adhérent aux méninges se trouve ramolli et confondu avec la substance cérébrale adjacente, dont les éléments constitutifs sont métamorphosés. Enfin, le cerveau d'une femme, observé par Nicaise (3), contenait plusieurs tumeurs fermes, du volume d'une noisette; l'une d'elles avait pour siége le pédoncule cérébral droit, les autres étaient groupées au sein d'une masse fibroïde occupant la corne postérieure de l'hémisphère. La plupart de ces faits sont remarquables par la coexistence avec les tumeurs cérébrales de lésions diverses manifestement syphilitiques.

Le cervelet n'est pas exempt de cette même altération. Ward (4) a trouvé dans l'hémisphère droit de cet organe une tumeur comme squirrheuse de la grosseur d'une petite noix et qui peut être considérée comme syphilitique. Wagner a constaté deux fois la présence de tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des hémisphères cérébelleux; mais on peut douter de l'origine syphilitique de l'une de ces altérations et croire à un véritable tubercule. Dans un cas qui m'est personnel, la protubérance annulaire, augmentée de volume, présente à sa partie antérieure une masse jaunâtre, solide, sèche, légèrement saillante sous les méninges saines. Du volume d'une amande ou d'un petit marron, cette tumeur, située sur la ligne médiane, occupe le tiers inférieur de la protubérance, une faible portion de l'extrémité supérieure des pyramides, et paraît avoir détruit les nerfs de la sixième paire, qu'il est impossible de retrouver à leur origine. Vue par sa face antérieure, cette masse, représentée figure 1, est constituée par deux nodosités jaunes, assez fermes, réunies par une substance grisâtre vasculaire, résistante. Incisée perpendiculairement à cette face et suivant l'axe de la protubérance, cette tumeur laisse voir d'autres nodules jaunâtres et circonscrits par un tissu grisâtre, riche en vaisseaux (fig. 2); elle comprend un peu plus du tiers de l'épaisseur de la protubérance, sa délimitation d'avec la substance nerveuse est tellement nette et tranchée qu'après macération dans l'alcool il est possible de l'énucléer. Sa structure diffère dans les parties jaunes blanchâtres et dans les parties grisâtres. Celles-ci sont constituées par une trame fibrillaire au sein de laquelle sont disposées d'une façon uniforme et par petits amas des cellules rondes, peu volumineuses (cellules embryonnaires), celles-là sont formées par une trame analogue; mais les cellules qu'elles renferment, plus abondantes sur certains points et en voie d'altération graisseuse, donnent à la coupe un aspect sombre qui tranche sur les parties voisines plus claires, comme s'il existait plusieurs centres d'altération primitive. Des vaisseaux nombreux et partout libres parcourent cette tumeur qui a atrophié ou détruit les éléments nerveux de son voisinage. Le cervelet n'est pas altéré, mais la moelle épinière est le siége d'une dégénérescence secondaire; immédiatement au-dessous du renflement lombaire, elle présente un foyer d'inflammation de 1 centimètre d'étendue, au niveau duquel elle adhère aux méninges.

Ces différents faits, où l'altération de l'encéphale, si elle ne coexiste avec des lésions manifestement syphilitiques, présente toujours des caractères macroscopiques et microscopiques semblables à ceux des tumeurs syphilitiques du tissu conjonctif sous-cutané et des organes, permettent de tracer les caractères anatomiques des gommes de l'encéphale. Ces dépôts, le plus souvent multiples, occupent des points variés dans la substance nerveuse; ils se rencontrent plutôt à la périphérie que dans les parties centrales. Dans le cerveau, ils ont pour siége de prédilection les lobes antérieurs, quelquefois on les observe dans la couche optique; au niveau de l'isthme, le pont de Varole et les pédoncules cérébraux, puis les pédoncules cérébelleux sont les endroits où ils se montrent le plus souvent. Ils se présentent sous la forme de tumeurs isolées ou groupées, toujours plongées au sein d'une substance gélatiniforme transparente vasculaire, sorte de gangue à laquelle elles sont plus ou moins intimement unies et qui rappelle assez bien le tissu grisâtre des sar-

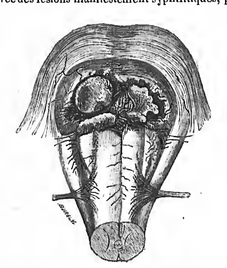


Fig. 1. Encéphalite gommeuse. — La portion de la protubérance située au-dessus des pyramides est le siége d'un néoplasme formé de plusieurs nodules jaunâtres, plongés au sein d'un tissu conjonctif jaune, vasculaire et grisâtre.

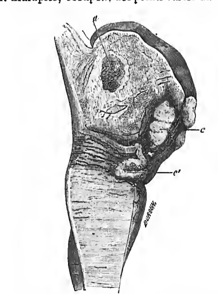


Fig. 2. Surface de section antéro-postérieure du bulbe et de la protubérance ci-dessus. — a, foyer d'encéphalite; c et c', nodules gommeux.

(1) Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 255, obs. CXXXVI.
(2) Voy. Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 490. Paris, 1862.
(3) Nicaise, *Bulletin de la Société anatomique*, t. I, 1863, p. 186.
(4) Ward, *Nouv. Bibl. méd.*, t. VI, p. 368.

comes et des gliomes. Le plus souvent arrondies, agglomérées au nombre de deux ou trois, ces tumeurs, dont le volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix, ont une coloration blanchâtre ou jaunâtre, une consistance plus ou moins ferme, quelquefois chondroïde. Elles offrent à la coupe une teinte uniforme jaunâtre, une résistance parfois très-grande, d'autres fois un peu molle surtout au centre. Le tissu grisâtre qui entoure ces tumeurs et leur forme une sorte de manchon est constitué presque exclusivement par de petites cellules, possédant des noyaux volumineux, granulés, avec un ou plusieurs nucléoles brillants, et enfermés dans une substance fibrillaire. Les vaisseaux nombreux contenus dans cette substance ont souvent leur paroi épaissie; néanmoins, ils sont presque toujours libres. La nodosité jaunâtre offre une structure peu différente, à part la dégénérescence graisseuse; elle est, en effet, constituée par une substance fondamentale amorphe, striée par places, parsemée de nombreuses granulations graisseuses, et par des cellules petites, imprégnées des mêmes granulations déformées, atrophiées et quelquefois entièrement détruites en même temps que la substance intermédiaire est ramollie, ce qui explique la liquéfaction. Les vaisseaux qui la parcourent ont des parois très-épaisses, et un grand nombre sont oblitérés. Les éléments nerveux ont généralement disparu au niveau de ces tumeurs; à leur périphérie, ils sont plus ou moins détruits, rarement refoulés. Cette circonstance n'est pas sans intérêt; elle nous rend compte de la dégénérescence consécutive à la présence de ces tumeurs au sein de l'encéphale.

La métamorphose graisseuse n'est pas toujours le dernier terme des gommes syphilitiques de l'encéphale; ces dépôts subissent quelquefois la transformation muqueuse, ou l'infiltration calcaire. Dans quelques cas enfin, ces tumeurs finissent par être résorbées totalement, mais non sans laisser des traces de leur passage. Alors le tissu jaune grisâtre qui circonscrivait le noyau central, devenu un véritable tissu fibreux, peut présenter la forme d'un kyste vide, de toiles ou de lames membraneuses, de cicatrices enfin en tout analogues aux cicatrices des autres organes. Ces sortes d'altérations se rencontrent quelquefois dans le voisinage des tumeurs gommeuses, et plusieurs fois, chez des malades morts de syphilis, on a pris pour des kystes ces restes de produit gommeux résorbé. Un coup d'œil rétrospectif jeté sur les faits permet de reconnaître qu'un certain nombre de prétendus kystes cérébraux ne sont en réalité que l'enveloppe persistante d'une tumeur gommeuse.

Une femme de quarante-cinq ans, atteinte de tubercules ulcérés de la peau du nez et des joues, et regardée par M. Cazenave comme syphilitique, succombe après avoir éprouvé des troubles distincts de ceux de l'hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, Féréol (1) constate une altération particulière des reins et la présence, au sein du lobule intraventriculaire du corps strié, d'une petite cavité pleine d'un liquide séreux, grisâtre, pouvant loger une noisette, et tapissée à l'intérieur d'une sorte de membrane très-mince. Dans un cas rapporté par Meyer (2), l'hémisphère droit du cerveau était transformé en une cavité parcourue de nombreux cordons sous forme de réseau, et dont les parois étaient constituées par une couche mince de substance cérébrale ramollie. La couche optique et le corps strié correspondants étaient atrophiés; la dure-mère et le foie étaient le siége de tumeurs gommeuses. Il y avait eu pendant la vie des accès épileptiformes, des accès maniaques, et une hémiplégie complète à gauche. Une observation qui m'est personnelle présente une semblable disposition, le lobe antérieur droit est en partie transformé en une cavité kystique. Dans le corps strié gauche d'un malade qui avait eu des vertiges, de la céphalée et des accès épileptiformes, on trouva un kyste du volume d'une noisette, d'origine apoplectique, au rapport de Meyer, mais à notre sens de

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1856, p. 409.
(2) *Loc. cit.*, obs. VI.

cause syphilitique, car il existait en outre trois tumeurs situées au sein d'un tissu fibroïde déposé entre la dure-mère et la surface du lobe antérieur gauche, un ramollissement du corps strié droit, et des gommes dans le foie. De ce fait se rapproche naturellement l'observation CLVIII du *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* du docteur Calmeil. Dans ce cas, qui a trait à un malade ayant présenté antérieurement des signes non douteux de syphilis, tout l'hémisphère droit était creux et converti en une espèce de gousset considérable, il ne restait plus rien de la substance nerveuse qui occupe ordinairement le centre des lobules antérieur, postérieur et moyen. Un vide considérable existait entre la base de ces lobes et l'espèce de calotte qui formait en haut la voûte de cette immense cavité. La couche optique et le corps strié étaient atrophiés ou réduits à l'état de proéminences informes. Des vides celluleux, des filaments nombreux, des plaques pseudo-membraneuses tendues comme des réseaux, s'attachaient çà et là sur les parois intérieures du clapier qui avait remplacé la substance cérébrale. D'autres observations plaident en faveur de la doctrine que nous défendons. Un cas déjà cité de Bristowe (1) fait mention d'un kyste du volume d'une noisette, siégeant à la partie antérieure du corps strié gauche. La dure-mère épaissie contient plusieurs gommes dans son épaisseur. Le crâne est perforé, des tumeurs du volume d'une noisette, d'apparence lardacée, se rencontrent dans l'épaisseur de l'os frontal. Le foie, dur, rabougri, a l'aspect d'un tissu squirrheux jaunâtre. Dans une observation de syphilis rapportée par Wagner, il est question de la présence, à la partie interne et postérieure du corps strié gauche, d'une sorte de kyste séreux en forme d'éventail et du volume d'un noyau de cerise.

A côté de cette disposition, il en est une autre non moins importante à connaître, et qui se présente sous l'apparence d'une dépression ou d'une cicatrice. Dans un cas observé par nous, il existait une dépression légère et comme cicatricielle à la surface d'une circonvolution, et plus profondément une bride ou cicatrice grisâtre, linéaire, ayant quelques millimètres en profondeur sur 2 centimètres environ de longueur. Un état un peu différent se rencontre dans deux cas de syphilis encéphalique consignés dans notre *Atlas d'anatomie pathologique* (2); la substance nerveuse disparue dans une étendue de quelques millimètres au sein de la protubérance se trouve remplacée par un tissu grisâtre d'apparence cicatricielle, formé par la névroglie épaissie, des noyaux ronds, des corps granuleux et des granulations moléculaires. Meyer (3) trouva, en même temps que des ostéophytes à la surface interne des os du crâne, une altération de la dure-mère et des dépressions plus ou moins profondes dans la moitié droite du pont de Varole et dans la partie gauche de la moelle allongée. Ces dépressions, d'un bleu grisâtre, véritables cicatrices, se continuaient dans la profondeur de l'organe par des prolongements irréguliers, striés, gris rougeâtres et d'aspect lardacé. Les points grisâtres étaient formés d'un tissu fin à stries longitudinales et de corpuscules graisseux. La substance voisine était composée d'éléments nerveux détruits, de fibres nerveuses amincies et de corpuscules amylacés. Des faits analogues se retrouveraient sans aucun doute dans le riche ouvrage de Calmeil (4).

Nous bornons là cette revue, bien que nous n'ayons pas épuisé toute la série des faits où il est possible de voir la syphilis laisser dans le cerveau des destructions analogues à celles que l'on observe dans le foie. Remarquons que souvent ces désordres se trouvent désignés par une périphrase, à cause, sans doute, de leur ressemblance assez imparfaite

(1) Bristowe, dans *Transact. of the pathol. Soc. of London*, p. 21.
(2) Lancereaux, *Atlas d'anatomie pathologique*, observation CCXLIV, p. 306, et observation CCLXXIII, p. 449. L'altération dont il s'agit n'est pas décrite dans cette observation, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 3' de la planche 46, pour s'assurer de son existence.
(3) Meyer, *loc. cit.*, obs. VIII.
(4) *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, t. II, chap. VI, p. 231, obs. CXLI, etc.

avec la poche séreuse connue sous le nom de kyste dans le langage anatomique.

Au résumé, les tumeurs gommeuses de l'encéphale présentent des caractères objectifs qui varient avec les phases de leur évolution pathologique; assez semblables, à une certaine période, au tubercule, aux tumeurs connues aujourd'hui sous les noms de gliome et de sarcome, elles offrent plus tard de l'analogie avec les kystes séreux ou hémorrhagiques anciens. Par leur faible vascularité, les gommes de l'encéphale se distinguent des tumeurs cancéreuses ou fibreuses; mais elles se rapprochent davantage du tubercule du cerveau, avec lequel on les a vraisemblablement plusieurs fois confondues. La distinction est cependant facile. Loin d'être plongé dans un stroma fibroïde ou fibreux, le tubercule est en contact immédiat avec la substance nerveuse. C'est d'ailleurs une tumeur arrondie, comme formée de couches concentriques, et qui, plus humide et plus molle que la gomme, subit d'une façon plus uniforme la métamorphose graisseuse; en outre, le tubercule est souvent unique et entouré de granulations de même nature. Les kystes apoplectiques ont une forme arrondie, et leurs parois sont imprégnés de la matière colorante du sang à l'état amorphe ou cristallin. Les infarctus résorbés se distinguent des cicatrices par l'altération concomitante des artères.

§ 2. *Étude symptomatique.* — Des lésions aussi différentes de siége que celles qui viennent d'être décrites conduisent à penser que les affections symptomatiques de la syphilis encéphalique doivent être fort variées, et, en effet, aucun désordre cérébral ne leur est étranger. Pourtant, grâce à des localisations morbides assez spéciales, ces manifestations peuvent se rattacher à un petit nombre de types cliniques dont nous essayerons de tracer les caractères. L'un de ces types a pour principal phénomène une paralysie plus ou moins étendue. Assez rarement partielle et localisée à un groupe de muscles ou à un membre, cette paralysie revêt d'ordinaire la forme hémiplégique. Son début est tantôt insidieux, tantôt brusque, et fréquemment elle est accompagnée de roideur ou de contracture, surtout quand elle est ancienne. Le plus souvent incomplète, progressive, elle ne détermine pas d'atrophie des muscles, ce qu'il est facile de comprendre, puisque le centre encéphalique est le siége de l'altération; il s'y joint rarement des phénomènes convulsifs, à moins de tumeurs concomitantes des méninges.

Les facultés intellectuelles sont en même temps assez généralement troublées sinon d'une façon continue, du moins par intervalles. Les désordres que l'on observe sont l'hébétude, la diminution ou la perte graduelle de la mémoire et surtout l'aphasie (1). Ce dernier phénomène, qui accompagne plus spécialement l'hémiplégie droite, est diversement accusé. Tantôt les malades, privés de la faculté de parler selon leur désir, réussissent à prononcer quelques mots qui ne traduisent cependant pas leur pensée; tantôt, manquant absolument de mémoire, ils ne peuvent ni lire, ni écrire, ils parlent difficilement, sont obligés de chercher les noms qui leur échappent, se fatiguent bientôt et ne répondent que par des mots invariables, ou par des monosyllabes. Un cas rapporté par Bouchard et Lépine (2), un autre de Westphal, rentrent dans ce groupe; ils présentent l'un et l'autre une altération des méninges et des circonvolutions frontales. Le cas de Westphal (3) est relatif à un homme âgé de trente-trois ans, qui avait depuis longtemps une céphalée persistante avec dilatation de la pupille droite, proéminence de l'œil, ptosis de la paupière droite, attaques convulsives avec perte de connaissance. Cet homme, dont la mémoire s'affaiblissait peu à peu, ne trouvait plus le mot convenable, il balbutiait, avait une marche vacillante, des évacuations involontaires; l'iode fut sans effet, le malade devint stupide et mourut à la suite d'eschares au sacrum. Le lobe frontal gauche présentait une cicatrice à fond grisâtre, à bords saillants; au même niveau, la face interne de l'os était couverte d'ostéophytes. La dure-mère adhérait, vers la scissure de Sylvius, à des noyaux gommeux pénétrant jusque dans la substance cérébrale; le corps strié droit offrait à la coupe plusieurs foyers de ramollissement, le gauche était simplement injecté; le pont de Varole était peu consistant, la pie-mère était épaissie autour du chiasma, le nerf oculo-moteur droit se trouvait transformé en un corps compacte, et autour du trijumeau existait une masse gommeuse grisâtre. Les autres nerfs étaient exempts de toute altération.

(1) Consultez, sur ce symptôme, B. Tarnowsky, *De l'aphasie syphilitique*. Paris, 1870.

(2) Bouchard et Lépine, *Gaz. méd.*, p. 726, 1866.

(3) Westphal, *Ueber Syphilis des Gehirns*, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, X, 5 et 6, p. 481, 1863.

Dans quelques cas, les troubles intellectuels s'accentuent peu à peu, de façon à constituer un état de véritable démence. Cet ordre de faits constitue un second type clinique. Dans une de nos observations, le désordre a été tardif; mais dans d'autres il survient beaucoup plus tôt. Un malade observé par Rauch de Grætz (1) se plaignit d'abord d'une céphalalgie continue; il devint oublieux, paresseux, inattentif à son commerce, niais, puis il tomba en enfance et dans l'idiotie la plus complète; l'ouïe et la vue, d'abord troubles, finirent par être abolies. Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum se paralysèrent, et il survint du coma. Cet état, qui avait commencé depuis plus de six mois, céda complétement à l'emploi des onctions mercurielles et de l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Un malade traité par Read (2), de Dublin, ne pouvait se soutenir sur les pieds; l'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées très-défectueux ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée, et tout ce cortége symptomatique céda après trois semaines de l'usage des frictions mercurielles sur le cuir chevelu rasé. Des faits analogues ont été cités par Cirillo, Delpech, Sandras, etc. L'observation première du mémoire de Goodwin (3) mérite d'être rapprochée de celles qui précèdent, comme aussi un fait du livre de Zambaco (4), dans lequel l'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement périphérique et d'une tumeur qui n'était vraisemblablement qu'une gomme.

Un cas rapporté par Gailleton (5) trouve encore place ici. Un homme contracte la syphilis; à deux reprises différentes, il est atteint d'accidents constitutionnels; deux ans plus tard, il présente une paralysie double de l'élévateur des paupières, de la diplopie, de l'amblyopie, et cet homme autrefois intelligent, devient à peu près idiot, il répond à peine, sa parole est embarrassée, sa marche est vacillante; il guérit par l'iodure de potassium. Leidesdorf (6) a rencontré également, chez des sujets syphilitiques, deux cas de démence qui ont été, l'un très-notablement amélioré, l'autre rapidement guéri par l'iodure de potassium. Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés.

Il serait facile de rappeler ici d'autres cas de démence ou même de manie également rattachés à la syphilis. Mais ces faits n'offrent pas un cachet de certitude suffisant. Griesinger (7) pourtant accorde que les désordres intellectuels liés à la syphilis se présentent sous des formes variables, depuis la manie la plus violente jusqu'à l'idiotisme le plus profond. Tout récemment, Berthier (8) a cherché à rapporter à la

(1) Cité par Lagneau fils, *loc. cit.*, et Ladreit de Lacharrière, thèse de Paris, 1861, p. 56.

(2) *The Dublin quarterly Journ. of medicine*, février 1852.

(3) The Lancet, 19 July 1862.

(4) *Loc. cit.*, obs. LV, p. 331. — Comparez Arthaud, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 347.

(5) Gailleton, *Sur trois cas de syphilis constitutionnelle compliqués de symptômes nerveux* (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864).

(6) *Contribution à la syphilis cérébrale dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Medizinische Jahrbücher*, 1864, 4e livr.).

(7) *Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 471.

(8) *Du délire lié à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis et aux dartres*, dans *Union médicale de la Gironde*, p. 211.

syphilis plusieurs formes de folie, comme certaines variétés de délire, de manie, etc.; mais les faits très-incomplets sur lesquels il s'appuie sont loin de paraître concluants. Au résumé, certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant de grandes ressemblances avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique; peut-être aussi faut-il admettre une manie syphilitique. En tout cas, il importe de ne pas oublier que la marche et l'évolution de ces manifestations sont tout à fait particulières et différentes de ce que l'on observe lorsque la syphilis n'est pas en cause.

Dans un troisième cadre rentrerait enfin une série de symptômes se rattachant plus particulièment à la présence des produits gommeux de l'encéphale. Une céphalée plus ou moins violente et persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques analogues aux attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence ou un simple assoupissement, du délire ou du coma, tels sont ces symptômes qui ont pour caractère une mobilité et une fugacité peu communes. Les convulsions cloniques ou accès épileptiformes s'observent principalement quand les gommes occupent la périphérie de l'encéphale; la paralysie et la contracture se rencontrent dans l'un de nos cas où la protubérance est spécialement affectée. Notons l'existence de mouvements choréiformes d'une moitié du corps dans un fait de Costhiles et dans un autre qui m'est personnel (1). Dans ce dernier, l'hémichorée succéda à une hémiplégie traitée depuis quelques jours par le calomel. D'autres fois on n'observe qu'un simple tremblement, comme cela a été noté une fois par Westphal et deux fois par Schutzenberger. Il y a lieu de remarquer que la couche optique était le siége de l'altération dans ceux des cas où l'examen nécroscopique a été fait, et qu'ainsi le désordre anatomique de ce centre ganglionnaire doit jouer un rôle dans la production du tremblement. Enfin, chez quelques malades, le seul symptôme appréciable étaient une tendance à exécuter des mouvements giratoires ou de manége, comme l'a vu Neumann (2), ou encore l'impossibilité de marcher en ligne droite, ainsi qu'il en existe des exemples dans l'ouvrage de Lagneau, et que nous l'avons observé nous-même.

Ce serait une erreur que de croire trouver, dans tous les cas, l'un ou l'autre des groupes symptomatiques en question. De même que l'on observe fréquemment la coexistence des différentes lésions dont il a été parlé, de même il n'est pas rare de rencontrer simultanément les divers désordres ci-dessus énumérés.

Une céphalée généralement vive et persistante, avec ou sans paroxysmes nocturnes, est un phénomène, sinon constant, du moins fréquent dans les affections qui nous occupent; elle est le plus souvent associée à un certain degré d'hyperesthésie du cuir chevelu, à des vertiges et à des étourdissements. Dans le cours de ces affections, la sensibilité cutanée peut être troublée de diverses façons, ou bien primitivement, par suite de la localisation de la lésion encéphalique, ou bien secondairement, à cause de la dégénérescence consécutive de la moelle épinière. Dans ce dernier cas, le trouble se manifeste surtout sous forme hyperesthésique; dans le premier, c'est plutôt de l'anesthésie. Ce phénomène plus ou moins étendu, en général circonscrit à un membre ou à une moitié du corps, ne concorde pas ordinairement avec la paralysie, en ce sens qu'il s'observe souvent à gauche quand la paralysie est à droite, et inversement.

Lorsque le cervelet est le siége plus spécial de la localisation anatomique, les manifestations symptomatiques les plus communes sont des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titubation dans la marche, des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil, et parfois des troubles de la vision. Quand le bulbe rachidien est particulièrement lésé, surtout au niveau de son plancher, il se produit un symptôme des plus curieux et des plus importants, c'est la polyurie. Celle-ci est tantôt simple (diabète insipide), comme dans un cas observé par Perrond, tantôt accompagnée de la présence de sucre dans l'urine (diabète sucré), ainsi que l'ont noté Leudel, Jaksch et Düb; d'autres fois enfin, elle coexiste avec le passage de l'albumine dans les urines (diabète albumineux).

La marche des affections syphilitiques de l'encéphale est lente, progressive. La céphalée, l'insomnie, les vertiges et les étourdissements sont assez ordinairement les premiers symptômes; plus tard, il survient des paralysies, des troubles de l'intelligence et quelquefois des désordres de la sensibilité, et des accès convulsifs. Après un temps plus ou moins long, l'encéphalite syphilitique devient stationnaire ou s'améliore peu à peu. Sa durée varie entre quelques semaines et plusieurs années. Sa guérison spontanée est rare; mais, en général, elle subit vite l'influence d'un traitement spécial; sa disparition complète n'est toutefois possible qu'autant que les éléments nerveux ont conservé leur intégrité. Or, comme la tendance de la syphilis tertiaire est la destruction des tissus normaux, il en résulte presque toujours, si l'altération a un peu de durée, que les éléments nerveux sont profondément modifiés ou même détruits, d'où la persistance indéfinie de certains symptômes, parmi lesquels se place en première ligne la paralysie. Ajoutons que ce symptôme, dans certains cas, se lie à un ramollissement de la substance encéphalique, par artérite syphilitique, et l'on comprendra mieux encore sa ténacité. Astruc avait déjà noté la difficulté de la guérison de la paralysie syphilitique, mais il n'en connaissait pas la raison.

§ 3. *Diagnostic.* — Le diagnostic de l'encéphalite syphilitique est difficile à cause des nombreuses formes symptomatiques qui peuvent se présenter. Pourtant la succession et la modalité des symptômes peuvent mettre sur la voie de la cause spécifique. Une céphalalgie intense, persistante et opiniâtre, avec paroxysmes nocturnes, étourdissements et vertiges, cédant rapidement à l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium, est un signe d'une grande valeur diagnostique. L'insomnie, qu'elle soit ou non liée à ce symptôme, est un signe non moins important et non moins fréquent (1). La paralysie syphilitique est remarquable par l'irrégularité de sa distribution et sa marche saccadée, l'hémiplégie n'a ni le début soudain ni la stabilité de l'hémiplégie symptomatique d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral succédant à une oblitération artérielle, excepté dans le cas où cette oblitération est venue s'ajouter au processus syphilitique. Des attaques épileptiformes sans aura, des accès convulsifs cloniques ou toniques sans perte absolue de connaissance, précédés et suivis d'une céphalalgie plus ou moins violente, constituent d'autre part des modes symptomatiques qui font soupçonner la syphilis.

Mais il importe de ne pas s'arrêter à l'examen d'un seul système; chaque organe doit être interrogé avec soin, et ainsi, s'aidant des commémoratifs et tenant compte des affections concomitantes cutanées, osseuses ou viscérales, et de l'état de cachexie qui fait rarement défaut, le médecin parviendra le plus souvent à reconnaître, avec le siége et l'étendue de la lésion, la source d'où elle dérive. C'est ainsi qu'une certaine déformation du foie, coïncidant avec une albuminurie légère, peut avoir dans l'espèce une grande importance diagnostique. Enfin, dans le cas où l'ensemble phénoménal vient à constituer l'un des syndromes connus sous le nom d'épilepsie, d'hémiplégie avec ou sans aphasie, ou même de paralysie généralisée, l'âge des malades et cette circonstance que le désordre pathologique ne remonte pas au delà de l'apparition de la syphilis, seront des indications

(1) Voy. Gros et Lancereaux, obs. LIX et CLIX.

(2) Neumann, dans *Wien. med., Halle*, IV, 2, 3, 1863, et *Schmidt's Jahresb.*, t. CXIX, p. 166.

(1) Consultez, sur ce symptôme, Fracastor, *loc. cit.*; Sigmund, dans *Arch. de méd.*, 1857, t. II, p. 225; Reynaud, dans *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 312.

précieuses. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'encéphalite tertiaire reste toujours localisée à une partie du cerveau.

Les troubles cérébraux engendrés par les boissons spiritueuses sont faciles à différencier de ceux qui appartiennent à la syphilis. Dans l'alcoolisme, en effet, le malade est tourmenté par des rêvasseries, des illusions et même des hallucinations; la sensibilité est toujours troublée et la céphalée nulle. De même, les accidents paralytiques produits par le plomb se distinguent par leur localisation spéciale aux muscles extenseurs des membres. La paralysie générale progressive, telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère, dans sa phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. A la vérité, les désordres symptomatiques de la syphilis cérébrale peuvent offrir une grande ressemblance avec ceux de la paralysie générale; mais, lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit que cette ressemblance est plus fictive que réelle, et qu'elle tient à la localisation de l'altération sur un centre particulier à la motilité ou aux facultés intellectuelles, et non à la lésion de toute la périphérie de l'encéphale. En somme, il existe entre l'encéphalite syphilitique et l'encéphalite de la paralysie générale la différence que nous avons constatée entre la cirrhose de la syphilis et la cirrhose de l'alcoolisme, l'une étant générale, tandis que l'autre est toujours partielle; aussi peut-on différencier ces affections. Céphalée intense au début, blépharoptose, strabisme, accès apoplectiformes, suivis d'hémiplégie et de troubles divers de la motilité ayant pour caractère spécial de disparaître rapidement ou instantanément, tels sont les principaux symptômes pouvant faire reconnaître les paralysies syphilitiques qui se rapprochent le plus de la paralysie progressive des aliénés. L'évolution des symptômes est, dans l'espèce, de la plus grande importance.

Logées dans le cerveau ou situées à la surface des méninges, les tumeurs tuberculeuses et sarcomateuses de l'encéphale donnent lieu à des troubles qu'il n'est pas toujours facile de séparer de ceux qui appartiennent aux tumeurs syphilitiques; mais, en tenant compte de l'âge des malades, de leurs antécédents morbides, de l'évolution du mal, on parviendra le plus souvent à soupçonner, sinon à diagnostiquer sûrement la nature de chacune de ces altérations. Les tubercules sont, en effet, l'apanage à peu près exclusif du jeune âge, et le cervelet est un de leurs principaux lieux d'élection. Le sarcome, au contraire, est l'effet d'un âge plus avancé. Il se fait remarquer par la lenteur de son développement et par une marche progressivement croissante, tandis que le néoplasme syphilitique s'arrête le plus souvent à un moment donné de son évolution. L'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement ischémique se distinguent par une hémiplégie persistante, tenace, peu susceptible d'amélioration. Le diagnostic de la localisation syphilitique ressort nécessairement de l'étude symptomatique. La différence des symptômes, selon que les hémisphères, le cervelet ou le bulbe sont affectés, n'a ici rien de spécial; mais il importe de savoir que les accès épileptiformes indiquent une lésion des méninges ou de la périphérie de l'encéphale.

Localisée dans l'encéphale, la syphilis doit être regardée comme une maladie grave, non-seulement en raison de l'importance des fonctions lésées, mais encore à cause de la fréquence des récidives. Il arrive trop souvent de voir une amélioration ou même une guérison rapide être suivie d'accidents plus intenses que les premiers et plus difficiles à combattre. Une statistique due au docteur Gjör nous apprend que, sur 30 malades, 5 furent guéris, 12 obtinrent une amélioration, 6 n'éprouvèrent aucun changement, 7 moururent (1). Sur 147 cas réunis par Lagneau fils, on compte une terminaison plus ou moins heureuse 83 fois, une terminaison funeste 57 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes environ des cas. La mort fut 7 fois l'effet d'une maladie incidente.

L'examen des faits, d'accord avec les données de la physiologie, indique que les lésions les plus graves sont celles qui portent sur les parties les plus essentielles à la vie. Les lésions osseuses ou méningiennes, celles qui n'occupent que la périphérie et la convexité de l'encéphale, sont beaucoup moins graves que celles qui atteignent les parties plus profondes et la base. Relativement aux symptômes, on peut dire que la céphalalgie et l'insomnie sont sans gravité. Les vertiges, les accès convulsifs ne permettent pas toujours de préjuger sûrement l'issue de la maladie; mais ils sont moins à redouter que les symptômes paralytiques et les troubles des facultés intellectuelles (idiotie, hébétude, torpeur, somnolence), qui, de tous les désordres syphilitiques de l'encéphale, sont certainement les plus graves. Cependant ces accidents sont d'autant plus sérieux qu'ils sont plus anciens, parce qu'il y a à craindre une destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux. Cette destruction est à peu près certaine quand une contracture permanente vient s'ajouter à la paralysie. Quoi qu'il en soit, les localisations syphilitiques de l'encéphale sont moins redoutables, même en l'absence d'un traitement spécifique, que toutes les affections d'une provenance différente; c'est surtout lorsqu'on sait les reconnaître et les traiter assez tôt que ces manifestations peuvent être avantageusement combattues.

Le traitement de ces affections consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 et 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Souvent on se trouve bien de l'association de ce médicament avec le mercure; le calomel à doses fractionnées nous a paru, dans maintes occasions, produire les meilleurs résultats.

(1) Gjör, *Norsk Magazin*, t. XI, p. 694. — *Schmidt's Jahrb.*, t. CI, p. 704 (*Arch. de méd.*, mai 1859, p. 615).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

ÉLECTROTHERMIE APPLIQUÉE AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES. — M. *Sédillot*, dans une communication relative à la galvanocaustie thermique ou électrothermie appliquée aux opérations chirurgicales, expose les avantages réalisés par le nouvel appareil du docteur E. Bœckel, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de Strasbourg.

Cet appareil, plus léger que celui de Middeldorpf, fournit en même temps le moyen de mieux varier à volonté le degré de chaleur. La pile de MM. Bœckel et Redslob n'est d'ailleurs qu'un perfectionnement de la pile de M. Grenet formée de deux couples (zinc et charbon) plongés dans de l'acide sulfurique étendu, avec additions de cristaux de bichromate de potasse.

M. Bœckel, à l'aide de cet appareil, a fait avec succès sur les animaux toutes les grandes opérations usitées (extirpation de rate, reins, etc.). Aucun animal n'a succombé.

Trente-deux opérations ont été pratiquées sur l'homme.

Un des résultats acquis dès aujourd'hui est l'innocuité des surfaces cautérisées abandonnées dans les cavités closes. Les eschares n'y jouent pas, comme on pourrait le penser de prime abord, le rôle de corps étrangers s'éliminant par ulcération ou suppuration, ou s'isolant dans un kyste. Des adhérences curatives s'organisent, et les parties carbonifiées s'éliminent sous forme de détritus microscopiques.

L'électrothermie est une méthode dont les avantages ne sont plus à démontrer. Les applications en ont été retardées par la complication des appareils, et la chirurgie est intéressée à suivre et à signaler les progrès qui peuvent contribuer à les vulgariser.

Académie de médecine.

SÉANCES DU 5 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département de la Haute-Vienne. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements des Deux-Sèvres et de la Gironde. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Fée* relative à la discussion sur la réorganisation du service de santé dans l'armée. — *b.* Une note de mademoiselle *Angèle Comte*, sage-femme, sur un cas de grossesse extra-utérine. — *c.* Un travail de M. *Garrigou* sur les eaux minérales d'Aulus (Ariége).

M. *Larrey* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur *Tholozan* : 1° Une brochure intitulée : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES POINTS D'ORIGINE DES GRANDES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES. — 2° Une note sur le développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie.

M. *Fauvel* offre en hommage à l'Académie deux brochures relatives à l'étiologie du choléra par le docteur *Seux* (de Marseille).

M. *Briquet* présente, au nom de M. le docteur *Dagonet*, une étude sur l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale.

Séance des plus orageuses, où M. le président et sa sonnette ont eu fort à faire : c'était une véritable pluie d'interruptions, d'interpellations, de propositions et d'amendements.

Après les préliminaires d'usage et le dépouillement de la correspondance, M. Depaul annonce que la discussion générale étant close, l'ordre du jour appelle la discussion de chacun des articles du rapport.

Le premier article est ainsi conçu :

« Le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires doit être rejeté comme préjudiciable aux intérêts de l'armée. »

Cette première conclusion passe sans difficulté; tout le monde, même les plus pharmaciens des académiciens, est d'accord pour reconnaître que ce système aurait, à tous les points de vue, les résultats les plus déplorables.

Deuxième article : « L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent et pris dans son sein. »

Ici commencent les divergences, les amendements et les accidents.

M. *Legouest* propose de modifier la fin de la conclusion comme il suit :

« Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef pris dans son sein et appartenant au corps médical. »

M. *Poggiale*, de son côté, propose l'amendement suivant : « Il est nécessaire, dans l'intérêt du service, que les deux sections du corps de santé militaire continuent à être indépendants l'un de l'autre. »

Ces deux propositions, comme on le voit, ne se ressemblaient guère.

M. *Wurtz*, qui jusqu'à présent n'avait pas pris part à la discussion, déclare que si l'amendement Legouest est adopté, l'amendement Poggiale n'a plus raison d'être.

M. *Hérard* accepterait volontiers l'amendement Legouest, qui permettrait de supprimer l'article 3 et surtout le mot subordination, la tête de Méduse des pharmaciens.

M. *Chauffard* ne voit rien d'effrayant dans ce mot; c'est un terme consacré dans l'armée, une expression qui n'a absolument rien d'humiliant et qu'il faut prendre dans un sens plus élevé.

M. *Legouest* répond militairement : On nous a posé trois questions, nous devons faire trois réponses et dans les mêmes termes. Quant au mot subordination, il serait plus à propos d'en parler à l'occasion de la troisième conclusion et non ici, où il n'en est pas question.

M. *Béhier* déclare qu'il suffit de reconnaître le fait sans affecter de prononcer le mot qui a éveillé la susceptibilité un peu trop chatouilleuse de MM. les pharmaciens.

M. *Fauvel*, qui a toujours en réserve des propositions destinées à faire le jeu de tout le monde, essaye de faire passer l'amendement suivant :

« Il est nécessaire que le service soit placé sous la direction d'un médecin et ait toutes les attributions qui relèvent de sa compétence. »

L'amendement a du bon, mais le mot compétence est par trop élastique ; car, comme le fait remarquer M. Larrey, ce serait une porte ouverte à l'intendance qui, sous prétexte de compétence ou d'incompétence, trouverait moyen de s'immiscer dans les affaires du service médical.

M. *Giraldès* appuie la proposition de M. Fauvel, au moins en ce qui concerne les attributions à donner au service médical.

M. *le président*, pour mettre fin à ces conversations particulières qui menacent d'éterniser la discussion, met aux voix l'amendement de M. Poggiale, qui est rejeté, pour les amendements de MM. Legouest et Fauvel. Après une discussion des plus vives entre le président et quelques membres qui veulent absolument donner la priorité à l'amendement de M. Fauvel, complétant l'amendement Legouest, celui-ci doit naturellement passer le premier. On se décide donc à le voter, puis on met aux voix celui de M. Fauvel, amendé lui-même par M. Larrey et finalement l'Académie a adopté l'article 2 ainsi modifié : « L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef pris dans son sein, appartenant à la profession médicale et ayant dans ses attributions tout ce qui concerne le service de santé. »

« Passons à la troisième conclusion », ajoute M. le président; et le plus profond silence s'établit immédiatement. Voici les termes de ce troisième article :

« L'autonomie du service de santé entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée. »

Laissera-t-on passer le mot subordination? *That is the question*. Question de vie ou de mort, disent les pharmaciens. Aussi, à peine le président a-t-il fini que la tempête éclate.

M. *Chatin* s'écrie que cet article est complétement inutile.

M. *Wurtz* se lève et déclare que cette conclusion est implicitement comprise dans la précédente; donc elle est inutile; quant au mot subordination, il le repousse et il votera énergiquement contre.

— M. *Chauffard* trouve messieurs les pharmaciens bien prudes; ils admettent la chose et se choquent du mot; pour lui, il votera énergiquement pour.

M. *Larrey*, lui, trouve les pharmaciens trop susceptibles. Le mot subordination n'a rien d'effrayant, rien d'humiliant; c'est tout simplement un terme consacré, il ne faut pas y attacher plus d'importance; s'ils y tiennent, on mettra subordination militaire et non scientifique, mais il faut absolument que le mot y soit.

C'est aussi l'opinion de M. Legouest, qui explique la différence qui existe entre subordination suivant le grade, et la subordination suivant les fonctions.

Ces explications ne convertissent personne, pas même MM. Béhier et Giraldès; pour eux, c'est au ministre et non à l'Académie de régler ces questions de subordination.

M. *Fauvel* pousse à la roue en faveur de la pharmacie en lisant la définition de la subordination dans la lettre du ministre de la guerre. Cette subordination ne ressemble guère à la confraternelle subordination de MM. Legouest, Chauffard et Larrey.

Les pharmaciens, dit à son tour M. *Verneuil*, font bien les difficiles, eux qui acceptaient parfaitement autrefois la subordination des pharmaciens en second aux pharmaciens en chef. Il votera carrément pour la subordination. M. Larrey votera aussi énergiquement dans le même sens. (J'ai rarement vu une Académie aussi énergique).

M. *Wurtz* se lève encore pour déclarer que les trois conclusions ne répondent nullement aux trois questions du ministre, et M. Legouest le prie de relire la discussion.

MM. *Delpech* et *Béhier* proposent, comme amendement, de supprimer ce troisième article, à quoi le président répond que supprimer n'est pas amender, ou que du moins l'amendement est par trop radical.

M. *Gaultier de Claubry* propose aussi un amendement : « les médecins, chirurgiens et pharmaciens sont pourvus de titres équivalents et ont droit aux mêmes prérogatives; la subordination dans le service consiste dans l'application des principes et des dispositions des lois du 11 floréal an X et 21 germinal au XI ». Floréal an X, germinal an XI, tout cela est de l'hébreu pour l'Académie comme pour les pharmaciens, qui ne daignent pas appuyer l'amendement.

Enfin M. *Devergie* essaye de faire adopter les modifications suivantes : « l'autonomie du service de santé militaire entraîne comme conséquence la subordination de la pharmacie et des autres branches du service de santé à la médecine dans l'armée. »

Après tous ces amendements qui sont plus ou moins écoutés, les pharmaciens demandent le vote avec une persistance significative. En vain, M. Chauffard essaye-t-il de placer quelques observations; le chœur des pharmaciens demande le vote. M. Chauffard insiste avec des gestes désespérés. « Aux voix ! aux voix » ! répondent les pharmaciens, absolument comme la droite, à Versailles.

On vote donc et le troisième article du rapport est repoussé : dix-neuf voix pour et une trentaine contre. On ne s'attendait guère à cette conclusion, au moins chez les médecins; quant aux pharmaciens, la façon dont ils avaient réclamé le vote indiquait assez qu'ils savaient à quoi s'en tenir. Aussi le vote terminé, ce ne sont que félicitations, poignées de mains, congratulations entre les pharmaciens et les médecins qui leur ont donné un coup de main.

Donc la querelle est terminée et à l'avantage de la pharmacie. C'est bien; mais si, comme le prétendaient quelques académiciens, dans le courant de la discussion, M. le ministre de la guerre ne consultait l'Académie que sur les rapports à établir entre la pharmacie et la médecine dans le système de l'autonomie, l'Académie a répondu à tout, excepté à ce qu'on lui demandait.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE LARYNGOTOMIE. — SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

M. *de Saint-Germain*, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, présente à la Société de chirurgie un nouveau procédé de laryngotomie.

Ce procédé consiste à pénétrer dans la membrane crico-thyroïdienne à travers les parties molles qui la recouvrent, y compris la peau, à l'aide d'un petit cautère actuel olivaire; à divulser ensuite l'orifice ainsi produit à l'aide du dilatateur de Laborde, et enfin à y introduire une canule ordinaire.

Ce procédé a été expérimenté par M. de Saint-Germain sur le cadavre d'abord, sur des chiens ensuite. Les animaux qui ont été l'objet de ces expériences ont été sacrifiés au bout de douze jours. Sur deux d'entre eux des eschares légères ont été trouvées sur les parois latérales internes du larynx, à une certaine distance cependant des cordes vocales inférieures. Sur un troisième chien, il était facile de constater sur la paroi postérieure du cartilage cricoïde, au point qui correspondait à celui de l'ignipuncture, une légère ulcération de la muqueuse, qui avait évidemment été produite par le contact du cautère non encore éteint.

Ces altérations, dont la nature eût pu produire des accidents chez les chiens opérés si on les eût laissé vivre plus longtemps, conduisent M. de Saint-Germain à conclure qu'il est nécessaire de se livrer à de nouvelles expérimentations sur les animaux vivants avant d'opérer sur l'enfant ou sur l'adulte, et de régler la cautérisation de façon à ne léser absolument que la membrane crico-thyroïdienne. Quant à la divulsion, elle ne paraît avoir déterminé aucun accident sur les animaux qui ont été opérés par M. de Saint-Germain.

M. *Desprès* fait remarquer que dans les cas de corps étrangers de la trachée il n'y a qu'une seule chose à faire : ouvrir la trachée et non le larynx. Dans le croup, quand les fausses membranes occupent le larynx et les bronches, il est préférable d'ouvrir la trachée. Pour l'œdème de la glotte, les polypes du larynx, l'incision de la membrane crico-thyroïdienne a déjà été pratiquée; il n'y a donc de nouveau dans le procédé de M. de Saint-Germain que l'emploi du cautère actuel. La trachéotomie ne présente pas les dangers que l'on suppose inhérents à cette opération.

M. *Dubreuil* pense que dans le procédé de M. de Saint-Germain les cordes vocales inférieures seront touchées par le cautère.

M. *Marjolin* affirme que la trachéotomie est parfois très-difficile à cause des anomalies artérielles, du développement considérable des veines du cou ou du volume du corps thyroïde. Avec son procédé, M. de Saint-Germain n'évitera pas les accidents inhérents à l'opération, les fausses routes, etc.

M. *Verneuil*. M. de Saint-Germain essaye de réhabiliter la laryngotomie crico-thyroïdienne; il est difficile de trouver entre les deux cartilages un espace suffisant pour placer la canule. La divulsion ne sera pas exempte de dangers et l'avenir du larynx sera compromis; en effet, on opère juste au-dessous des cordes vocales inférieures, qui seront souvent lésées.

M. de Saint-Germain évite l'écoulement du sang; il mettrait ainsi ses opérés à l'abri de l'hémorrhagie et plus tard de l'anémie. D'un autre côté, deux cuillerées de sang dans la trachée peuvent amener des accidents, et la muqueuse trachéale est très-vasculaire. La trachéotomie n'est pas une opération facile; on connaît des exemples d'opérés morts sous le couteau avant l'ouverture de la trachée. Pour prévenir l'hémorrhagie, M. Verneuil a employé le galvano-cautère, et il en a obtenu de bons résultats.

M. *Paulet* reconnaît qu'on peut placer une canule dans la membrane crico-thyroïdienne chez les adultes; mais chez les enfants l'espace compris entre les deux cartilages n'est pas assez grand.

M. *Trélat*. MM. Verneuil et Le Fort sont pour la trachéotomie avec le couteau galvanique; ce couteau n'a pas grande valeur comme hémostatique. L'anse est plus incommode, plus longue à employer, mais d'un emploi sûr; on obtient une section qui se fait aux trois quarts par pression et l'autre quart par ustion, et sans perte de sang.

— M. *Trélat* rapporte un nouveau fait de polype naso-pharyngien. Il y a quelques jours, on lui amena un garçon de seize ans portant une tumeur naso-pharyngienne depuis trois ans et demi. Jamais d'hémorrhagies. Derrière le voile du palais existe une tumeur longue, ayant 2 centimètres 1/2 de largeur et pouvant être suivie en haut jusque vers l'apophyse basilaire. Dans les narines, on voit des tumeurs rou-

geâtres qu'on repousse facilement en arrière. La tumeur pharyngienne n'est pas saignante; elle a environ 6 centimètres de hauteur. Est-ce un polype fibreux naso-pharyngien? Le malade a une bonne santé et n'a jamais eu d'hémorrhagies. M. Trélat divise le voile du palais sur la ligne médiane avec des ciseaux et un bistouri; une anse galvano-caustique est facilement glissée derrière la tumeur; en une minute la section est faite sans perte de sang. Extraction des polypes du nez par les fosses nasales; ils étaient muqueux. La tumeur pharyngienne a été examinée par M. Cornil : c'était un polype muqueux enflammé. On s'explique ainsi la grande facilité de certaines opérations sur les polypes naso-pharyngiens, et parfois l'absence de récidive.

M. *Panas* a disséqué longuement la région naso-pharyngienne. La muqueuse des fosses nasales, un peu avant d'arriver aux orifices postérieurs, se transforme, devient presque fibreuse : c'est une fibro-muqueuse. Deux fois M. Panas a enlevé des polypes qui avaient leur point d'insertion dans cette région; l'un d'eux, qui s'insérait près de la trompe d'Eustache, avait l'aspect d'un polype fibreux et n'avait jamais donné lieu aux hémorrhagies. Une autre fois, le polype naissait de la partie postérieure du vomer, remplissait le pharynx; il avait un prolongement nasal d'aspect muqueux, le reste paraissait fibreux. Ce sont des polypes mixtes, et leur structure dérive de la disposition anatomique signalée.

Dans les deux cas, M. Panas a dû fendre le voile du palais; dans la seconde observation, il s'agissait d'un homme de soixante ans qui faisait remonter à six ans le début du mal. Pas d'hémorrhagies. M. Panas laissa à la partie inférieure du voile du palais un petit pont, la section ne comprenant que les neuf dixièmes supérieurs de la membrane. L'extirpation du polype eut lieu facilement à travers cette boutonnière, et la staphylorrhaphie ultérieure ne fut pas nécessaire; M. Nélaton avait, en effet, remarqué que dans les staphylorrhaphies, lorsque la suture réussit à la partie inférieure, il suffit de quelques cautérisations pour obtenir la réunion dans les parties plus élevées. L'opéré de M. Panas vécut encore six ans, et la tumeur ne récidiva point.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE FACIALE DE NATURE RHUMATISMALE PAR L'ÉLECTRICITÉ; EMPLOI DE LA FARADISATION DANS LA PREMIÈRE PÉRIODE, DE LA GALVANISATION DANS LA DEUXIÈME ET LA TROISIÈME PÉRIODE : M. CONSTANTIN PAUL. — TRAITEMENT DE LA MIGRAINE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE MORPHINE : M. GUIRAUD (DE MONTAUBAN). — DE L'ACTION DE LA MORPHINE DANS LA COLIQUE HÉPATIQUE : MM. BOURDON, DUJARDIN-BEAUMETZ, BLONDEAU, DELIOUX DE SAVIGNAC, CONSTANTIN PAUL.

M. *Constantin Paul* continue la lecture qu'il a commencée dans la dernière séance sur l'emploi de l'électricité dans la paralysie faciale. Il s'élève contre la tendance qu'ont les médecins spécialistes à se partager relativement au traitement de cette maladie en deux camps : ceux qui n'emploient que la faradisation; ceux qui emploient exclusivement la galvanisation. Chacune de ces deux méthodes a ses indications particulières, qui varient avec les périodes ou les formes de la maladie.

Dans la période du début, la faradisation, aussi bien que la galvanisation, provoque des contractions musculaires au moment de l'ouverture et de la fermeture du circuit. Néanmoins la faradisation lui semble, à cette époque, la meilleure méthode; il conseille d'employer le courant de la deuxième hélice, qui est moins douloureux que celui de la première hélice ou extra-courant.

Dans la deuxième période, c'est-à-dire au bout de huit à dix jours, apparaissent les phénomènes sur lesquels M. Constantin Paul insistait dans la dernière séance : la faradisation cesse de provoquer des contractions; la galvanisation a conservé son pouvoir, celui-ci est même plus énergique du côté paralysé que du côté sain. — Le passage du courant continu ne donne pas de contractions. — M. Paul emploie la galvanisation.

On peut alors avoir recours à des courants continus ou à des courants interrompus.

Remak conseille, lorsqu'on veut appliquer les courants continus des éléments nombreux réunis par leurs pôles opposés, avec un pouvoir chimique faible. M. Paul préfère de grands éléments, comme ceux de Daniell, par exemple; mais croyant, avec raison, qu'il importe de faire de l'électricité un agent aussi facile à manier par tous les médecins que le fer et le quinquina, il emploie la pile de Calot, qui, d'un prix modique, peut être achetée par le malade, déposée chez lui et employée par son entourage même.

Le point capital dans l'emploi de ces appareils est l'application des pôles, et surtout du pôle négatif.

Le pôle négatif est plus douloureux que l'autre; il provoque de la rougeur, de la chair de poule, quelquefois de l'urticaire et même des phlyctènes. On prévient du reste facilement ces inconvénients en évitant de mettre la peau directement en contact avec les métaux. Le point important est que le pôle négatif accroît l'excitabilité musculaire, tandis que celle-ci diminue au pôle positif. Il faut donc appliquer le pôle négatif sur le muscle à galvaniser, au niveau du nerf moteur; le pôle positif doit être placé le plus loin possible du négatif, sur le trajet du nerf.

Le nombre des éléments à employer varie avec la sensibilité du malade; d'une façon générale, on doit employer plus d'éléments au début de la séance qu'à la fin.

Peut-être serait-il bon de changer le sens du courant. On sait, en effet, que les fils télégraphiques se cassent s'ils ne reçoivent des dépêches que dans un seul sens; M. Paul pense que l'uniformité dans la direction du courant a sur les nerfs une action comparable.

On laisse passer le courant constant pendant deux à cinq minutes, on interrompt, puis on change de point. La séance peut durer ainsi de dix à quinze minutes.

On voit ainsi revenir d'abord la tonicité musculaire, puis les mouvements volontaires, enfin le pouvoir faradique.

Telle est la façon d'employer la galvanisation continue. Si l'on veut employer la galvanisation interrompue, c'est alors plutôt à titre de tonique que d'excitant. L'action ne doit pas être prolongée.

Lorsqu'à la fin de cette seconde période on voit revenir le pouvoir faradique, on a proposé d'employer alors simultanément la galvanisation et la faradisation. On place les deux pôles d'un courant faradique entre les deux pôles appliqués, comme cela a été dit plus haut, d'un courant galvanique constant. La faradisation agit ainsi pendant l'état électro-tonique produit par la galvanisation. Ce mode combiné a été employé en Allemagne.

La troisième période de la paralysie faciale déjà alors très-ancienne est caractérisée par la perte totale de la tonicité musculaire, la rétraction du côté sain, la perte absolue de la contractilité volontaire et l'atrophie des muscles, soulevés comme un voile par la respiration. A cette période, les courants galvaniques aussi bien que les courants faradiques ont perdu leur action.

Dans le traitement de cette période, M. Paul s'est cependant trouvé encouragé par plusieurs données de physiologie expérimentale : considérant que les muscles de la face survivent à la section du facial (Longet); qu'après la section des nerfs les faisceaux musculaires sont encore contractiles sous l'influence du galvanisme (Schiff); enfin que les nerfs se régénèrent après leur écrasement (Vulpian); M. Paul a voulu demander au galvanisme, à cette période, un certain degré de tonicité, de contracture momentanée qui puisse éviter la déviation et faciliter l'articulation des mots. Dans un cas ancien, il a ainsi employé avec succès les courants continus de Remak

dont l'effet est, on le sait, d'amener l'hypérémie des muscles.

Il a pu ainsi, par parenthèse, contrairement à l'assertion de Benedick, qui croit que la contracture ne succède jamais qu'à la faradisation, vérifier que cette contracture (ici thérapeutique) peut succéder à la galvanisation elle-même lorsqu'elle est poussée loin.

M. *Guiraud* (de Montauban) communique à la Société, par l'organe de M. Bourdon, l'observation d'une migraine héréditaire ancienne, se manifestant chez une dame par des accès fréquents qui sont guéris depuis plusieurs années par une injection sous-cutanée de morphine. Au refroidissement de la face et du cou qui caractérise l'accès, succède après l'injection une élévation correspondante de température qui est sensible à la main. L'auteur donne ce fait comme un bel exemple de l'action de la morphine sur les vaso-moteurs et sur la calorification.

M. *Bourdon* rapproche ce succès de la morphine dans la migraine du succès remarquable qu'il a toujours obtenu avec cet alcaloïde dans le traitement de la colique hépatique. Il se demande jusqu'à quel point l'action de la morphine sur les vaso-moteurs n'a pas son analogue dans son action sur les canaux biliaires, d'où résulterait le passage plus facile du calcul, car il a toujours remarqué qu'une seule injection suffisait dans la colique hépatique et qu'il ne semblait pas seulement que la douleur fut calmée, mais qu'en outre le passage du calcul fut facilité. M. Bourdon croit donc que la morphine n'a pas l'inconvénient d'engourdir les conduits, ainsi que le pense Sénac.

M. *Dujardin-Beaumetz* regarde l'action mécanique de la morphine sur les conduits biliaires comme hypothétique, qu'on la considère comme s'exerçant dans un sens favorable ou dans un sens contraire.

Une discussion s'engage entre MM. *Beaumetz*, *Blondeau*, *Bourdon*, *Delioux de Savignac* et *Constantin Paul* sur le rôle de l'élément spasmodique dans la colique hépatique et sur l'action directe de la morphine sur cet élément seul ou au contraire sur les canaux biliaires eux-mêmes.

En présence d'un grand nombre d'opinions diverses soulevées dans cette discussion et de la différence des points de vue où se sont placés les différents orateurs, la Société met pour la prochaine séance la question du traitement de la colique hépatique à l'ordre du jour. Nous ne manquerons pas de tenir nos lecteurs au courant de ce débat.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des fièvres intermittentes par l'Eucalyptus globulus, par le docteur A. Castan.

Déjà dans le Montpellier médical de 1872, M. Castan avait publié sur le même sujet une série d'expériences cliniques que nous avons résumées (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 411). Inutile de revenir sur les considérations que nous avons alors présentées. Cette fois encore l'auteur a opéré sur des fièvres automnales, plus rebelles que celles de printemps. La teinture d'eucalyptus n'ayant eu que peu de succès, il s'est rejeté sur l'extrait. 44 malades ont été ainsi traités : 33 ont guéri. L'année dernière, où l'on avait employé la feuille ou la poudre, on n'avait obtenu que 15 guérisons sur 27 cas. Les doses d'extrait administrées ont varié entre 0gr,40 et 3 grammes.

L'auteur ne relate que trois observations à titre d'exemple. Nous leur reprocherions volontiers cette circonstance que le remède a été administré trop peu de temps après l'entrée du malade à l'hôpital, et cette autre aussi que l'association de l'émétique à la quinine a été trop immédiate. Ainsi le malade est à peine arrivé, et l'accès de fièvre constaté, qu'on donne l'Eucalyptus; mieux eût valu savoir d'abord si la fièvre se continuerait dans le nouveau milieu. Tout le monde connaît à cet égard les expériences de Chomel. De même l'eucalyptus est donné *le même jour* que l'émétique ou le lendemain. Or, il est des fièvres qui cèdent après un vomitif. Nous sommes loin pourtant de considérer ces remarques comme de nature à infirmer les recherches de M. Castan ; ce n'est que l'expression d'un désidératum. (*Montpellier médical*, juin 1873.)

Observation d'asphyxie locale des extrémités survenue après un accès de fièvre intermittente, par le docteur Mourson.

Observation d'un marin, qui ayant contracté la fièvre intermittente au Sénégal fut repris de nouveaux accès après son retour en France. — Le 1er février 1873, accès de fièvre vers six heures et demie du matin. Après l'attaque — c'est-à-dire vers neuf heures — se déclare l'asphyxie locale des extrémités (doigts et orteils), caractérisée par les signes suivants : pâleur très-accusée avec sensation de froid glacial au toucher de l'extrémité de chaque doigt et de chaque orteil jusqu'au niveau de la partie médiane de la deuxième phalange. Le malade n'éprouve en ces points aucune sensation douloureuse, seulement diminution de la sensibilité tactile. Comme le dit M. Mourson, il s'agit plutôt d'une syncope locale que d'une asphyxie. Ces phénomènes reviennent les jours suivants et se substituent à l'accès. Ils se produisent très-facilement sous l'influence d'une basse température, et cessent environ treize jours après leur début. Le malade est alors envoyé en convalescence.

M. le docteur Mourson se demande si cette syncope ou asphyxie locale ne serait pas la conséquence de dépôts mélaniques dans la paroi des vaisseaux de la moelle épinière, produisant la contraction spasmodique et intermittente des capillaires des extrémités, et il rapproche de ce trouble singulier divers autres phénomènes que l'on est en droit de rapporter à la pigmentation des organes, à savoir : la teinte foncée de la peau du malade et les troubles cérébraux assez graves qu'il a présentés au début même de cette dernière attaque de fièvre intermittente. Le foie et la rate étaient hypertrophiés. (*Archives de médecine navale*, n° 5, 1873.)

Travaux à consulter.

Sur l'occlusion de la trompe d'Eustache, par le docteur Rudinger. — L'auteur se base sur des expériences personnelles pour conclure que la trompe d'Eustache est habituellement close. Lorsqu'elle est accidentellement ouverte par suite d'une contraction ou d'une crampe du muscle dilatateur de la trompe, la voix prend pour celui qui émet les sons un timbre particulier qui cesse dès que l'occlusion se rétablit. (*Monatschrift der Ohrenheilkunde*, n° 3, 1873.)

Innervation de la glande lacrymale, par le docteur Demtschenko. — L'auteur, expérimentant sur des chiens et des lapins, et électrisant les divers nerfs qui se rendent à la glande lacrymale, a observé que le nerf temporo-malaire n'a pas d'action sur la glande, que l'excitation électrique du sympathique augmente la sécrétion de la glande lacrymale et des glandes de la conjonctive; que l'excitation de la plupart des nerfs crâniens produit le larmoiement; que la section du sympathique n'abolit pas cet effet, tandis qu'il cesse avec la section du nerf lacrymal. (*Pflüger's Archiv*, septembre 1872.)

Tumeur cancéreuse du médiastin, par le docteur Ransom. — Observation intéressante au point de vue clinique. L'autopsie a été faite. (*The British medical Journal*, 22 février 1873.)

Sur la paralysie du muscle dilatateur de la glotte, par le docteur Franz Riegel. — Il s'agit d'un fait d'atrophie du muscle crico-aryténoïdien postérieur du côté droit observé symptomatologiquement et par l'étude anatomo-pathologique. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 7, 1873.)

Sur la suppuration de la cornée, par le docteur J. M. Parser. — Ce travail résume tous les travaux sur le sujet, dont la critique est basée sur des observations personnelles à l'auteur. Il renferme des indications bibliographiques très-complètes qui éviteront des recherches souvent pénibles. (*Dublin Journal of medical Science*, novembre 1872, traduit dans *Bordeaux médical*, nos 13 et 14, 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Les aliénés aux États-Unis : législation et assistance, par Ach. Foville fils. — Broch. in-8°.

Nous sommes peu enclins en ce moment à aborder des questions de législation et d'assistance concernant l'aliénation mentale, parce que ces questions sont pendantes devant l'Assemblée nationale ; que déjà nous les avons exposées à l'époque même où elles y ont été introduites; que bientôt enfin elles vont venir à discussion, et que nous aurons alors à nous en occuper tout particulièrement. Mais il est impossible de ne pas signaler un travail qui deviendra certainement un des documents les plus consultés par nos législateurs, un de ceux qui faciliteront le plus leur tâche et les mettront le mieux en état de se prononcer sur un sujet que le préjugé public a fort grossi dans ces derniers temps, mais qui ne laisse pas que d'être encore assez important et assez délicat. La brochure de M. A. Foville fait connaître en effet : 1° les règles d'après lesquelles les asiles d'aliénés doivent être construits, suivant l'Association des médecins des établissements américains pour les aliénés (vote émis en 1851); 2° les règles d'après lesquelles, d'après la même Association, les asiles d'aliénés doivent être organisés; 3° le projet de loi pour régler la condition légale des aliénés recommandé par l'Association américaine des médecins des établissements d'aliénés ; 4° le projet de loi sur les aliénés proposé par l'Association des médecins d'asile en Amérique, dans sa session de 1868 tenue à Boston, projet spécialement destiné à servir de guide aux chambres égislatives des Etats de l'Union ; 5° enfin, et cette partie forme les deux tiers du livre, un exposé critique de toutes les dispositions législatives, relatives aux aliénés, qui sont en vigueur dans les différents États. Cet exposé, M. Foville se plaindrait si nous ne disions pas comment il s'est trouvé en état de le présenter. Un savant aliéniste américain, le docteur Ray, qui a fourni le texte presque entier du projet de loi dont il vient d'être parlé, a publié dans les leçons de Blandford sur la folie (édition de Philadelphie) un résumé de la législation des États en ce qui concerne les aliénés. De plus, dans la session tenue à Boston, les médecins aliénistes des divers États ont exposé et discuté les lois et les pratiques locales : en sorte que M. Foville a pu connaître tout à la fois et les faits et la manière dont ces faits sont jugés en Amérique. En appliquant à cette double donnée le contrôle de son esprit judicieux et clairvoyant, et en rapprochant des systèmes américains le système français, on concevra sans peine qu'il ait pu composer un ensemble des mieux nourris et des plus instructifs.

Comme nous l'avons dit, nous ne voulons pas entrer aujourd'hui dans le cœur du sujet, et nous nous contenterons d'extraire de la brochure les quelques pages qui la terminent, et qui donnent comme la *leçon* des faits qui viennent d'être racontés.

« En premier lieu, nous devons remarquer que, dans l'Union Américaine, chaque État est absolument indépendant en ce qui concerne les mesures à prendre à l'égard des aliénés ; aussi les législations qui leur sont appliquées sont-elles la collection la plus complète de lois différentes, sur un même sujet, que l'on puisse se procurer.

Mais à côté de cette diversité de mesures officielles, les nécessités mêmes du service des aliénés, et l'identité des indications que présente le traitement de la folie, quelles que soient les lois auxquelles sont soumis les malades qui en sont atteints, a fait sentir aux médecins américains la nécessité de l'unité et de la centralisation.

Par leur propre initiative, ils ont pu organiser spontanément cette centralisation, en dehors de tout concours officiel, en fondant l'Association des médecins des établissements américains pour les aliénés ; cette Association, qui existe aujourd'hui depuis près de trente ans, et qui se réunit en sessions annuelles dans les principales villes des États-Unis, a acquis une autorité prépondérante et généralement reconnue pour tout ce qui concerne l'assistance des aliénés ; elle a d'abord publié, sur la construction et l'organisation des asiles, des instructions qui, sans avoir aucun caractère officiel, ont, pour ainsi dire, été unanimement adoptées dans tous les États ; puis, voulant étendre l'harmonie jusque sur le terrain strictement légal, elle a voté, après de longues discussions, un projet de loi sur les aliénés, destiné à servir de guide et de modèle aux chambres législatives des différents États de l'Union, dans la confection des lois sur ce sujet.

Ceci nous indique déjà que, dans une question technique aussi limitée et présentant des conditions aussi spéciales que le traitement des aliénés, la centralisation est une nécessité à laquelle il est difficile de se soustraire ; aussi, loin de croire désirable que, chez nous, les mesures de décentralisation administrative soient étendues au service des aliénés, nous considérons comme essentiel, au contraire, que la centralisation soit maintenue et, s'il est possible, renforcée par la concentration, dans les mains du ministre de l'intérieur, de tout ce qui concerne le personnel médical et administratif des asiles français.

Si maintenant nous entrons dans le détail des mesures légales à prendre à l'égard des aliénés, nous voyons, qu'en Amérique comme en France, le point le plus discuté de toute cette législation spéciale est celui du meilleur mode à adopter pour l'admission des malades dans les asiles ; c'est sur lui que se concentrent toutes les méfiances des journaux, toutes les réclamations du public, et aussi, il faut bien le dire, toutes les hésitations et les divergences d'opinion des médecins.

Ces derniers, cependant, sont au moins d'accord sur un point : c'est pour condamner, d'une manière formelle, absolue, le système qui consiste à faire comparaître les aliénés en jugement, devant un jury, et à n'autoriser leur entrée dans un asile spécial que lorsque le jury a prononcé, contre eux, un verdict de folie. Ce système, que l'on a parlé d'introduire chez nous comme un progrès social, soulève à première vue les objections théoriques les plus sérieuses ; mais nous savons de plus, d'après la pratique de l'Illinois, où il fonctionne depuis quelques années, que, dans l'application, il donne les résultats les plus regrettables ; il est également compromettant pour le rétablissement des malades et pour la dignité des familles ; il est une cause de scandales publics ; appliqué rétroactivement aux quatre cents malades séquestrés dans l'asile de cet État, il n'a pas fait découvrir un seul placement abusif, il n'a pas provoqué la sortie d'une seule victime de l'arbitraire et de la cupidité. On peut résumer son action en disant qu'elle est à la fois impuissante pour le bien et féconde pour le mal, et l'un de ses effets les mieux constatés est d'effrayer tellement les familles que, plutôt que de s'y soumettre, elles préfèrent éloigner leurs malades et les faire soigner dans un État étranger, où elles ne sont pas en butte à des exigences aussi inutiles que vexatoires.

D'accord pour rejeter à l'unanimité l'intervention des jurys, les médecins américains se sont montrés partagés d'opinion quand il s'est agi de formuler le meilleur mode de placement dans les asiles ; les uns voulaient que l'on se contentât de la famille appuyée sur un ou plusieurs certificats de médecins respectables ; les autres croyaient indispensable d'exiger, en outre, l'intervention d'un dépositaire quelconque de l'autorité publique, chargé d'assumer la responsabilité de la mesure qui prive un citoyen de sa liberté. Ces derniers avaient surtout en vue, non pas de protéger la société contre le danger des séquestrations arbitraires et abusives, qui, ils le savent bien, ne sont guère à craindre, mais bien plutôt de protéger les médecins contre des imputations calomnieuses, et de conserver à leur rôle le caractère d'expertise scientifique. Ce qui donne une valeur plus grande à ces deux méthodes, et rend le choix plus difficile entre elles, c'est que l'une et l'autre s'appuient sur une expérience pratique couronnée de succès, et que les défenseurs de chacune d'elles peuvent dire, en sa faveur, que là où elle fonctionne, elle fournit les meilleurs résultats. Aussi, sauf de rares exceptions, chaque orateur s'est-il montré, dans la discussion, surtout partisan de ce qui se fait dans son propre pays. L'entente a pourtant fini par s'établir, à l'aide d'une formule conciliante et élastique, exigeant, d'une part, que la demande de placement soit appuyée du certificat d'un ou de plusieurs médecins honorablement connus, d'autre part, que ce certificat soit vu et contresigné (*duly aknowledged*) par quelque magistrat ou officier judiciaire, chargé de légaliser la signature et de certifier l'honorabilité du signataire. Afin de bien comprendre cette dernière disposition, il est essentiel de se rappeler qu'aux États-Unis la pratique de la médecine est entièrement libre, que le premier venu peut s'affubler du titre de médecin, sans aucun contrôle, et qu'une des difficultés, dont les chefs des asiles se plaignent le plus, est celle de savoir quelle valeur ils doivent attribuer à la signature d'hommes qui se disent médecins et qu'ils ne peuvent pas connaître tous. Rien de semblable n'existe en France, où personne n'a le droit d'exercer la médecine sans être muni d'un diplôme donnant un titre officiel à celui qui l'a obtenu et garantissant sa capacité.

Si de l'Amérique nous nous reportons vers ce qui se passe actuellement en France, nous pourrons également constater, parmi les médecins aliénistes, deux courants d'opinion ; les uns maintiennent la nécessité de laisser toutes les facilités actuelles aux placements voluntaires dans les asiles, c'est-à-dire de se contenter de la demande des parents ou amis, et de la production d'un certificat médical ; les autres pensent qu'il serait

avantageux de décharger les médecins d'une partie de la responsabilité qui pèse aujourd'hui sur eux seuls, et demandent quelque innovation dans ce sens. On nous permettra de rappeler que nous avons nous-même proposé, il y a quelques années (voy. *Les Aliénés, étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables*; Paris, 1870), de laisser subsister intactes les formalités actuelles du placement, mais d'y ajouter le contrôle d'un magistrat qui prendrait connaissance des faits et des pièces à l'appui, soit immédiatement avant l'entrée du malade à l'asile, dans les cas ordinaires, soit, dans les cas d'urgence, immédiatement après cette entrée, et qui, sans rien décider par lui-même, ni avoir à trancher une question de pathologie relevant des médecins seuls, régulariserait seulement la mesure prise en déclarant qu'elle lui paraît opportune, et quo, vérifications faites, il n'y a pas lieu de s'y opposer.

Il y a, entre cette proposition et la formule adoptée par les médecins américains, une analogie très-grande et que nous pouvons signaler d'autant plus librement que, lorsque nous avons traité cette question pour notre compte, nous n'avions aucune connaissance du projet de loi voté par l'Association des médecins aliénistes américains. D'après le projet élaboré par la Société de législation comparée et soumis à l'Assemblée nationale, ce serait immédiatement après l'entrée du malade que devrait s'exercer le contrôle officiel, et il devrait être confié à une Commission permanente composée de magistrats, de médecins et d'autres hommes offrant toutes les garanties possibles d'honorabilité et d'impartialité. Ces formalités nous paraissent bien compliquées et nous les croyons d'une réalisation à peu près impossible, au moins en dehors de Paris; mais ce projet indique, du moins, combien a gagné de chemin l'idée de faire intervenir, auprès du malade que l'on est obligé de séquestrer, les représentants du pouvoir judiciaire pour témoigner de la nécessité de cette séquestration et lui donner leur sanction.

D'une manière générale, la comparaison entre la législation française et celle des différents États de l'Union Américaine n'est pas de nature à nous inspirer de regrets. Dans presque toutes ses dispositions, la loi du 30 juin 1838 se montre plus libérale ou plus prévoyante que celles dont nous venons de faire la longue énumération. Elle donne, notamment, les facilités les plus grandes pour les réclamations devant le tribunal, réclamations qui peuvent être faites aussi bien par le malade que par toute autre personne, et que rien n'empêche de répéter aussi fréquemment qu'on peut le désirer; aussi considérons-nous l'article 29 de cette loi comme absolument complet sous ce rapport.

Une autre particularité très-précieuse de notre loi est celle qui organise l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits et placés dans les asiles publics. Cette disposition a la plus grande importance, et pour rendre tous les services dont elle est susceptible, elle n'aurait qu'à être étendue aux asiles privés. Nulle part, aux États-Unis, nous n'avons trouvé rien d'analogue; aussi, toutes les fois que des questions d'intérêt sont en jeu, est-il indispensable de recourir à des mesures comparables à celles de notre interdiction, ce qui est à la fois long et coûteux. »

VARIÉTÉS.

Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Lyon.)

Les lecteurs de la GAZETTE n'ont sans doute pas oublié le compte rendu des travaux de la section des sciences médicales du Congrès de Bordeaux (1872), et ont pu se convaincre que, bien que ce fût un début, cette session a présenté un intérêt réel pour les médecins et les chirurgiens. D'une manière générale, d'ailleurs, le succès avait dépassé les espérances, et tout fait penser que le prochain congrès sera, à tous égards, en progrès sur le précédent.

C'est à Lyon que se tient, cette année, ce Congrès; l'ouverture est fixée au 21 août, et sa durée est de huit jours. Nous ne doutons pas que, cette année encore, le groupe des sciences naturelles ne soit très-bien représenté, et que les travaux qui s'y rapportent ne soient fort intéressants. Avons-nous besoin d'ajouter que, particulièrement, la section des sciences médicales y brillera d'un vif éclat; l'école de Lyon est trop justement renommée pour qu'il soit nécessaire d'insister. Un certain nombre de médecins de Paris et de la province ont déjà promis leur concours et plusieurs ont fait connaître le sujet de leurs communications.

Les membres de l'Association française savent avec quel zèle le secrétaire du comité local, le docteur Azam, s'est acquitté de ses fonctions. Cette année encore les médecins tiennent une place honorable dans la composition du comité local : le docteur Ollier est l'un des vice-présidents, le docteur Lortet est secrétaire du comité local, et parmi les membres de ce comité nous relevons en outre les noms suivants : MM. les docteurs Boudet, Chauveau, Desgranges, Diday, Dron, Gayet, Glénard, Laroyenne, Teissier.

Parmi les excursions qui sont projetées, nous signalerons, en particulier, celle de Solutré qui intéressera spécialement la section d'anthropologie et à laquelle nous souhaitons le succès qu'a eu, l'an passé, l'excursion similaire qui a conduit le Congrès aux Eyzies.

Le succès du Congrès de Lyon ne nous semble pas douteux ; nous espérons qu'il contribuera pour une part considérable au développement de l'Association, et nous ne serions pas surpris que cette session fît doubler le nombre des membres qui atteint maintenant le chiffre de mille.

Nous portons trop d'intérêt à l'Association française pour ne pas terminer par un reproche que nous avons entendu émettre et que nous signalons à qui de droit : les *Comptes rendus* du Congrès de Bordeaux n'ont pas encore été distribués. C'est là un retard regrettable, et nous espérons que le bureau de l'Association prendra des mesures suffisantes pour que cette publication arrive, chaque année, au moins un ou deux mois avant la session suivante.

NOTA. — Pour tous les renseignements relatifs au Congrès de Lyon et aux facilités accordées aux membres de l'Association qui comptent y assister, s'adresser au secrétaire du Conseil, le docteur C. M. Gariel, 76, rue de Rennes.

État sanitaire de Paris :

Du 26 juillet au 1er août 1873, on a constaté, pour *Paris*, 702 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 10, — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 32. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16. — Choléra nostras, 4. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 227. — Affections chroniques, 264, dont 113 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 71. — Causes accidentelles, 21.

Nous trouvons aujourd'hui une diminution de 40 décès sur la semaine précédente : 702 au lieu de 742.

SOMMAIRE. — **Paris.** A propos de la loi sur la mortalité de l'enfance. — Mortalité des enfants nés dans le département de la Seine. — **Travaux originaux.** Syphiliographie : De la méningite et de l'encéphalite syphilitiques. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — **Revue des journaux.** Traitement des fièvres intermittentes par l'Eucalytus globulus. — Observation d'asphyxie locale des extrémités survenue après un accès de fièvre intermittente. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Les aliénés aux États-Unis : législation et assistance. — **Variétés.** Association française pour l'avancement des sciences (congrès de Lyon.)

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les climats des montagnes considérés au point de vue médical, par le docteur Ch. Lombard. Troisième édition entièrement refondue, 1 vol. in-18. Genève, Cherbuliez.

La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique, par Léon Colin. In-8 de XII-160 pages avec 3 figures de tracés. Paris, 1873, J. B. Baillière et Fils. 3 fr 50

De la galvanocaustie thermique, par le docteur Eug. Bœkel. In-8 de 116 pages avec 3 planches lithographiées. Paris, 1873, J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

La paralysie du nerf sympathique cervical. Étude clinique, par le docteur William Nicati, in-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 14 août 1873.

PATHOLOGIE DU GRAND SYMPATHIQUE : EULENBURG.

Ce n'est que depuis dix années environ que les premiers linéaments de la pathologie du système nerveux ganglionnaire ont été tracés, et les nombreux éléments apportés chaque jour à cette étude n'ont fait que montrer l'étendue de ce vaste champ à peine exploré; aussi devons-nous essayer d'en remplir les lacunes en recueillant fidèlement tous les matériaux qui peuvent contribuer à éclairer les points obscurs de ce difficile sujet.

C'est à ce titre qu'il nous paraît utile de résumer ici une intéressante leçon du docteur Eulenburg, insérée dans le Berliner klinische Wochenschrift (n° 15, 1873). Ses travaux sur la pathologie du grand sympathique sont bien connus de tous, et nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir prochainement en analysant l'importante monographie qu'il vient de publier en collaboration avec le professeur Guttman. Quel que soit le mérite de ce pathologiste distingué, nous ne pouvons cependant nous empêcher de lui adresser le reproche d'avoir, involontairement peut-être, laissé dans l'ombre les travaux des médecins français qui l'ont précédé dans cette étude difficile et qui en ont posé les premiers jalons. C'est ainsi que le docteur Eulenburg ne fait même pas mention d'une des premières descriptions des névroses vaso-motrices, si brillamment tracée par le docteur Cahen (*Arch. méd. de méd.*, octobre et novembre 1863); c'est avec orgueil que nous revendiquons ici pour ce regretté confrère la légitimité de ses droits méconnus. Nous eussions aussi voulu voir cité le mémoire plus récent du docteur Bordier sur les nerfs vaso-moteurs ganglionnaires (thèse inaugurale, 1868), si brillamment écrit sous l'inspiration de son savant maître le professeur Gubler. — *Hoc vitium est commune Germanicis!* aussi bornons-nous à cette réclamation sommaire et passons.

Le docteur Eulenburg fait remarquer tout d'abord que parmi les névroses aussi bien que parmi les maladies dites constitutionnelles, il en est un certain nombre qui paraissent liées manifestement au système sympathique, et d'autres qui ne présentent avec lui que des relations douteuses. Il cite à ce propos : la migraine, l'angine de poitrine, l'atrophie musculaire progressive, les maladies de Basedow et d'Addison, le diabète sucré, etc. En dehors de ces types bien connus, il existe toute une série de phénomènes pathologiques inconstants et variables, irréguliers, qui ne peuvent se rattacher à aucun groupe morbide distinct et qui ne présentent d'autre point commun que certains troubles fonctionnels paraissant être sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire. Les difficultés du diagnostic sont d'autant plus grandes dans ces cas que l'anatomie pathologique est ici lettre morte et que l'on ne trouve leur analogue dans aucun des autres désordres nerveux. Dans les autres troubles d'innervation, en effet, l'anatomie et la physiologie fournissent au moins des données suffisantes pour les rapporter à telle ou telle localisation pathologique; ainsi, par exemple, une paralysie des muscles extenseurs des doigts indique clairement que le nerf radial est atteint; une anesthésie du petit doigt fait aussitôt penser à une lésion du cubital.

Pour le grand sympathique, une telle précision est presque impossible, et souvent même il est difficile de savoir si ses rameaux sont affectés ou bien si le système cérébro-spinal n'est pas lui-même en cause. C'est ce qui arrive en particulier pour les lésions de la portion cervicale du sympathique; ainsi dans bien des cas il sera presque impossible de dire si une augmentation dans la fréquence du pouls a sa source dans une irritation des fibres accélératrices du sympathique ou dans une paralysie des fibres régulatrices du nerf vague. La mydriase nous fournit encore un autre exemple du même genre : cette dilatation de la pupille est-elle due à l'irritation des fibres dilatatrices de l'iris ou à la paralysie du sphincter irien, innervé, comme on le sait, par le nerf moteur oculaire commun? Telle est la question qui se pose souvent en clinique.

Après ce court préambule, le docteur Eulenburg rapporte le cas qu'il a eu l'occasion d'observer, et dont nous résumerons succinctement ici les points principaux.

Il s'agit d'un étudiant, âgé de vingt-six ans, qui lui fut adressé par le docteur Casper, le 17 décembre 1872. Il était atteint de mydriase et d'asthénopie. Le diamètre de la pupille gauche mesurait environ 7 à 8 millimètres, tandis que celui de la pupille droite n'était que de 4 à 5 millimètres. Le degré de la dilatation pupillaire était variable, quoique l'iris fût à peine sensible à l'action de la lumière. La limite d'accommodation n'était pas la même pour les deux yeux : du côté sain, le degré de la vision distincte était à 4 pouces 1/2, tandis qu'à gauche il était environ à 12 pouces. L'exploration de la région cervicale fit constater la présence de plusieurs ganglions engorgés sur le côté gauche et au niveau du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. L'anamnèse apprit en outre que le malade avait eu, trois mois auparavant, un engorgement ganglionnaire considérable à ce niveau, et que la mydriase datait de cette époque. Il était affecté depuis longtemps de céphalalgie frontale et temporale, surtout marquée du côté gauche, et survenant par accès. Pendant ces accès, la face devenait pâle et livide et l'oreille gauche était beaucoup plus froide que la droite. Le docteur Eulenburg n'avait pas constaté chez ce malade de différence dans la coloration des deux joues, mais une différence thermique très-notable des deux oreilles. L'oreille gauche était, en effet, beaucoup plus pâle et plus froide. Les pulsations de l'artère temporale gauche étaient aussi bien moins fortes. La mensuration thermométrique révéla les différences suivantes : le thermomètre appliqué à droite, dans le

conduit auditif externe, marquait 36°,7 C., et dans celui de gauche 36°,3 C. Cet écart de 0°,4 n'était pas constant, parfois il était moindre.

En présence de ces symptômes, on pouvait penser à une paralysie partielle du nerf oculo-moteur commun, qui envoie au ganglion ophthalmique sa racine grosse et courte; mais les renseignements fournis par le malade, joints à la tuméfaction et à la sensibilité des ganglions lymphatiques du cou à gauche, tendaient plutôt à faire admettre une affection de la portion cervicale du grand sympathique, résultant de la pression exercée sans doute par les ganglions lymphatiques engorgés. Ainsi pouvaient s'expliquer aisément tous les phénomènes constatés par le malade : la mydriase était due sans doute à l'irritation mécanique ou inflammatoire des fibres dilatatrices de l'iris. L'abaissement thermique de l'oreille gauche révélait également l'existence des troubles vaso-moteurs et l'ischémie qui en était le résultat.

Le docteur Eulenburg fait remarquer ensuite qu'il n'y a pas lieu de s'étonner dans ce cas de l'inégalité dans les variations de la température locale et même de leur absence, car il résulte de l'analyse des faits analogues publiés jusqu'à ce jour, et en particulier des cas de névroses traumatiques ou mécaniques de la portion cervicale du sympathique, que les phénomènes oculo-pupillaires constituent le symptôme le plus constant et le plus invariable, tandis que les troubles vaso-moteurs sont plus inconstants et plus éphémères. L'auteur se borne à indiquer cette particularité sans essayer d'en donner l'explication.

Mais il reste encore à élucider un point difficile et important. Comment expliquer la parésie de l'accommodation notée dans le cas précédent? Doit-on l'attribuer également à l'excitation directe ou indirecte du sympathique cervical? D'après Eulenburg, on peut admettre que le sympathique exerce une influence médiate sur l'accommodation par l'intermédiaire des variations de tension intra-oculaire qu'il détermine, ainsi que l'ont démontré Wegner (*Graefe's Archiv*, Bd XII, Abth. II, p. 122; 1866), Adamück (*Centralblatt für die med. Wissensch.*, n° 36, 1866; n° 28, 1867), Grünhagen (*Henle und Pfeufer's Zeitschr.*, t. XXVIII, p. 238, 248; 1869), etc. Ces auteurs ont, en effet, constaté expérimentalement que la section du grand sympathique au cou est suivie d'une diminution notable de la pression intra-oculaire, et qu'inversement l'excitation du bout central du sympathique coupé produit une augmentation constante de la tension intra-oculaire.

Voici comment on peut comprendre dans ce cas le mode d'action du sympathique : la section du filet cervical produit une dilatation paralytique des vaisseaux, et de la sorte un abaissement de la pression intra-oculaire. L'irritation, au contraire, de ce même filet entraîne la contraction des parois vasculaires, le rétrécissement du calibre des vaisseaux avec augmentation de la sécrétion et de la tension intra-oculaires. Adamük et Grünhagen ont différemment interprété ce phénomène. Le premier admet, en effet, une influence directe du sympathique sur l'appareil d'accommodation par l'intermédiaire du muscle tenseur de la choroïde, qui en se contractant chasse en avant le globe oculaire et augmente ainsi la tension dans la chambre antérieure. Grünhagen, au contraire, cherche à expliquer ce phénomène par la contraction des muscles extra-oculaires, et en particulier par celle du muscle orbitaire de Müller. De son côté, le docteur Eulenburg incline vers cette dernière explication; mais il admet en outre que l'influence du sympathique sur la pression intra-oculaire s'exerce aussi par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs qui en émanent. Schmidt (*Ueber Accommodation Beschränkungen bei Zahnleiden* [*Des troubles de l'accomodation dans les odontalgies*] in *Archiv für Ophthalmologie*, t. XIV, p. 107-137), se fondant sur les mêmes données, a expliqué de la sorte les troubles de l'accommodation, le plus souvent unilatéraux, qui se montrent dans les odontalgies, et en particulier chez les jeunes sujets. D'après lui, les nerfs vaso-moteurs reçoivent dans ce cas par action réflexe l'irritation des branches dentaires du nerf trijumeau; ainsi se trouve accrue la pression intra-oculaire, et de la sorte les courbures physiologiques du cristallin, qui se produisent pendant l'acte de l'accommodation, éprouvent plus de résistance, et l'étendue de l'accommodation est restreinte par cela même.

Les troubles de l'accommodation, en tant que symptômes des névroses vaso-motrices, sont inconstants et irréguliers comme elles; aussi ne les observe-t-on pas dans tous les cas où le sympathique cervical est irrité. Le docteur Eulenburg les a cependant observés dans deux autres cas à peu près semblables. Il y a trois ans à peine, il a présenté à la Société de médecine de Berlin (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 27, p. 287, 1869) une observation de mydriase avec exophthalmie et parésie de l'accommodation de l'œil droit déterminées par la compression qu'exerçait un engorgement ganglionnaire sur le sympathique cervical du côté droit. Il avait également constaté dans ce cas un abaissement de la température dans le conduit auditif externe du côté correspondant et une accélération simultanée du pouls.

Plus récemment, il communiquait à la même Société un second cas (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 3; 1873) relatif à des phénomènes d'excitation dans le territoire du sympathique cervical, et dans cette observation il notait aussi la diminution du champ de l'accommodation dans l'œil atteint de mydriase (œil droit).

Quant au traitement de ces divers troubles, le docteur Eulenburg dit avoir employé avec succès l'extrait de fève de Calabar pour combattre la mydriase et l'asthénopie. Sous l'influence de ce collyre, dont l'auteur ne nous indique malheureusement pas la formule, la pupille du côté affecté devenait beaucoup plus étroite que l'autre, et la vision distincte se rapprochait manifestement (5 pouces 1/2 au lieu de 10). Après chaque instillation l'effet persistait en général huit à dix heures. Eulenburg n'ose tirer aucune déduction au point de vue pathogénique de l'efficacité de cet agent, car on ne sait pas encore, comme il le dit lui-même, si la fève de Calabar agit exclusivement en excitant les fibres de l'oculo-moteur, ou si elle ne détermine pas en même temps la paralysie du sympathique, comme semble le faire la nicotine. Cette dernière hypothèse, émise déjà par Fraser et Tachau, a trouvé plus récemment un ardent défenseur dans Röber (*Ueber die Wirkungen des Calabar Extractes auf Herz und Rückenmark* [*De l'action de l'extrait de fève de Calabar sur le cœur et sur la moelle épinière*], Dissert. inaugurale, Berlin, 1868). L'autorité de ces auteurs vient cependant confirmer les présomptions émises par Eulenburg et justifier une théorie qu'il ose à peine ébaucher.

L'auteur de l'intéressante leçon que nous essayons d'analyser ici rapporte ensuite un second cas qui se rattache également aux névroses vaso-motrices. Il s'agit d'une forme de céphalal-

gie intermittente et paroxystique accompagnée de troubles vaso-moteurs et que l'on ne pouvait confondre avec la migraine, attendu que la douleur n'était pas exactement circonscrite à une moitié de la tête, mais se montrait alternativement de l'un ou de l'autre côté, et quelquefois même était diffuse et générale, quoique les phénomènes fussent toujours plus marqués d'un côté que de l'autre. Le docteur Eulenburg propose de désigner cette forme de céphalalgie d'origine névro-sympathique sous le nom de *céphalée vaso-motrice*, et la migraine n'en serait à ses yeux qu'une des modalités.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un étudiant en médecine, originaire de Serbie, qui ne présentait aucun antécédent héréditaire ni constitutionnel. L'affection dont il était atteint remontait à plus d'une année et n'avait été précédée d'aucune maladie antérieure, fièvre intermittente ni autre. Les accès de céphalalgie apparaissaient régulièrement tous les matins, immédiatement après son réveil, et revenaient en général dans l'après-midi. Ils duraient toujours plusieurs heures, de sorte que dans leur intervalle le malade avait à peine une demi-heure ou une heure de calme. Cette céphalalgie était essentiellement caractérisée par une sensation de lourdeur et de constriction dans toute la tête, rendant impossible tout travail intellectuel. L'accès se compliquait souvent d'une violente douleur dans les régions frontale et temporale, se manifestant d'ordinaire d'une façon plus intense ou même exclusivement du côté droit. D'après le récit du malade, les accès étaient précédés d'une sensation de chaleur dans les joues, suivie de rougeur intense de la face et des oreilles; mais ces phénomènes précurseurs étaient très-variables et plus ou moins marqués dans les deux côtés : ainsi l'oreille gauche pâlissait et devenait froide, tandis que la rougeur envahissait le côté droit de la face et *vice versa*. La mensuration thermométrique faisait constater une différence très-notable de température dans les deux conduits auditifs : tandis, par exemple, qu'à droite le thermomètre s'élevait à 36°,6 C., il ne marquait à gauche que 36°,1 C. En outre, les pulsations de la carotide droite étaient beaucoup plus fortes que celles de la carotide gauche. L'exploration thermique pendant les accès permit de constater les résultats suivants : 1° la température du conduit auditif atteignait, au début de l'accès, son maximum et égalait presque la température axillaire; 2° la différence thermique des deux conduits auditifs était la plus grande (0°,5 à 0°,6 C.) dans les accès de l'après-midi, qui étaient aussi les plus forts; la température de l'oreille gauche était presque toujours plus basse que celle de l'oreille droite; tandis que dans les accès du matin et pendant la période intercalaire les deux températures étaient souvent égales des deux côtés, parfois même il y avait une élévation thermique plus forte du côté droit.

Le maximum thermique absolu dans cette partie du corps, pendant les accès, était de 37° C. La température axillaire ne présentait pas de modification en rapport avec les accès. La fréquence du pouls était souvent un peu augmentée au début des accès; tandis qu'il battait 60 fois par minute dans l'état normal, il s'élevait à 66-68, plusieurs fois même à 72-80 pendant les accès.

Les pupilles étaient normales. Le ganglion cervical supérieur un peu sensible à la pression.

La marche de cette singulière affection et les effets thérapeutiques obtenus présentent quelques particularités qui ne nous paraissent pas sans intérêt. Au moment où le malade dont nous venons de rapporter l'histoire vint consulter le docteur Eulenburg, il avait inutilement suivi une foule de traitements, et leur insuccès même l'avait jeté dans le plus profond découragement.

En présence de la périodicité typique de cette céphalalgie, le docteur Eulenburg crut devoir recourir à l'emploi du sulfate de quinine et de l'acide arsénieux, mais il n'obtint aucun résultat favorable de cette double médication. L'étude approfondie des symptômes observés dans ce cas lui ayant fait penser à une dilatation paralytique des vaisseaux sous l'influence de la perturbation vaso-motrice, il conseilla au malade l'usage interne de l'ergotine (extrait aqueux de seigle ergoté) dont il avait déjà retiré d'excellents effets dans le traitement de la migraine. Il administra d'abord 60 centigrammes, puis 90 centigrammes d'ergotine en pilules. Après quinze jours de l'emploi de cet agent, l'amélioration fut manifeste et se confirma de plus en plus. La durée des accès fut d'abord sensiblement abrégée : le malade put jouir de deux heures de calme complet (de 10 heures à midi), puis les accès du matin disparurent complétement, en même temps que ceux du soir devenaient moins intenses et plus tardifs. Au moment même où le docteur Eulenburg rapportait à ses élèves ce cas intéressant, le malade était encore soumis au traitement et la guérison semblait très-prochaine, tout au plus, en effet, ressentait-il encore, le matin à son réveil, un peu de lourdeur de tête et un léger malaise qui disparaissaient complétement au bout d'une demi-heure. Il n'éprouvait dans la journée aucun autre phénomène, et déjà même il avait repris sans difficulté le cours de ses travaux. Parfois cependant apparaissaient le soir, vers cinq heures, comme un vestige de ses accès antérieurs; sa face s'injectait, ses oreilles devenaient rouges et chaudes, le pouls était accéléré, et ces phénomènes étaient accompagnés d'une céphalalgie gravative. Ces ombres d'accès s'effaçaient à sept heures et faisaient place à la lassitude et à la somnolence.

Quoi qu'il en soit, l'amélioration obtenue dans ce cas semble justifier l'espoir conçu par le docteur Eulenburg d'une guérison complète sous l'influence du traitement mis en usage. Ajoutons en terminant que le malade avait déjà pris 21 grammes d'ergotine sans présenter le moindre symptôme d'intoxication, si ce n'est peut-être quelques sensations passagères de fourmillement dans les extrémités.

Les deux observations que nous venons de rapporter nous ont paru intéressantes à plus d'un titre, et l'obscurité même qui couvre encore l'histoire des névroses vaso-motrices nous fera pardonner les détails dans lesquels nous sommes entré.

Dr LABADIE-LAGRAVE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'HYDROPNEUMOTHORAX PAR LA PONCTION DE LA POITRINE ET LES LAVAGES DE LA PLÈVRE, par le docteur SANNE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au mois de février ne l'année dernière, M. Laboulbène a publié, dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, une observation de pleurésie purulente suivie de pyopneumothorax et traitée avec succès par la thoracocentèse et les grands lavages de la plèvre.

Dans cette très-intéressante observation, M. Laboulbène expose avec détail le procédé qu'il a mis en œuvre, de concert

avec MM. Barthez et Nélaton, pour arriver à ce résultat remarquable. Peu de temps après la publication de ce travail, je me suis trouvé en présence d'un cas analogue, sinon comme origine, au moins comme état morbide principal. Fort de l'excellente direction de M. Barthez, je n'ai pas hésité à essayer d'un moyen qui venait de réussir aussi pleinement.

Aujourd'hui que le succès est venu justifier mes espérances, je crois pouvoir livrer à la publicité l'observation suivante dont l'intérêt, d'ailleurs, réside aussi bien dans l'origine de la maladie et dans certaines difficultés de diagnostic que dans le traitement employé.

Observation. — *Pyopneumothorax débutant brusquement chez un emphysémateux. Deux thoracocentèses. Dilatation de l'ouverture du thorax. Lavages de la cavité pleurale au moyen de la sonde à double courant et du siphon. Guérison au bout de trois mois à partir du début de la maladie.* — Marie L..., âgée de dix ans, enfant délicate, blonde, atteinte depuis ses premières années d'un emphysème pulmonaire bien caractérisé s'accompagnant d'accès d'asthme et de bronchites fréquentes. Cependant ces accidents ont disparu et, depuis près de quatre ans, l'enfant jouit d'une santé parfaite. Rien d'ailleurs n'a pu faire craindre un instant la tuberculisation. Les parents sont complètement indemnes à cet égard.

Le 9 avril 1872, à quatre heures et demie, je suis appelé auprès de l'enfant et j'apprends ce qui suit. Elle est enrhumée depuis huit jours, mais sans tousser beaucoup, sans avoir de fièvre, sans être arrêtée. Ce matin, à quatre heures, elle a été réveillée brusquement par une violente douleur qu'elle a ressentie dans le côté gauche de la poitrine. Depuis ce moment, elle se plaint d'une grande oppression et de battements de cœur très-pénibles. Je la trouve assise sur son lit, pâle, anxieuse, haletante. La douleur siége à deux travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon gauche; elle est très-intense et s'exaspère par la pression.

Le cœur bat énergiquement; sa pointe soulève la paroi thoracique à l'endroit indiqué.

L'auscultation et la percussion ne font rien trouver d'anormal.

Pouls petit, fréquent. Peau chaude et sèche.

En présence de ce tableau symptomatique encore bien incomplet, le diagnostic devait être réservé; mais, suivant toute probabilité, nous allions avoir affaire à une pleurésie ou à une péricardite.

En effet, les signes de la pleurésie s'affirment promptement : d'abord matité légère et faiblesse du murmure respiratoire à la base gauche, puis augmentation rapide de la matité, qui occupe bientôt toute la hauteur du côté droit en arrière; disparition complète du bruit respiratoire. Le point de côté diminue; l'oppression se modère un peu. Le cœur se déplace fortement et vient battre à droite du sternum. Toux fréquente; quintes nombreuses, à la suite desquelles est rejeté un liquide assez abondant, un peu visqueux, mais aéré. Anorexie, vomissements répétés, garderobes naturelles, fièvre intense.

L'existence de ces symptômes était établie dès le 11 avril, c'est-à-dire au bout de trois jours.

Devant la rapidité de cette marche, M. Barthez, qui avait vu la malade depuis le début, jugea que la thoracocentèse allait devenir indispensable, moins à cause de l'oppression qui était modérée que de l'étendue de la matité, du déplacement exagéré du cœur et de la gravité de l'état général.

Le 12 avril, M. Lasègue, appelé en consultation, se range au même avis. Il confirme le diagnostic de pleurésie et insiste sur la nécessité, sur l'urgence de l'opération, estimant à un litre et demi la quantité de liquide que peut contenir la plèvre.

Il est convenu que la ponction sera faite non pas immédiatement, par égard pour les vives répugnances de la famille, mais aussitôt qu'elle sera impérieusement indiquée. Pendant l'examen fait en commun, M. Barthez saisit momentanément un bruit de souffle amphorique; mais il ne le retrouve plus ; les autres consultants ne sont pas plus heureux.

Le 13, l'état est à peu près le même : Fièvre, inappétence, vomissements, toux fréquente et quinteuse; expectoration comme ci-dessus; décubitus gauche; oppression modérée; mêmes signes stéthoscopiques. Cependant nous constatons, M. Barthez et moi, à la partie antérieure, une voussure manifeste, ainsi qu'une sonorité exagérée assez semblable au bruit skodique, mais sans matité à la base. M. Barthez attribue cette sonorité à la présence de l'estomac, qui, chez les enfants, se trouve assez souvent placé très-haut.

Le 15, l'état de la malade persistant avec les mêmes caractères, la ponction est décidée pour le jour même et faite à cinq heures et demie du soir.

J'enfonce un petit trocart à robinet muni de baudruche, entre la sixième et la septième côte, à trois travers de doigt en dehors du mamelon. La canule ne laisse pas immédiatement couler de liquide, mais la baudruche est soulevée par des bulles gazeuses qui répandent bientôt autour de la malade une odeur sulfurée fétide. J'introduis dans la canule, afin de la déboucher, s'il y a lieu, un stylet d'argent, qui se noircit immédiatement. Presque aussitôt apparaît un liquide séro-purulent, fétide, coulant avec lenteur et seulement pendant les accès de toux consécutifs à la ponction. Je retire environ 250 grammes de ce liquide ; c'était tout ce que contenait la poitrine. Nous nous trouvions, après cette ponction, bien loin de notre diagnostic. Évidemment, nous n'avions sous les yeux ni une pleurésie simple, ni même une pleurésie purulente, mais bien un pyopneumothorax. Le début subit pendant la nuit, la douleur atroce du côté gauche, la tympanite de la partie antérieure, aussi bien que la putréfaction du liquide étaient le fait d'une perforation pulmonaire. Aucune autre interprétation n'était soutenable. A quelle cause attribuer la perforation? Que l'on veuille bien tenir compte de ceci : La malade est emphysémateuse depuis son plus jeune âge ; au moment où les accidents ont éclaté, elle était enrhumée depuis huit jours. On est donc conduit à admettre, malgré l'excessive rareté du fait, qu'une vésicule dilatée et amincie occupant le bord antérieur du poumon se sera rompue sous l'influence d'un effort de toux. Ajoutons que le point douloureux se rapportait exactement au siége supposé de la lésion et que le rhume était trop léger et trop récent pour que nous puissions penser à l'une de ces perforations que l'on rencontre dans le cours de la broncho-pneumonie.

D'autres questions restaient encore à résoudre.

Pourquoi le tintement métallique et le souffle ne se sont-ils pas produits? Il est probable que cette anomalie est due à la nature même de la perforation. En effet, celle-ci s'étant faite de dedans en dehors, chez un sujet non tuberculeux, on peut croire que la perte de substance est insignifiante et que les bords de l'orifice font soupape, de telle façon que l'équilibre une fois établi entre la pression atmosphérique et la cavité pleurale, cet orifice se ferme et ne laisse plus passer l'air.

Le 16, M. Lasègue est appelé de nouveau en consultation. La ponction a procuré un soulagement notable. Le sommeil a été plus calme ; l'appétit revient et les aliments sont bien supportés. Le point de côté a disparu, mais les signes stéthoscopiques ne se sont pas modifiés. La matité et l'absence de respiration se retrouvent en arrière et à gauche. Le cœur est légèrement revenu à gauche, mais la voussure et le tympanisme existent toujours en avant. La fièvre persiste. 140 pulsations ; peau chaude et sèche. Les consultants sont d'avis que, selon toute probabilité, le liquide se reproduira et qu'il faudra recourir à une ou plusieurs nouvelles ponctions. Deux causes devront concourir à cette reproduction : d'abord la présence même du pus dans la plèvre, circonstance qui, indépendamment de toute question d'origine, appelle le plus souvent la récidive; secondement, l'existence de la fistule pulmonaire qui, le vide une fois rétabli dans la plèvre au moyen de la ponction, laissera de nouveau passer l'air; le pneumothorax alors reparaîtra, la suppuration se reproduira, augmentera probablement et reprendra sa fétidité.

Le 17, 140 pulsations. L'appétit est bon; mêmes signes locaux.

Le 18, on entend très-nettement dans la poitrine le bruit de flot.

Le 19, consultation avec MM. Barth et Barthez. Il est convenu qu'il faudra bientôt revenir à la ponction ; de plus, qu'on laissera un tube à demeure et que des injections seront faites chaque jour dans la plèvre. Mais ici une objection s'est présentée : N'est-il pas à craindre que le liquide injecté ne pénètre dans la fistule pulmonaire, et de là dans les bronches? Ce que nous avons admis précédemment au sujet de la disposition présumée de l'ouverture pulmonaire nous fait espérer que la soupape saura résister à une pression du dehors en dedans et s'opposera au passage du liquide. On donnera chaque jour deux lavements phéniqués et deux cuillerées de sirop phéniqué.

Le 20, le premier lavement provoque deux garderobes noires et fétides.

Le 21, le sommeil est moins bon; l'oppression augmente un peu. L'appétit se soutient; garderobes de même nature. Mêmes phénomènes à l'auscultation. 140 pulsations; peau chaude et sèche. Le sirop phéniqué, mal supporté, est supprimé.

Le 23, les symptômes généraux s'aggravent, l'enfant s'affaiblit; la diarrhée est fétide, ainsi que l'haleine. Le sommeil devient agité ; la fièvre persiste. En un mot, l'enfant s'intoxique. D'autre part, l'oppression augmente; de plus, je constate de l'empâtement et de la rougeur au niveau de la première piqûre. La ponction est donc urgente ; je me mets en mesure de la pratiquer. Mais peu d'instants avant le moment fixé pour l'opération, la malade est prise d'un violent accès de toux pendant lequel un liquide infect, grisâtre, séro-purulent et mêlé de nombreuses bulles de gaz, s'échappe avec abondance par l'ouverture de la première ponction. Je me hâte d'évacuer le reste. A cet effet, j'enfonce un gros trocart à l'endroit correspondant à l'orifice supérieur du trajet. Ce point m'est facilement désigné par une petite cavité que je sens sous la peau. Un flot de pus de même nature accompagné d'une quantité considérable de gaz est projeté avec violence par la canule; chaque effort de toux en fait sortir une quantité notable. On peut évaluer à 500 grammes le poids du liquide enlevé de la poitrine. Immédiatement j'injecte par la canule, au

moyen d'une seringue à injection, de l'eau en abondance, puis une solution d'acide phénique au millième. J'introduis ensuite par la canule un tube de caoutchouc entrant à frottement dans celle-ci. Cette opération ne se fait pas sans difficulté; je suis obligé de charger le tube sur une sonde de poitrine, en arrêtant toutefois celle-ci à 1 centimètre environ de l'extrémité antérieure du tube, de façon à laisser en avant un bout flexible et capable de s'engager aisément dans les passages difficiles. L'introduction se fait alors sans peine après la sensation d'une résistance vaincue. L'extrémité libre du tube est bouchée avec un fosset et maintenue par un fil qui la traverse et dont les deux bouts sont noués ensemble après avoir fait le tour du corps.

La portion phlegmasiée de la peau est recouverte d'un linge cératé, puis d'une feuille d'ouate, le tout assujetti par un bandage de corps.

A peine le pansement est-il terminé que la petite malade réclame énergiquement des aliments, sans vouloir attendre le dîner. On lui donne du pain et des confitures; elle dîne une heure après de très-bon appétit et boit du malaga coupé d'eau.

Dans la soirée, le pouls tombe à 108 pulsations.

Le 24, nuit excellente. 108 pulsations; chaleur modérée. Je fais trois pansements dans la journée, injectant d'abord de l'eau tiède jusqu'à ce que la canule ne ramène plus qu'un liquide limpide, puis une solution d'acide phénique au 1/500e.

Au premier pansement, je trouve du pus sur la ouate; aux deux autres, celle-ci est intacte. Chaque fois, la canule laisse d'abord écouler du pus fétide et des gaz; puis l'eau de l'injection ramène du pus de plus en plus rare et des débris pseudo-membraneux. Le soir, il y a un peu plus de chaleur à la peau; pouls à 112.

Le 25, sommeil bon. État général assez satisfaisant. Appétit soutenu. 112 pulsations. Il n'y a eu que trois quintes de toux depuis hier. Une certaine quantité de liquide pleural a été rejetée entre la plaie et le tube; les pièces du pansement en sont profondément imprégnées; l'odeur est moins forte qu'au début. Tout le contenu de la plèvre a dû s'échapper par cette voie, car au moment où je retire le fosset il ne se produit pas d'écoulement par le tube.

Les trois pansements sont faits, comme la veille, sans incident nouveau. Quelques bulles de gaz paraissent avec les dernières gouttes de liquide.

La communication entre la plèvre et les bronches existe-t-elle encore? L'air pouvant passer entre les bords de la plaie et le tube, il est difficile de déterminer quelle est l'origine du gaz qui traverse la canule. Dans le but de rendre cette appréciation plus facile, j'étends sur les environs de la plaie et sur le tube lui-même une couche de collodion que je recouvre d'un morceau de baudruche qui adhérera en même temps à la peau et au tube. Ce procédé empêchera l'air de pénétrer entre le tube et la plaie et nous permettra de conclure que si, par la suite, le liquide s'accompagne de bulles gazeuses, ce dernier fluide viendra, soit de la fistule pulmonaire, soit de la décomposition du liquide pleural, tandis que, si le liquide revient seul, l'ouverture pulmonaire se sera fermée.

Dans la soirée, la fièvre augmente un peu; peau chaude; 120 pulsations.

Le 26, nuit assez bonne. L'enfant, qui est très-nerveuse, s'est plainte de douleur au niveau de la plaie. La fièvre a diminué. 112 pulsations, peau fraîche, appétit excellent. Les quintes de toux ont été assez nombreuses, elles ont poussé le liquide pleural sous la baudruche qu'elles ont décollée en partie et en ont fait sortir ainsi une certaine portion. Une petite quantité de pus moins odorant sort par le tube; il ne s'échappe pas d'air, ce qui semble prouver:

1° Que le trajet du poumon à la plèvre est fermé, au moins momentanément;

2° Que le pansement, tout en permettant à une certaine quantité de liquide de s'infiltrer sous la baudruche, s'est opposé à l'entrée de l'air.

Un autre phénomène assez curieux se présente à la fin de ce lavage, qui est le premier de la journée. Le liquide injecté par la seringue n'est pas rejeté en totalité; mais au moment où j'enlève, pour la remplacer, la baudruche mouillée par le pus, un peu d'air s'étant glissé entre le tube et la plaie, l'écoulement reprend avec force. Il semble que la cavité pleurale étant vide d'air, un moment soit arrivé où le liquide qu'elle contenait a pu faire équilibre à la pression atmosphérique et a été par le fait empêché de sortir. C'est ce que l'on observe tous les jours dans un tonneau que l'on vide par un robinet; l'écoulement se suspend si l'on n'a pas eu le soin de pratiquer à la partie supérieure une petite ouverture qui permette à la pression atmosphérique de s'exercer sur la face supérieure du liquide. Ce fait ne se produit pas toujours chez l'homme pendant la thoracentèse, parce que la flexibilité des parois de la poitrine leur permet en quelque sorte de suivre le liquide. Que cette élasticité vienne à être diminuée par une cause quelconque, le phénomène signalé précédemment se reproduira. Les deux autres lavages ne présentent rien de particulier, mais la fièvre augmente dans la journée et dans la soirée. Le pouls monte à 124; la peau s'échauffe.

Le 27, frissons pendant la nuit. Sommeil agité. Appétit satisfaisant; garderobes naturelles.

Peau chaude. 124 pulsations.

Les quintes de toux diminuent beaucoup. L'augmentation de la fièvre et l'apparition des frissons nous convainquent, M. Barthez et moi, que les injections à la seringue sont insuffisantes, qu'une certaine quantité de pus reste dans la plèvre, et que cette évacuation incomplète est l'origine d'accidents qui s'aggraveront rapidement si l'on n'en supprime pas la cause. Nous convenons donc qu'il sera fait plusieurs fois par jour des lavages à fond qui permettront de faire passer chaque fois dans la plèvre une quantité considérable d'eau. Or, pour arriver à ce but, le procédé qui nous semble mériter la préférence est celui que M. Laboulbène a décrit dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. M. Barthez en avait pu constater *de visu* les bons effets; tout nous encourageait donc à le mettre aussi à l'épreuve.

Je ne décrirai pas ce procédé; on le trouvera complétement exposé dans l'observation de M. Laboulbène. Je rappellerai seulement en peu de mots qu'il consiste à élargir l'ouverture de la paroi thoracique au moyen d'un morceau de *Laminaria digitata*, et à faire traverser la plèvre par une grande quantité d'eau. A cet effet, on se sert d'une sonde à double courant que l'on fait entrer dans l'ouverture élargie. Cette sonde communique par l'un de ses pavillons avec un long tube de caoutchouc plongeant par son autre extrémité dans un vase rempli d'eau. A la partie moyenne du tube se trouve une poire creuse qui a pour objet de faire le vide et d'aspirer le liquide. Au second pavillon s'adapte un autre tube de caoutchouc destiné à conduire dans un vase spécial le liquide qui sort de la poitrine. Le réservoir se place à une certaine hauteur, afin de faciliter l'écoulement. A quatre heures et demie du soir, j'extrais le tube de caoutchouc et je le remplace par un cylindre de *laminaria* de même volume. L'introduction est un peu pénible, parce que le trajet est légèrement oblique de bas en haut et que les côtes sont assez serrées. Aussitôt mise en place, la *laminaria* est maintenue par un fil qui la traverse et fait le tour du thorax. Le tout est recouvert d'une feuille d'ouate et entouré par un bandage de corps. La petite malade s'est beaucoup effrayée de cette opération, elle s'est beaucoup plainte et a déployé une résistance désespérée. Dans la soirée, elle est toujours agitée; la fièvre reste intense. Tout fait présager une nuit difficile. Je prescris une potion avec 1 centigramme d'extrait thébaïque.

Le 28, nuit agitée; plaintes nombreuses; peau chaude; 124 pulsations.

Au bout de vingt-quatre heures, je retire la laminaria qui s'est dilatée d'au moins trois fois son volume primitif, et je dispose tout ce qui est nécessaire à l'exécution du système d'irrigation. Je fais verser dans un seau dix litres d'eau tiède, à laquelle j'ajoute cinq cuillerées à soupe de la solution suivante:

Acide phénique cristallisé.............. }
Alcool.............................. } p. é.

Le vase est placé sur une chaise surmontant elle-même une table de hauteur ordinaire. J'introduis alors dans la plaie la sonde armée de son siphon après avoir eu soin d'amorcer celui-ci.

Aussitôt un flot de pus extrêmement fétide est projeté par le tube déverseur, puis arrivent de nombreux lambeaux de fausses membranes dont quelques-uns ont jusqu'à 4 centimètres de longueur. Les fragments sont minces, rubanés, se roulent facilement. Le plus grand nombre passe sans peine par la sonde; cependant il arrive fréquemment qu'ils obstruent le conduit. Je le débouche aussitôt en ôtant le tube déverseur et en poussant par la tubulure correspondante, à l'aide de la seringue à injection, un jet d'eau chaude. Ces fragments sont presque tous de couleur grisâtre, certains sont presque noirs.

L'eau du réservoir est encore loin d'être épuisée que le liquide sortant devient clair; il ne contient plus qu'un petit nombre de débris pseudo-membraneux. La sonde est ôtée et remplacée par un gros tube de caoutchouc que je ferme avec un fosset. Après cette opération, qui n'a pu être menée à bonne fin qu'en soutenant une lutte continuelle avec la malade, celle-ci se trouve très-notablement soulagée, redevient gaie, et ainsi qu'après la deuxième thoracocentèse, se déclare très-pressée de dîner.

Le 29, nuit très-calme; pas de frissons; la peau est fraîche; quant au pouls, il ne faut pas songer à le compter, vu l'état d'appréhension de notre malade à l'approche du pansement. Cependant le lavage se fait plus facilement que la veille; il est parfaitement supporté, et à peine est-il terminé que l'enfant se met à chanter.

Le liquide sort un peu trouble d'abord, puis il devient parfaitement clair.

Le soir, second lavage, qui se passe comme le premier.

Les deux lavages journaliers seront continués jusqu'à nouvel ordre.

Nous examinons, M. Barthez et moi, la poitrine de la malade.

La voussure et la tympanite qui existaient en avant ont disparu. Le

cœur, bien qu'il ne soit pas encore à sa place, bat à gauche du sternum. On entend un léger murmure respiratoire sous la clavicule gauche.

En arrière, rien de changé ; on perçoit vers l'aisselle un bruit qui paraît être le murmure respiratoire, mais comme ce bruit va en augmentant vers le côté sain, on peut se demander s'il n'est pas dû simplement au retentissement de ce qui se passe à droite. Le décubitus droit devient possible.

Le 30, l'état général s'améliore notablement. Les lavages donnent les mêmes résultats : un peu de pus d'abord, puis l'eau sort limpide mêlée seulement de très-petits débris pseudo-membraneux. Cependant, depuis le dernier pansement d'hier, l'écoulement du tube déverseur est fréquemment interrompu. Chaque fois je pousse une injection avec la seringue, l'écoulement reprend et quelques fragments sont rejetés. Ce matin, je suis obligé de pratiquer plus fréquemment cette opération; mais au moment où je retire la sonde, un accès de toux survient et je vois paraître dans la plaie une large fausse membrane; je l'emmène aussitôt avec une pince. Mise dans l'eau, elle représente un lambeau long de 8 centimètres sur 4 de large. Elle est mince, villeuse, de couleur feuille morte ; elle a quelque ressemblance avec une toile d'araignée.

Pouls à 112 ; peau bonne.

Du 1er au 6 mai, le retour à la santé s'accentue chaque jour ; à partir du 5, la malade passe une heure ou deux dans un fauteuil. Appétit très-soutenu ; l'embonpoint reparaît.

On entend en arrière et à la base un peu de frottement pleural.

Les lavages phéniqués sont continués deux fois par jour, amenant toujours des débris pseudo membraneux très-petits qui forment dans le liquide une quantité de petits points blancs et brillants. Depuis quelques jours, un peu de douleur ou plutôt de gêne dans l'aisselle gauche; cette région ne présente qu'un léger empâtement, sans rougeur ni dureté, de la portion de la paroi thoracique située en dehors et au-dessus de la plaie.

Le 10, la sonorité tend à redevenir normale en avant et en arrière. En avant, la respiration s'entend entre la clavicule et le mamelon. En arrière, on entend le murmure respiratoire faible encore et accompagné, à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, de bruit de frottement.

Le 12, la malade éprouvant de la répugnance pour l'odeur de l'acide phénique, je remplace cet agent par l'alcoolature d'eucalyptus. Je n'ai pas à me louer de ce changement; l'odeur de l'eucalyptus est très-forte, et quoique d'un genre différent elle n'est guère plus agréable que celle de l'acide phénique. Cette alcoolature présente un autre inconvénient qui me paraît capital ; elle verdit fortement l'eau, même à petite dose, et la rend opaque, ce qui permet difficilement d'apprécier le résultat du lavage.

Le 15, les irrigations ne ramènent plus qu'une petite quantité de pus inodore.

La sonorité est à peu près normale en avant ; en arrière elle est plus faible que du côté droit. Le murmure respiratoire s'entend assez nettement en avant. En arrière, le frottement a disparu ; on entend le bruit vésiculaire avec un peu plus de netteté.

État général excellent. L'enfant reste levée une grande partie de la journée.

Le 20, le pus devient de plus en plus rare, il est consistant, épais. Il s'en trouve toujours une certaine quantité sur le linge du pansement ; la première eau de l'injection en ramène chaque fois un bouchon, puis on ne trouve dans le liquide que de petits fragments de pus de même nature. La plaie bourgeonne fortement et se rétrécit; le tube de caoutchouc qui sert à la maintenir ouverte s'aplatit et ne suffit plus à conserver le calibre du trajet ; aussi la sonde entre-t-elle à grand'peine à chaque lavage. Je remédie à cet inconvénient en introduisant dans le tube une grosse aiguille à tricoter de bois bien arrondi et entrant à frottement dans le caoutchouc. Le bois a été coupé plus court que le caoutchouc de façon que la partie antérieure de ce bouchon soit molle et se guide, facilement dans la plaie sans la léser.

Le 21, la plaie s'est parfaitement dilatée; la sonde y entre sans difficulté.

Le 25, la sonde joue librement dans la plaie, mais lorsqu'elle a dépassé une profondeur de 6 centimètres on a peine à la faire pénétrer plus loin. L'eau coule difficilement, les yeux de la sonde se bouchent à tout moment sans qu'on puisse constater la présence d'aucun corps étranger. Au lieu d'entrer par la poitrine perpendiculairement à la paroi, la sonde se dirige très-obliquement vers l'aisselle. Les côtes se dépriment fortement dans toute l'étendue du côté gauche, mais surtout en avant et vers l'aisselle. La taille de la malade s'infléchit latéralement.

De cet ensemble symptomatique, il semble résulter que les feuillets de la plèvre contractent des adhérences sur une grande étendue et que le poumon revient vers son volume primitif.

J'autorise les sorties en voiture.

Le 31, l'enfant prend un embonpoint remarquable. Rien, dans son extérieur, ne rappelle la grave maladie qu'elle vient de subir. Elle sort en voiture tous les jours et fait des promenades à pied sans éprouver de fatigue. A partir de ce jour, je ne fais plus qu'un seul lavage par vingt-quatre heures.

Le 4 juin, le bouchon de caoutchouc est serti de la plaie à la suite d'un effort de toux, ce qui lui arrive maintenant tous les jours. Impossible de faire entrer la sonde. J'introduis un petit tube de caoutchouc et je fais une injection avec la seringue; mais comme cet instrument fait pénétrer l'eau avec plus de force que le siphon, des étouffements se manifestent aussitôt qu'il entre un peu d'eau dans la poitrine. Preuve nouvelle du rétrécissement de la cavité.

Le 5, je fais entrer le gros tube de caoutchouc et je peux me servir de nouveau de la sonde, mais celle-ci fonctionne irrégulièrement et coule presque goutte à goutte.

Du 6 au 19, je continue encore les lavages qui ne se font plus que très-incomplétement; je les cesse le 19. J'aurais pu très-probablement en finir plus tôt; la crainte seule qu'une cessation trop hâtive n'exposât la malade à une rechute m'a déterminé à persévérer.

Cependant il me semble utile de ne pas laisser la plaie se fermer encore, d'abord pour donner un libre écoulement au peu de pus qui peut rester encore, ensuite pour être prêt à tout événement.

Le 1er juillet, je suis obligé de rogner fortement le tube de caoutchouc. La peau des environs étant irritée par le cordon circulaire qui, à cet inconvénient, joint celui de descendre et de se relâcher, d'où sortie du tube ; je supprime ce cordon et je fixe le fil qui traverse le tube à une baudruche enduite de collodion.

Le 2, le collodion ayant irrité la peau, je lui substitue la solution de gomme, qui tient beaucoup moins bien.

Le 4, le bouchon ne pénètre pas à une profondeur plus grande que 3 centimètres; je le laisse cependant encore dans la plaie en le fixant avec une baudruche collodionnée.

Le 9, la suppuration que je trouve chaque jour sur le linge est assez considérable; le pus est bien lié et inodore. Pour m'assurer que la communication est bien rompue entre la poitrine et l'extérieur, j'explore la plaie dans tous les sens avec un petit stylet d'argent. Impossible de l'enfoncer de plus de 3 centimètres. Cette épaisseur dépasse certainement celle de la paroi thoracique à l'état physiologique ; mais elle ne paraîtra pas exagérée si l'on considère l'obliquité du trajet et l'épaississement pathologique des tissus.

Il y a tout lieu de croire que la poitrine est fermée et que le pus vient uniquement de la plaie. Je laisse donc celle-ci se fermer et je la recouvre d'un pansement simple. Il y a aujourd'hui trois mois, jour pour jour, que la maladie a débuté.

Le 24, la plaie est cicatrisée. La santé générale est excellente. J'ausculte une dernière fois la petite malade. La sonorité est un peu moindre en arrière à gauche, comme chez un sujet qui a eu une pleurésie. En avant, sonorité normale. Le murmure vésiculaire est parfaitement naturel; en arrière il est très-net, mais un peu plus faible que du côté opposé. Aucun bruit anormal.

Le cœur est encore un peu déplacé ; la pointe bat à deux travers de doigt en dedans du mamelon. Le côté gauche de la poitrine est légèrement aplati et l'enfant marche un peu de côté.

Le 25 mai 1873, je revois l'enfant dont la santé n'a cessé d'être excellente ; elle est très-active et se livre avec ardeur et sans fatigue à tous les jeux de son âge. La conformation de la poitrine est normale ; la maladie n'a laissé d'autre trace qu'une petite cicatrice infundibuliforme. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune différence entre les deux côtés. Le cœur seul n'est pas revenu complétement à sa place ; sa pointe bat à deux travers de doigt en dehors du mamelon. Il est probable que des adhérences le maintiennent en ce point.

Réflexions. — Pour tout lecteur qui a pris la peine de parcourir cette observation, il demeure évident que l'enfant dont elle rapporte l'histoire a échappé à une maladie d'une gravité indubitable et qui, abandonnée à elle-même ou soumise à un traitement moins radical, se fût terminée infailliblement par la mort. L'existence même de l'hydropneumothorax, maladie qui ne guérit pas spontanément, ainsi que l'apparition de symptômes alarmants, tels que la putridité du pus, sa reproduction rapide, les symptômes d'intoxication : frissons, odeur fétide des sécrétions et des garderobes, prouvent suffisamment ce que j'avance. Les lavages de la plèvre ont donc été d'une incontestable utilité, et je n'ai eu qu'à me louer d'avoir suivi la même voie que M. Laboulbène. Tout justifie cette manière de voir, non-seulement le résultat, mais cette amélioration surprenante qui suivit le premier lavage complet et vint suc-

céder à l'état si triste dans lequel les premières ponctions et les injections à la seringue avaient laissé la malade.

J'abandonnerai donc la question d'utilité et d'opportunité pour m'attacher à quelques points moins connus que cette observation me permet de mettre en lumière.

Le plus important, ce me semble, est le fait du traitement par la ponction et les injections d'un pyopneumothorax survenu d'emblée. Or, depuis que le traitement des épanchements pleuraux a conquis les perfectionnements dont il dispose aujourd'hui, on n'avait pas encore eu, que je sache, l'occasion de tenter pareille épreuve.

Dans l'observation si intéressante de M. Laboulbène, la perforation pulmonaire survint pendant le traitement d'une pleurésie purulente, que l'on combattait par la ponction et les injections iodées; on n'eut qu'à étendre, pour ainsi dire, la méthode en cours d'exécution. Dans le cas actuel, l'existence de la perforation pulmonaire devint évidente dès la première ponction; il fallut immédiatement diriger les efforts du traitement contre l'état morbide complexe qui venait de se révéler.

De ce fait, nous pouvons tirer un enseignement capital, c'est la possibilité de traiter avec succès le pyopneumothorax spontané, et *à fortiori* l'hydropneumothorax qui se présente dans les mêmes circonstances. Jusqu'ici, l'hydropneumothorax passait pour incurable; les rares tentatives de ponction qu'on avait cherché à lui opposer avaient donné des résultats si peu encourageants qu'on les avaient généralement abandonnées. Tout sujet atteint de cette cruelle maladie était voué à une mort certaine, la gravité de son état semblant placée au-dessus des ressources de l'art.

M. Laboulbène nous ayant montré que les grands lavages de la plèvre pouvaient avoir raison de la perforation secondaire, il devenait parfaitement indiqué d'appliquer son système à la perforation primitive. Nous l'avons fait; l'événement nous a donné raison.

L'hydropneumothorax est donc curable, et l'on peut établir que la nécessité d'en instituer le traitement s'imposera à tout praticien. Je me hâte d'ajouter que ce précepte souffre des réserves et que j'ai seulement en vue l'hydropneumothorax simple. Je me garderais bien d'être aussi affirmatif s'il s'agissait de perforations pulmonaires survenues chez des sujets tuberculeux, cancéreux ou autres.

La malade de M. Laboulbène et la mienne n'étaient pas tuberculeuses; la perforation pulmonaire était accidentelle et put se cicatriser sans difficulté. Il est certain que la tuberculose eût apporté des obstacles à la cicatrisation et que les choses se fussent passées tout autrement. L'abstention semble donc devoir être la règle en pareil cas; d'ailleurs, tout scrupule s'évanouit si l'on veut bien se représenter que la perforation pulmonaire chez les tuberculeux est un accident sinon ultime, tout au moins d'une période avancée de la maladie, et qu'il serait peut-être au moins inutile d'entreprendre une œuvre de longue haleine, non exempte de danger ni de fatigue pour le malade, — étant donné son état de cachexie, — dans l'espoir d'une amélioration chimérique et fatalement passagère.

Dans les cas où la tuberculose serait douteuse, comme il arrive souvent chez l'enfant, on n'aurait plus dans le traitement qu'un moyen incertain, il est vrai, mais que le doute seul n'autoriserait pas à négliger.

Le mécanisme par lequel s'est effectuée la perforation dans l'observation présente, mérite aussi d'être noté. L'enfant a été emphysémateuse, et c'est pendant le cours d'une bronchite légère, probablement sous l'influence d'un effort de toux, qu'une vésicule dilatée se sera rompue et aura laissé pénétrer l'air dans la plèvre.

On voit, dans les auteurs, l'emphysème pulmonaire signalé comme cause possible de pneumothorax, par suite de la rupture d'une vésicule; il n'en est pas moins vrai qu'on n'a observé cette suite de l'emphysème que dans des cas extrêmement rares. A ce titre seul, le cas actuel mérite d'être pris en considération.

On pourrait objecter que les symptômes de l'emphysème ayant disparu depuis plusieurs années, l'existence actuelle de cet état morbide pourrait être contestée. Rien de plus vrai. Cependant, si les dilatations vésiculaires ont disparu en grande partie, on peut admettre, sans blesser la vraissemblance, qu'un petit nombre, ou à la rigueur une seule d'entre elles ait persisté et se soit rompue pendant un effort de toux.

On remarquera aussi que la distension emphysémateuse du parenchyme pulmonaire n'a pas été un obstacle à la cicatrisation rapide de la perforation; la vitalité inhérente à l'âge de la malade a contrebalancé heureusement ce que la disposition organique locale pouvait avoir de fâcheux.

Il est encore un autre point sur lequel je voudrais appeler l'attention. Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie sur le traitement de la pleurésie purulente et dans plusieurs travaux remarquables publiés sur la même question, on a insisté sur la nécessité de pratiquer l'opération de l'empyème dans les cas où l'on pouvait croire que la cavité pleurale contenait des fausses membranes trop volumineuses pour se faire jour à travers l'ouverture produite par le trocart. Cette pratique est parfaitement rationnelle, mais peut-être un peu absolue. On a pu voir dans le courant de cette observation que le trajet intercostal a laissé passer à plusieurs reprises des morceaux de fausses membranes assez volumineux et que, de plus, pendant un temps fort long, l'eau du lavage amenait une grande quantité de petits fragments durs, blancs, déchiquetés évidemment de même nature. Il se produisait donc, sous l'influence du courant qui traversait et qui fouillait incessamment tous les coins de la cavité pleurale, un travail de désagrégation qui émiettait, pour ainsi dire, les produits pathologiques et leur permettait de franchir un passage dont l'accès leur eût été fermé s'ils s'y fussent présentés de toute pièce. L'ouverture faite par le trocart et légèrement dilatée par la laminaria, au point d'admettre une sonde n° 17 de la filière Charrière, a donc suffi à tous les besoins et rempli toutes les indications. Serait-il possible de s'en tenir là dans tous les cas? C'est une question qu'il ne m'est pas donné de résoudre. Quoi qu'il en soit, ce moyen mérite d'être tenté tout d'abord; s'il ne réussissait pas, on aurait toujours la ressource de l'empyème. Je suis bien éloigné de vouloir discréditer l'empyème; personne ne reconnaît mieux que moi les excellents résultats de cette opération, mais par cela même qu'il constitue une véritable opération chirurgicale, son emploi peut effrayer bien des praticiens qui ne reculeront pas devant l'application d'un procédé simple et d'une exécution facile, comme celui qui a été employé sur la malade de M. Laboulbène et sur la mienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

DES VARIATIONS DANS LA QUANTITÉ D'URÉE EXCRÉTÉE AVEC UNE ALIMENTATION NORMALE ET SOUS L'INFLUENCE DU THÉ ET DU CAFÉ. Note de M. *E. Roux* présentée par M. *Pasteur*. — Le thé et le café sont considérés depuis longtemps comme des substances s'opposant à la dénutrition des tissus ou, tout au moins, provoquant une assimilation plus complète des aliments ingérés. On arrivait à cette conclusion en partant de ce fait qu'elles diminuaient l'excrétion quotidienne de l'urée.

C'est à ce point de départ que s'attaque M. E. Roux.

Pendant cinq mois il s'est soumis à un régime rigoureusement uniforme. Les variations physiologiques de l'urée éliminée ne dépassaient pas 2 à 5 pour 100.

Dans ces conditions, l'ingestion du café ou du thé déterminait constamment une augmentation notable de l'urée (41 au lieu de 33).

Cette augmentation n'était, d'ailleurs, que passagère. Au

bout de quelques jours le café et le thé n'avaient plus d'influence sensible sur l'excrétion de l'urée qui rentrait dans les limites normales.

Les expériences de M. Roux paraissent avoir été faites dans des conditions qui laissent peu de doute sur leur exactitude. Elles sont en contradiction avec les expériences antérieures sur lesquelles on s'était basé pour classer le café et le thé dans les aliments déperditeurs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

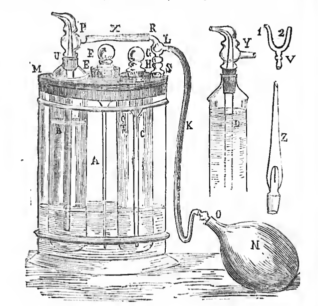
M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de la Haute-Vienne, et pendant l'année 1871 dans le département de la Seine, ainsi que les notes et les rapports des médecins sur le service de la vaccine et sur l'épidémie variolique qui a régné en 1870 et 1871. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de remercîments de MM. *Cabasse, Bringuier, Debey, Bourdin* et *Lombard* père et fils, pour les récompenses qu'elle a bien voulu leur accorder dans sa séance annuelle. — *b.* Un travail de M. le docteur *Cabasse* sur les indications rationnelles de l'emploi des eaux chlorurées sodiques, et en particulier de celles de Bourbonne-les-Bains.

M. *Chauffard* dépose sur le bureau une Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, par M. le docteur *Ch. Mauriac.*

M. *Gubler* offre en hommage, de la part de M. le docteur *Garrigou*, une brochure intitulée : GÉNÉRALITÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES, CONFÉRENCE FAITE A LA SOCIÉTÉ D'HISTOIRE NATURELLE DE TOULOUSE.

M. *Béclard* présente un pulvérisateur hydro-pneumatique à réactions, construit par M. *Galante* sur les indications de M. le docteur *Rengade.* Cet appareil présente les avantages suivants : 1° il permet de poudroyer les liquides médicamenteux par l'air



mêlé de gaz et de vapeurs ; 2° il donne deux pulvérisations simultanées, qui, réagissant moléculairement l'une sur l'autre, produisent le dégagement instantané d'un médicament à l'état naissant, c'est-à-dire à son plus haut degré d'activité ; 3° il peut servir à l'administration de douches légères de vapeurs et de gaz, ou fonctionner à la façon d'un inhalateur.

1° *Pulvérisation d'un liquide médicamenteux par l'air mêlé de gaz et de vapeurs.* — Le gaz dont la préparation est surtout facile et l'emploi particulièrement indiqué, c'est l'*acide carbonique*, dont les excellents effets contre les affections chroniques des voies respiratoires ont été depuis longtemps signalés par les docteurs Villemin, Spengler, Durand-Fardel, Goin, Herpin, Demarquay, Ch. Bernard, etc. L'appareil étant disposé comme le représente la figure, on prépare dans le vase A l'acide carbonique gazeux par les moyens chimiques ordinaires, en introduisant les substances par l'ouverture E, qui doit être aussitôt refermée avec le bouchon muni d'un tube de sûreté. A mesure qu'il se forme, le gaz, aspiré par la poire élastique N, que l'on comprime légèrement, est projeté, mêlé d'air dans le pulvérisateur et la cloche B, la soupape S l'empêchant de refluer dans le récipient d'où il se dégage Dans la cloche C, on verse une petite quantité du liquide volatil dont on veut obtenir les vapeurs. En enlevant le tampon de verre G, l'air pénètre dans cette cloche, fait bouillonner le liquide qu'elle contient et chasse ses vapeurs par l'ouverture T, dans le grand récipient, où elles sont aspirées par la poire élastique.

2° *Production d'un médicament à l'état naissant par deux pulvérisations simultanées réagissant l'une sur l'autre.* — On substitue à la cloche C le pulvérisateur accessoire D, contenant une solution capable de réagir sur celle de la cloche B et l'on fait communiquer en arrière les deux pulvérisateurs par le tube à double courant V, sur lequel on fixe la poire. Les deux brouillards chassés par la pression se confondent l'un avec l'autre, la réaction s'accomplit pour ainsi dire dans chacune de leurs gouttelettes, et l'on obtient ainsi, dans un état de division extrême et à son plus haut degré d'activité, l'agent nouveau qui résulte du phénomène. — L'iode, le soufre, la plupart des substances actives journellement employées dans la pratique médicale, peuvent être préparés de la sorte et directement envoyés au siége du mal.

3° *Douches et inhalations.* — En remplaçant par un tube droit muni d'une soupape Z le pulvérisateur qui communique directement avec la poire, il est facile de projeter en douches intermittentes les fluides gazeux qui se dégagent dans le récipient principal. Pour les aspirer, au contraire, et transformer l'appareil en *inhalateur*, il suffit de détacher la poire élastique du tube de caoutchouc dont l'extrémité se trouve alors munie d'un embout de verre O, destiné à être placé entre les lèvres. On peut, de la sorte, inhaler l'acide carbonique gazeux, les vapeurs de l'iode, du goudron, du chlorhydrate d'ammoniaque, etc., aussi parfaitement qu'avec les divers appareils spécialement destinés à cet usage.

L'Académie, suivant une expression peu française mais consacrée par les événements, « est rentrée dans son repos ». Séance des plus ternes ; le public intéressé des précédentes réunions a disparu, et si l'on compte encore une cinquantaine d'académiciens par ce temps de vacances, c'est qu'il devait y avoir une élection.

L'Académie avait en effet à nommer un membre dans la section de pathologie médicale. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : MM. Hirtz, Villemin, Jaccoud, Peter et Bucquoy.

M. Hirtz est nommé par 30 voix sur 54 votants ; M. Villemin obtient 19 voix M. Jaccoud 4 et M. Peter 1.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — Après cette élection, l'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'étiologie du typhus exanthématique. M. Briquet vient nous donner lecture de la seconde partie de son discours commencé il y a quelques semaines.

M. *Briquet*, après avoir rappelé que l'énumération des épidémies qu'il avait citées avait paru longue à M. Chauffard, lui en cite encore une autre. Il arrive à un total de 70 épidémies démontrant, selon lui, l'existence du typhus des anciens.

M. Chauffard lui avait objecté que c'étaient des épidémies de fièvre typhoïde mal observées. M. Briquet n'admet pas qu'on ait mal observé avant 1830. Il accepte volontiers l'expression de fièvre typhoïde et entend profiter de l'aveu de M. Chauffard, dont tout le travail, dit-il, repose sur cette idée : les épidémies de 1813 et 1815 ont été effroyables ; celles de 1870 ont été relativement bénignes. Quelles sont les causes de cette différence ? Il faut les chercher dans les conditions étiologiques : le typhus de 1814 était le typhus ancien avec lésions intestinales, celui de 1870 était la fièvre typhoïde à forme plus ou moins grave. Donc, conclut M. Briquet, M. Chauffard aurait dû se borner à étudier l'étiologie de la fièvre typhoïde, et il a été très-étonné de le voir s'égarer à côté de la question, s'appesantir sur le typhus *fever*, qui n'était nullement en cause. Il a même entraîné avec lui M. Fauvel, qui nous a parlé des épidémies de Crimée et de Circassie, sujets sans doute fort intéressants, mais qui n'étaient pas dans la question. M. Briquet, à ce propos, relève en passant certains reproches que lui aurait adressés M. Fauvel relativement aux idées de M. Louis sur la fièvre typhoïde.

Arrivant ensuite à la seconde forme du typhus, le typhus *fever* exanthématique dont on a voulu faire une nouvelle maladie et que connaissait parfaitement M. Louis, M. Briquet en étudie tous les caractères. Il se distingue de la fièvre typhoïde par l'absence de gargouillement, de taches rosées, de diarrhée, de lésions intestinales, s'accompagne généralement d'un exanthème spécial, d'où le nom de typhus exanthématique. Sa marche est plus rapide que la fièvre typhoïde, sa gravité beaucoup plus grande, et il peut tuer en deux ou trois jours. Au point de vue étiologique, il peut être sporadique ou épidémique et se développe sous une influence miasmatique due à l'encombrement et à la famine.

Ce discours terminé, M. *Chauffard* répond à M. Briquet que la question est jugée depuis longtemps; il ne répondra donc pas pour ne pas prolonger indéfiniment une discussion inutile.

M. *Bouillaud* pense de même en demandant la parole, non pour répondre à M. Briquet, mais pour affirmer d'une façon bien nette, bien positive, les opinions de M. Louis sur la fièvre typhoïde. M. Louis, dit-il, avait parfaitement reconnu, étudié et décrit les lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde ; pour lui, la nature de cette affection était parfaitement établie.

M. Bouillaud ajoute que, du reste, sans vouloir rabaisser le mérite de M. Louis, d'autres avant lui, comme Prost, Petit et Serres, M. Andral et lui-même M. Bouillaud, avaient reconnu et étudié ces lésions si bien décrites par M. Louis dans son Traité de la fièvre typhoïde « Déjà dès cette époque, dit encore M. Bouillaud, j'avais insisté d'une façon toute spéciale sur les relations qui existent entre les lésions locales de l'intestin et les phénomènes généraux, point de la question qui avait échappé à M. Louis ou qu'il n'avait pas assez mis en relief. »

Cette courte et intéressante improvisation, qui a été écoutée avec attention par le peu d'académiciens qui restaient, nous mène jusqu'à cinq heures, et M. le président renvoie à la prochaine séance la lecture d'un rapport de M. Giraldès sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

ABCÈS DU FOIE OUVERT DANS LA VEINE CAVE. — DE L'HERPÈS LABIALIS. — MALADIES RÉGNANTES EN AVRIL, MAI ET JUIN. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE. — DES INHALATIONS DE CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES.

M. *Léon Colin* communique une observation rare d'abcès du foie ouvert dans la veine cave, et présente les pièces anatomiques à l'appui.

Obs. — Un soldat qui avait séjourné pendant trois ans au Sénégal et y avait contracté à plusieurs reprises des fièvres intermittentes, et consécutivement une anémie intense, était rentré en France à la fin de 1871. Un traitement approprié, puis une saison à Vichy en 1872, avaient procuré une amélioration notable. Mais au mois de décembre de la même année, cet homme entrait au Val-de-Grâce; il était très-fatigué, anémique, souffrait de dyspnée avec douleurs sourdes dans le flanc droit, avait de fréquents accès fébriles irréguliers, et enfin il présentait une teinte subictérique très-accentuée.

Malgré l'absence certaine de dysentérie antérieure, M. L. Colin diagnostiqua un abcès du foie, en raison de la dyspnée et des douleurs du flanc droit, de la persistance des accès fébriles, qui n'étaient pas influencés par le sulfate de quininine, l'arsenic, le tannin, etc., et enfin en raison du séjour du malade dans les pays chauds.

Trois mois après son entrée au Val-de-Grâce, cet homme devint plus malade : fièvre rémittente à forme hectique, douleurs plus vives, ayant leur maximum au-dessous du mamelon droit; douleur vive empêchant tout sommeil au sommet de l'épaule droite. M. Colin pensa alors que l'abcès du foie avait tendance à s'ouvrir dans le thorax. Le malade succomba en mai 1873 à des symptômes asphyxiques; quelques crachats rouillés s'étaient montrés dans les derniers temps de la vie.

L'autopsie montra un abcès gros comme une orange, logé dans la partie inférieure du lobe droit du foie. La cavité de l'abcès était circonscrite par une fausse membrane. Cet abcès communiquait par une ouverture d'environ 25 millimètres avec la veine cave ; le pus de l'abcès s'était déversé dans la veine.

Sur la surface convexe du foie et au point le plus élevé du lobe droit, se trouvait une cicatrice rétractée, indice d'un ancien foyer inflammatoire guéri. Dans l'intestin, aucune trace de lésions anciennes attribuables à la dysentérie; rate volumineuse.

Dans les poumons, on trouve une dizaine d'abcès superficiels contenant chacun environ 100 grammes de pus blanc, homogène. Autour de ces foyers le tissu pulmonaire est sain. Il est seulement un peu tassé sur lui-même. Rien au cœur.

Les points les plus saillants de cette observation sont : 1° l'absence de dysentérie antérieure; 2° l'existence d'une cicatrice à la surface du foie, indiquant probablement la guérison spontanée d'un premier abcès, guérison qui a dû s'opérer pendant l'été 1872, alors qu'il se produisit une amélioration notable.

L'intérêt spécial de cette observation est surtout dans la communication de l'abcès avec la veine cave, et surtout la production de collections purulentes dans le parenchyme pulmonaire. Ces deux faits sont extrêmement rares. L'ouverture des abcès des pays chauds dans la veine cave a été considérée comme possible, mais Andral dit qu'on ne l'a observée qu'une fois. L'existence des collections purulentes dans le parenchyme pulmonaire, sans trace d'inflammation, semble être le résultat du dépôt mécanique du pus charrié dans le sang de l'artère pulmonaire. Dans aucun autre organe il n'y avait de pus.

M. Colin fait remarquer que si un des abcès du poumon s'était ouvert et vidé par les bronches, on n'aurait pas hésité, pendant la vie, à considérer l'expectoration purulente comme la preuve de la pénétration directe du pus hépatique dans les bronches à travers le diaphragme.

M. *Bourdon* dit avoir vu plusieurs cas dans lesquels l'ouverture de foyers purulents du foie non enkystés a causé la mort avec les signes de l'infection putride.

M. *Woillez* demande si le passage du pus dans la veine cave a donné lieu à des symptômes saisissables chez le malade de M. Colin. Dans son Dictionnaire de diagnostic médical, il a rapporté, d'après un auteur allemand, un fait d'ouverture d'un abcès dans la veine cave et, dans ce cas, on avait vu survenir aussitôt des accidents graves.

M. *Colin* répond que son malade a ressenti, à un certain moment, des douleurs vives dans la région diaphragmatique, et qu'alors on ne put penser qu'elles fussent dues à la rupture de l'abcès dans la veine.

— M. *Moutard-Martin* lit un rapport sur un mémoire inédit adressé par M. le docteur Lagout, ancien interne des hôpitaux, médecin des hospices d'Aigueperse et d'Effiat, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Le mémoire a pour titre Observations et considérations sur l'herpès labialis. L'auteur considère l'herpès labialis comme une fièvre éruptive épidémique ou sporadique, ayant une évolution normale, typique, et se terminant par la guérison, mais ayant parfois une évolution anormale et pouvant amener la mort.

M. Lagout s'appuie sur de nombreuses observations et sur une épidémie qu'il observa en 1864.

Adoptant donc cette opinion que l'herpès labialis constitue une fièvre éruptive à cycle défini, il reconnaît cependant qu'il n'est pas contagieux, qu'il récidive souvent et qu'il attein tous les âges.

M. Lagout décrit ensuite l'angine herpétique qui coïncide souvent avec l'herpès des lèvres, ainsi que Bretonneau, Trousseau, Gubler, Lasègue, l'ont signalé. Puis il passe à la pneumonie herpétique. M. Moutard-Martin critique avec raison l'entraînement auquel M. Lagout a succombé en généralisant outre mesure, et en voulant constituer une pneumonie herpétique; cependant il reconnaît que sa thèse est défendue avec talent.

— M. *Er. Besnier* lit le rapport sur les maladies régnantes pendant les mois d'avril, mai et juin 1873.

Ces rapports, toujours faits avec précision et talent, diffèrent peu les uns des autres quand la constitution médicale ne subit que peu de variations. Les cas particuliers observés par les médecins des hôpitaux sont habilement groupés par M. Bes-

nier, qui réussit toujours à en tirer quelques considérations générales intéressantes. L'abondance des matières nous obligera souvent à écourter beaucoup nos comptes rendus, mais nous nous efforcerons de mettre en saillie les points importants qui font l'originalité de ces rapports.

Pendant ce trimestre, rien de bien saillant, aucune épidémie n'obscurcit l'horizon sanitaire. M. Besnier en profite pour faire une revue de statistique médicale. Nous ne pouvons le suivre dans ses chiffres et ses tableaux comparatifs de mortalité due aux diverses maladies. Cela échappe à l'analyse, et nous renvoyons nos lecteurs statisticiens aux numéros du 29 juin et du 5 août de l'Union médicale.

Relevons cependant dans ce rapport quelques faits.

L'épidémie diphthéritique reste grave malgré l'arrivée de l'été. La trachéotomie a procuré peu de guérisons.

Le rhumatisme articulaire s'est montré fréquent, mais généralement bénin. La triméthylamine et son chlorhydrate, si bruyamment et si prématurément vantés, n'ont pas jusqu'ici fait plus de merveilles que le sulfate de quinine, la vératrine, le nitre, etc. MM. Laboulbène et Bucquoy ne paraissent pas enthousiasmés par leurs essais.

La variole continue à se tenir sur la réserve : aucun décès de variole pendant tout le trimestre dans les hôpitaux.

Érysipèles fréquents pendant ces trois mois et particulièrement graves en juin. Un cas d'érysipèle de la face ayant débuté par la paupière, laquelle en quelques jours fut frappée de gangrène, *chez un employé de la Maternité*, et ayant amené une adénite suppurée du cou. M. Bucquoy, qui signale le fait, ne doute pas que l'érysipèle n'ait été dû à une inoculation d'un élément septique puisé dans les salles de la Maternité, et pratiquée par le malade en se grattant la paupière. L'érysipèle ambulant, avec traînées de lymphangite et œdème, a été observé par M. Laboulbène qui reconnaît une différence marquée entre ces érysipèles ambulants et ceux de la face. La contagion de l'érysipèle s'est plusieurs fois manifestée. Dans un érysipèle secondaire, contracté à l'hôpital par une jeune fille atteinte de lupus scrofuleux, M. Er. Besnier a vu l'érysipèle avoir pour point de départ des piqûres faites dans la région du trapèze pour des injections sous-cutanées de sublimé. De chaque piqûre il a vu rayonner de bas en haut des traînées de lymphangite qui montèrent vers la face et envahirent la partie occupée par le lupus. Les caractères de la lésion consécutive à ces traînées de lymphangite ne différaient en aucune façon de ce qu'on est convenu d'appeler érysipèle, quoi qu'en ait dit M. Raynaud dans la discussion récente. Dans ce cas aussi M. Besnier assista à ce fait bien connu de la guérison du lupus par l'érysipèle, alors que les traitements les plus énergiques avaient échoué. Enfin cette jeune fille, bien que soumise à une médication tonique, tomba, à la suite de cet érysipèle, dans un état d'anémie suraiguë, en même temps qu'on constatait chez elle les symptômes d'une endocardite intense, d'où est résultée une insuffisance mitrale.

Ces endocardites secondaires dont on signale aujourd'hui la relation avec tout une série d'affections (diphthérie, érysipèle, infection purulente, fièvres éruptives, etc.) trouvent peut-être leur raison d'être, non dans quelques conditions particulières à ces affections, mais plutôt dans une altération commune du sang qui survient dans celles-ci.

Pendant ces trois mois de printemps et d'été, les affections des voies digestives sont naturellement devenues plus fréquentes. Un certain nombre de cas de *choléra nostras*, bénins, de courte durée, tout individuels, ont été signalés.

La statistique de mortalité des femmes en couches établit comme précédemment les avantages des accouchements à domicile.

Le rapport de M. Besnier se termine par des aperçus de la constitution médicale de Lyon (M. Fonteret), Bordeaux (M. H. Gintrac) et Rouen (M. Leudet). On y remarque des différences assez notables. A Lyon, à Rouen, la fièvre typhoïde a été exceptionnellement fréquente et grave. A Bordeaux, elle a été rare. A Rouen, le croup, généralement rare, n'a donné qu'un décès, pendant qu'à Paris, à Lyon, la diphthérie a été très-sévère. A Bordeaux, les affections des centres nerveux (méningites, méningo-encéphalites mortelles, congestions et apoplexies cérébrales) prennent de la fréquence en juin. La fièvre puerpérale a exercé ses ravages à la Charité de Lyon. Enfin, à Rouen et à Lyon, la propylamine n'a pas, plus qu'à Paris, fourni de succès brillants dans le rhumatisme.

Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse. — MM. Hérard et Desnos viennent aujourd'hui faire de nouvelles brèches à la théorie de M. Féréol et aussi à l'hypothèse de la piqûre du poumon défendue par M. Woillez.

M. *Hérard*, dans une discussion très-serrée, très-lucide, élégamment poursuivie, démontre que la congestion séro-sanguine du poumon existe bien réellement après la thoracocentèse, et qu'elle est l'unique cause de l'expectoration séro-albumineuse, et qu'enfin toute autre explication est inadmissible et sans fondement.

La physiologie, la pathologie démontrent péremptoirement que, sous l'influence d'une perturbation du pneumogastrique, le poumon peut s'œdématier, et qu'une exhalation séro-sanguine peut se produire à la surface des bronches. Les preuves expérimentales et nécroscopiques abondent. D'autre part, la différence de composition chimique entre les deux liquides, l'un expectoré, l'autre contenu dans la plèvre, détruit toute idée de passage de l'épanchement à travers le parenchyme pulmonaire. M. Hérard saisit ensuite chacun des arguments invoqués par M. Féréol; il en montre le peu de consistance, et enfin conclut que la fistule pleuro-bronchique inventée par M. Féréol est invraisemblable. Quant à la piqûre du poumon par le trocart, soutenue par M. Woillez, si elle est vraisemblable, elle est le plus souvent inadmissible en raison de l'abondance de l'épanchement, de l'absence de pneumothorax consécutif, en l'absence d'hémorrhagie. D'ailleurs, M. Woillez reconnaît maintenant que l'expectoration albumineuse « est due quelquefois, très-rarement si l'on veut », à la perforation traumatique. Il est donc bien près de se rendre et d'accepter la théorie de la congestion pulmonaire.

M. *Desnos* s'attache à démontrer que la présence de gaz dans la pompe de l'aspirateur au moment de l'aspiration du liquide de la plèvre ne prouve en aucune façon la perforation du poumon. Il y a là un phénomène purement physique : un gaz tenu en dissolution dans un liquide se dégage au moment où la pression barométrique diminue. M. Desnos a constaté le fait dans des circonstances où une communication avec le poumon était inadmissible, telles que dans des ponctions de kystes hydatiques du foie, etc.

Par les mêmes raisons que M. Hérard, il repousse l'idée de la piqûre ainsi que la perforation spontanée du poumon ; ses conclusions sont identiques avec celles de M. Hérard.

— M. *Libermann* lit un mémoire sur les *inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires.*

L'idée de substituer les inhalations ammoniacales à l'administration par l'estomac des préparations d'ammoniaque dans les affections des bronches remonte à l'année 1837. Fuchs, plus tard M. Lasègue, puis en 1855 le docteur Gincler, et enfin en 1864 le docteur Loervin, eurent recours à cette médication.

Le docteur Loervin fit construire un appareil fort simple qui rendit la médication facile. Il se compose de trois flacons, deux d'une contenance de 60 grammes, le troisième d'une contenance de 150 grammes environ. Dans le premier, on met 60 grammes d'acide chlorhydrique; dans le second, 60 grammes d'ammoniaque caustique; dans le troisième, de l'eau aromatisée ou additionnée d'une substance médicamenteuse, iode, térébenthine, acide phénique, eucalyptol, etc. Ce troisième flacon sert de laveur et il est muni de plusieurs tubes dont l'un, introduit dans la bouche, sert de tube aspirateur, et les

deux autres amènent dans le flacon laveur les vapeurs provenant des deux premiers flacons. Les tubes, les uns de verre, les autres de caoutchouc, sont disposés de telle sorte que, l'aspiration se faisant, des vapeurs d'ammoniaque et des vapeurs d'acide chlorhydrique sont entraînées dans le flacon laveur et viennent se combiner et faire du chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Le malade aspire cette fumée blanche.

Le premier effet produit est une irritation assez vive du larynx et des bronches. Au bout d'un certain temps, l'épithélium de la muqueuse tombe; les sécrétions normales ou pathologiques s'exagèrent pendant les premiers jours, puis l'irritation se calme et la muqueuse et ses produits tendent à rentrer dans l'état normal. Ces inhalations déterminent une certaine stimulation générale: accélération du pouls, sensation de chaleur assez agréable, parfois des sueurs et de la diurèse.

M. Libermann, qui a largement expérimenté cette méthode, constate qu'on obtient une sédation assez rapide et parfois une guérison durable. Il a traité de la sorte l'angine granuleuse (102 cas, 18 guérisons, 72 améliorations, 20 insuccès — l'angine d'origine herpétique est particulièrement rebelle), la bronchite chronique, l'asthme, l'angine de poitrine, la coqueluche (12 cas, 7 guérisons en 3, 4 et 5 semaines).

Les inhalations doivent être répétées pendant cinq ou dix minutes, quatre fois par jour. Pendant le traitement, il faut s'abstenir de tabac et de liqueurs.

L'action topique sur les cordes vocales est saisissable par le laryngoscope. Celles-ci d'abord deviennent rouges, puis après la première journée elles pâlissent, leurs contractions deviennent plus franches, plus rapides, et la voix reprend son timbre et sa force normale.

Les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque ont été aussi appliquées et avec avantage aux maladies des fosses nasales et des trompes d'Eustache.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HYDROCÈLE. — POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

M. *Lannelongue* fait une communication sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle. Dans l'hydrocèle simple de la cavité vaginale, les rapports de l'épididyme avec le testicule sont modifiés: l'épididyme s'éloigne de la glande, se place au-dessus d'elle, s'allonge et s'étale à la surface de la tumeur. Quand un épanchement se fait dans la tunique vaginale, les deux feuillets de la séreuse ne sont plus adossés; la cavité ne peut s'accroître qu'aux dépens du feuillet pariétal; ce feuillet se tend dans toute son étendue: le testicule s'immobilise dans un point déterminé, tandis que l'épididyme devient plus mobile et flotte dans la cavité vaginale. Si l'épanchement augmente, l'épididyme se sépare encore plus de la glande testiculaire, ses faces changent de rapports; puis le bord antérieur devient une face et les faces deviennent des bords. La partie moyenne de l'épididyme s'applique de plus en plus sur la paroi pariétale de la séreuse, mais la tête et la queue sont plus rapprochées du testicule. Au niveau de la tête, le feuillet séreux s'étale en avant, et il ne reste que le conduit vecteur du testicule pour unir ces deux organes. Plus tard les cornes se déroulent; la queue reste à sa place, la tête s'isolant de plus en plus. M. Lannelongue a fait ces observations sur cinq hydrocèles du volume du poing environ, les sujets ayant quarante-cinq, cinquante, soixante, soixante-dix, soixante-quatorze ans. Depuis qu'il est chirurgien de Bicêtre, il a fait l'examen anatomique de dix-huit hydrocèles.

Quel est l'état de la fonction spermatique chez les individus atteints d'hydrocèle? Sur les cinq sujets examinés par M. Lannelongue, on ne trouvait pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale ni dans l'épididyme, et cependant le testicule lui-même paraissait sain. En 1856, M. Duplay père a démontré que cinq fois sur cinq cas d'hydrocèle il n'y avait pas de spermatozoïdes, mais il ne note pas le volume de l'hydrocèle. En 1867, M. Dieu, dans cinq cas d'hydrocèles volumineuses et anciennes, ne trouva pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale correspondante. M. Liégeois a publié quatre observations prises sur le vivant, sur des individus de cinquante et un à soixante ans; l'un avait deux hydrocèles du volume d'un œuf d'oie; l'autre deux hydrocèles du volume d'un œuf de poule: chez ceux-là pas de spermatozoïdes dans le sperme. Un autre avait une épididymite d'un côté et une hydrocèle de l'autre côté: on constatait de 5 à 20 spermatozoïdes au lieu de 150 à 200. M. Roubaud rapporte l'histoire d'un individu qui avait deux hydrocèles, pas de spermatozoïdes; on fit la ponction, les spermatozoïdes revinrent; quand le liquide reparut, les spermatozoïdes disparurent du liquide séminal.

Les hydrocèles peu volumineuses n'amènent pas la suppression complète des spermatozoïdes; mais ces corpuscules se modifient et s'altèrent dans les voies séminales elles-mêmes. M. Duplay père a signalé ce fait il y a vingt ans; il disait que sur 27 fois où il avait trouvé des spermatozoïdes dans les vésicules séminales chez des individus atteints d'hydrocèle, il avait trouvé les uns sans tête, les autres sans queue; il pensait que c'étaient des spermatozoïdes incomplétement développés. C'est une erreur d'interprétation qui vient de ce que M. Duplay père n'a étudié le sperme que dans les vésicules séminales; mais on peut en trouver dans l'épididyme, et quand ils s'altèrent c'est à partir de la tête de l'épididyme. C'est une altération régressive. Fréquemment des granulations protéiques se forment à l'union de la tête et de la queue; il en résulte la séparation de ces deux parties, qui s'altèrent à leur tour.

Comme conclusion pratique, la thérapeutique doit intervenir promptement, si l'on ne veut pas que les fonctions spermatiques soient altérées.

M. *Tillaux* demande à M. Lannelongue s'il ne faut pas faire intervenir, pour expliquer la disparition des spermatozoïdes, l'induration de l'épididyme, décrite par M. Panas, plutôt que la présence du liquide dans la cavité vaginale.

M. *Guyon* pose la même question. Les lésions observées par M. Panas se retrouveront quand on les cherchera; il a pu les constater. Il y aurait donc à faire la part des deux lésions.

M. *Lannelongue.* M. Panas signale l'induration de la queue de l'épididyme chez des individus qui n'ont pas eu d'épididymite ni d'orchite; parfois même pas de blennorrhagie; aussi il nie l'hydrocèle primitive sans lésions. M. Lannelongue a voulu étudier cette induration à Bicêtre; il a vu 23 cas d'hydrocèles bien développées; il n'a jamais rencontré l'induration signalée. Au niveau de la queue de l'épididyme, l'enveloppe fibreuse est très-épaissie; quand on a vidé la poche on trouve, non pas l'induration de l'épididyme, mais cet épaississement fibreux. M. Lannelongue a parfois trouvé le canal déférent plus sinueux, mais jamais induré. Et les malades de M. Panas, pourquoi auraient-ils cette induration? Ils n'ont jamais eu d'affection de l'épididyme ou du testicule. Il y a donc des hydrocèles qui paraissent primitives.

Sociétés savantes des départements.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (compte rendu des séances du mois d'avril 1873, in *Lyon médical*, 3 août 1873).

SUR QUATRE FAITS DE PEMPHIGUS AIGU.

Pour me servir d'une locution triviale peut-être, mais qui rend admirablement la réalité des choses, je dirai que les faits sont la matière première qu'emploie la pensée de l'homme

pour fabriquer la science. Et de même que dans l'industrie l'ouvrier malhabile ne tire d'une matière première excellente que des produits sans valeur, de même dans la science vous pouvez n'aboutir qu'à de mauvais résultats tout en ne maniant que des faits parfaitement exacts.

M. Hébra, Autrichien, n'a pas vu un seul cas de pemphigus aigu sur un million de malades affectés de maladies de peau : il en conclut que très-probablement le pemphigus aigu n'existe pas. M. Horand relève l'erreur et fait observer, avec juste raison, que le fait de M. Hébra ne prouve qu'une chose, c'est que le professeur de Vienne, très-mal servi par les circonstances, n'a pas rencontré un seul cas de pemphigus aigu sur un nombre immense de malades.

Mais voilà que M. Horand, si sagace quand il s'agit du cas de M. Hébra, se laisse choir immédiatement dans une erreur analogue. M. Horand pratique l'autopsie d'un homme mort de pemphigus aigu. L'intestin ne présente aucune lésion; il en conclut aussitôt que jamais il n'y a de bulles sur la muqueuse gastro-intestinale dans le pemphigus aigu; et même il s'écrie: « Je suis étonné que M. Lailler ait vu des bulles sur la muqueuse de l'estomac! » Nous dirons à M. Horand : Le fait que vous rapportez prouve que dans le cas observé par vous il n'y avait point de bulles sur la muqueuse des voies digestives; mais il ne saurait prouver qu'il n'y en eut point dans le fait observé par M. Lailler.

M. Horand a recueilli deux observations de pemphigus aigu fébrile. Je veux bien accorder pour le moment que ces deux cas sont de même nature; mais s'ensuit-il nécessairement que tous les pemphigus aigus ont été, sont et seront à jamais de même nature? S'ensuit-il que pemphigus aigu fébrile, varicelle, herpès généralisé fébrile, soient, comme il le dit, de simples variétés d'un exanthème fébrile abstrait que l'on appellera *fièvre herpétique*, et mieux, pour éviter la confusion dans les termes, *fièvre vésiculeuse?*

Dans le courant de la discussion soulevée au sein de la Société des sciences médicales par la communication de M. Horand, MM. Gailleton et Laure ont raconté chacun un fait de pemphigus aigu. Voilà donc quatre faits de pemphigus aigu rassemblés fortuitement. Je vais les donner, et je crois que vous affirmerez comme moi, après les avoir comparé, qu'il ne s'agit point d'une seule et même affection morbide tourmentant quatre individus différents, mais qu'il s'agit de quatre maladies différentes, portant le même nom tiré d'un symptôme analogue — éruption vésiculeuse et bulleuse; — symptôme qui par sa singularité ou son importance a frappé plus vivement les médecins.

Premier fait, d'après l'observation publiée par M. Horand.

Un garçon tripier, âgé de dix-sept ans, tombe malade à la suite d'un travail plus pénible que d'ordinaire. Il présente de la diarrhée, du larmoiement, une éruption vésiculeuse à l'extrémité des doigts et des orteils, une fièvre modérée.

L'éruption vésiculeuse et bientôt bulleuse s'étend rapidement à toutes les parties du corps, à la langue, au pharynx, et présente tous les caractères du pemphigus.

A mesure que l'éruption se généralise et se développe, la fièvre s'accroît, devient continue et le malade s'affaiblit.

Le neuvième jour, l'aspect du corps du malade est tel qu'on dirait un brûlé. L'abattement est considérable, les souffrances vives, la suppuration abondante. Température axillaire du matin, 39°,2; le soir, 40°,2. Dans la journée, syncope fugace à la suite d'un léger effort.

Le matin du dixième jour, la température atteint 40°,4, et le malade meurt vers midi.

L'autopsie ne révèle l'existence d'aucune lésion interne remarquable. Le foie est très-volumineux, friable, congestionné et gras.

La nature de cette maladie est évidemment fort obscure. On a prononcé le mot *malignité;* le mot *gravité*, ce me semble, conviendrait mieux. L'affection, en effet, a-t-elle tué le malade directement par sa nature primitivement et essentiellement pernicieuse? Ou plutôt l'issue funeste n'est-elle point due à la grave exagération de la lésion cutanée, l'individu succombant à la suppression des fonctions de la peau et aussi à la douleur et à la suppuration abondante?

Deuxième fait, d'après l'observation publiée par M. Horand.

Le 12 juin 1872, M. Horand reçoit dans son service d'hôpital une jeune fille âgée de quatorze ans, scrofuleuse, affectée d'ostéite suppurée du premier métacarsien du côté gauche, d'une adénite sous-maxillaire du même côté et d'une bronchite légère.

Huit mois après, vers la fin de février 1873, cette jeune fille est saisie, apparemment sans cause connue, d'inappétence, de douleurs sourdes à l'estomac, de courbature et d'agitation pendant le sommeil.

Le 2 mars, céphalalgie, tuméfaction des paupières, injection des conjonctives, toux fréquente et sèche, déglutition douloureuse, épistaxis.

Le lendemain soir, léger frisson, et le 4, en s'éveillant, la malade constate l'existence d'une éruption. L'exanthème répandu sur diverses parties du corps est constitué par de grosses vésicules et par des plaques érythémateuses, de dimensions variables, saillantes, et sur lesquelles apparaissent ou des bulles ou des vésicules.

L'éruption se généralise les jours suivants. Les vésicules se développent sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et sur le bord libre des paupières. La conjonctive sécrète abondamment des mucosités catarrhales. La fièvre, modérée d'abord, s'élève plus forte à mesure que s'étend et se développe l'éruption. Le 7 et le 9 au soir, la température axillaire atteint son point culminant, 40°,6.

Le 6 mars, les épistaxis apparaissent de nouveau, persistent le 7 et le 8. La nuit du 8 est fort agitée, et le 9 le sang s'écoule presque continuellement par les narines. L'après-midi, la face est très-colorée; la peau se couvre d'une sueur abondante et générale.

Le lendemain, la malade est fort affaiblie. La température descend de 40°,6 à 38°,2, et ne s'élève le soir que jusqu'à 39°,2. Un groupe de vésicules apparaît à la commissure labiale droite.

Pendant ce temps, bulles et vésicules ont évolué. Certaines bulles sont en plein accroissement, d'autres sont exulcérées, d'autres se cicatrisent.

Le 13, nouvelle poussée de petites bulles aux mains et aux avant-bras. L'état général est satisfaisant.

Cette amélioration s'accentue de jour en jour. La fièvre est modérée. Malgré cela, la malade perd involontairement sous elle les urines et les matières fécales. L'éruption bulleuse se localise à la paume des mains et à la plante des pieds. Les ulcérations des fesses sont toujours douloureuses et se cicatrisent avec lenteur.

Le 19, nouveaux accidents. Frissons, rachialgie, épistaxis, fièvre.

La rachialgie cesse bientôt; mais les épistaxis continuent jusqu'au 23. Il apparaît encore quelques bulles sur le ganglions sous-maxillaire scrofuleux.

Enfin, du 24 au 30, la convalescence s'établit, l'incontinence d'urine et des matières fécales disparaît, la fièvre tombe, l'appétit renaît et il ne reste plus que des traces de l'éruption.

Pendant tout le cours de la maladie, médication tonique. A l'extérieur, amidon et cérat de Goulard laudanisé.

Je veux bien appeler *pemphigus aigu fébrile* cet état morbide, mais je ne croirai jamais l'avoir suffisamment caractérisé dans sa nature en lui imposant ce nom. Sans doute l'éruption bulleuse est un symptôme important de la maladie; cependant remarquons aussi les hémorrhagies répétées et ces fluxions qui successivement affectent les muqueuses, la peau et même les centres nerveux : ce sont deux ordres de symptômes que ne devra point négliger, je crois, celui qui voudra fixer la nature de la maladie dont fut affectée la jeune scrofuleuse.

Notons, à propos de cette histoire, et comme curiosité :

1° La confirmation de l'aphorisme *Duobus laboribus simul obortis...*

« Du 20 au 23 mars...., la fistule osseuse de la main, qui, depuis le début de l'éruption, avait cessé de suppurer, recommença à donner du pus. »

2° Le développement d'une plaque de favus, — le parasite existait dans la salle, — à la partie interne du genou droit pendant la convalescence.

« Le [5] avril...., cette plaque, caractérisée par plusieurs petits godets types, a pris naissance sur le point qu'occupait une bulle et où la peau était encore hypérémiée et la couche cornée peu développée. »

Le favus disparaît sous l'action de la teinture d'iode, et le 2 mai la malade quitta l'hôpital, ne présentant plus aucune trace ni de pemphigus ni de favus. Les manifestations scrofuleuses persistaient.

Troisième fait, raconté par M. Gailleton.

Une femme de trente-sept ans avait des poussées d'eczéma aigu sur les mains. Cet eczéma se composait de plaques, de vésicules persistantes et rebelles à tout traitement.

Un jour, après un très-vif chagrin, son eczéma disparut; mais quelques jours après elle eut un accès de fièvre, suivi d'un pemphigus aigu généralisé. La grosseur des bulles variait de celle d'une noix à celle d'une tête d'épingle. La tête seule était à peu près indemne.

Les symptômes généraux provenaient de l'éruption de la gorge et du tube digestif. La malade présentait de l'enrouement, de la gastralgie et de la diarrhée.

La maladie dura trente-cinq jours et se termina par la guérison.

Quatrième fait, raconté par M. Laure.

M. Laure a eu l'occasion de voir un cas de pemphigus aigu terminé par la mort.

C'était à Besançon, pendant une épidémie de fièvre typhoïde qui offrait ceci de particulier qu'avec les lésions intestinales caractéristiques de la dothiénentérie, les malades présentaient une éruption semblable à celle que l'on observe dans le typhus.

Dans ce cas de pemphigus, les bulles étaient caractéristiques et siégeaient sur toutes les parties du corps.

A l'autopsie, on a trouvé les lésions intestinales de la fièvre typhoïde.

Gilibert, dans son livre, ajoute-t-il, parle d'une épidémie de pemphigus très-grave terminée fréquemment par la mort; mais les lésions intestinales ne sont pas mentionnées : peut-être a-t-il eu affaire à des cas analogues au mien.

L'insinuation de M. Laure à l'égard de l'épidémie de pemphigus observée par Gilibert m'a remis en mémoire l'observation suivante de MM. Schédel et Cazenave, sur laquelle je m'étais formé une fausse opinion.

« Les symptômes généraux qui accompagnent le pemphigus sont quelquefois très-légers, et même les malades ne s'alitent pas, surtout dans le pemphigus successif; mais dans d'autres cas ils sont très-intenses, principalement dans le pemphigus simultané, que nous avons vu accompagné de symptômes graves, quelquefois d'une *véritable fièvre typhoïde*. »

J'avais cru d'abord qu'il s'agissait de l'*état typhoïde* et non de la *dothiénentérie;* j'avais méconnu la portée de l'adjectif *véritable* qualifiant *fièvre typhoïde*. Le cas de M. Laure éclaire l'interprétation du texte : MM. Schédel et Cazenave ont certainement voulu dire qu'ils avaient vu associés ensemble la lésion pemphigus et la maladie fièvre typhoïde.

Voilà ces quatre cas remarquables de pemphigus aigus. Ils diffèrent évidemment l'un de l'autre, non par des circonstances accidentelles, mais essentiellement par nature. Les considérer comme étant des variétés d'une même affection, n'est-ce point un résultat faussé? Il ne faut pas se laisser prendre aux mots. Il existe plus d'états morbides essentiels que nous n'avons de termes distincts pour les désigner; c'est pourquoi nous imposons à ces états innominés le nom du symptôme remarquable, insolite, prédominant; c'est pourquoi sous le même nom vous trouvez souvent, quand vous allez au fond des choses, des maladies fort différentes. Nous venons d'en juger par le pemphigus aigu.

V. Audhoui.

REVUE DES JOURNAUX.

Excrétion d'iode et de brome par la glande mammaire, par le docteur Loughlin.

Si les résultats obtenus par l'auteur sont confirmés, ils offrent une grande importance pratique. En effet, suivant M. Loughlin, après un usage prolongé de bromure et d'iodure de potassium, soit par exemple 1,8 d'iodure de potassium par jour pendant deux semaines, on peut retrouver chez les nourrices l'iode ou le brome dans le lait. Pour rechercher ces agents dans le lait, on fait bouillir celui-ci, et après avoir filtré l'extrait aqueux, on le fait distiller avec le permanganate de potasse et l'acide sulfurique, on traite le produit de la distillation par le sulfure de carbone ou le chloroforme. On peut procéder différemment. Faisant bouillir jusqu'à réduction en pâte le lait, on le traite par l'eau chlorurée, et le produit de la filtration est mis pendant vingt-quatre heures dans le sulfure de carbone ou le chloroforme. Dans ces deux manières d'opérer on voit la coloration caractéristique de l'iode et du brome. (*Philadelphia Medical Times*, 1873, n° 501.)

L'acide iodique en injections hypodermiques, par le docteur Luton.

Depuis les communications faites en 1863 par M. Luton sur la médication substitutive parenchymateuse (voy. *Gaz. hebd.*, 1863, p. 653 et 859), ce chirurgien a été amené à étudier un agent chimique dont l'efficacité serait tout à fait remarquable. Il s'agit de l'acide iodique.

L'acide iodique est très-soluble dans l'eau; on peut en faire des dissolutions au cinquième; c'est celle que M. Luton emploie de préférence. A cette dose, l'acide iodique ne produit pas d'eschares; mais il imprime au tissu au milieu duquel il est injecté une modification assez profonde pour entraîner une résorption rapide. M. Luton l'a mis en usage contre le goître, contre les adénopathies indolentes des régions cervicale et sous-maxillaire, et dans un cas d'ostéo-périostite d'une phalange de la main. Les résultats ont été très-bons. M. Luton a injecté jusqu'à 2 grammes de la solution au cinquième en une seule fois. Il pratique l'injection substitutive en la portant au milieu de la tumeur à traiter, et utilise ainsi l'enveloppe propre du ganglion ou de la dégénérescence quelconque pour limiter l'inflammation et empêcher la diffusion qui pourrait avoir des inconvénients. La réaction locale qui suit l'injection est très-vive, mais elle n'est suivie d'aucun accident : la résolution sans suppuration et sans escharification est la règle. (*Gazette des hôpitaux.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de chirurgie clinique, par J. C. Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé à la Faculté, etc. — 1 vol. de 672 pages, avec 63 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière. 1873.

Lorsque l'étudiant, au début de sa carrière médicale, commence à suivre un service de chirurgie, il se trouve dès l'abord aux prises avec de grandes difficultés. Il voit le chef de service interroger et examiner chaque malade suivant une certaine méthode et à l'aide de divers procédés; mais il ne se rend pas compte de cette méthode, ces procédés lui sont étrangers, et, inhabile à en faire usage, il n'ose même parfois s'y essayer; aussi se contente-t-il de *voir* les malades au lieu de les observer, et la visite se transforme-t-elle trop souvent pour lui en une stérile promenade à travers les salles.

Fait-il des pansements? Là, souvent encore, son travail est presque mécanique. Pourquoi tel topique plutôt que tel autre sur cette plaie? Pourquoi sur celle-ci le cérat, sur celle-là l'alcool, sur cette dernière la ouate? Où trouver l'indication raisonnée de ces différences, à supposer (et cela arrive) que l'enseignement oral lui fasse défaut?

L'étudiant est plus avancé : dépassant d'une coudée les bénévoles et les stagiaires, il a conquis le titre d'*externe;* il est appelé à jouer un rôle plus actif dans les opérations, à administrer le chloroforme, à aider les manœuvres du chef, à appliquer des appareils. Là aussi il a besoin d'un guide qu'il puisse consulter, pour que l'aide qu'il prête ne soit pas maladroite; il faut encore et surtout qu'il se rende compte des raisons qui guident la main de l'opérateur et qui lui ont fait choisir la méthode mise en usage. A ce prix seulement il pourra compléter son éducation clinique.

Toutes ces notions indispensables, tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique chirurgicale, formant un manuel clinique, un guide au lit du malade, voilà ce qui manquait jusqu'à ce jour et ce que l'étudiant trouvera dans le livre que vient de publier M. Guyon. A son titre d'Éléments de chirurgie clinique on serait presque tenté de substituer celui que Belloste avait inscrit en tête de son célèbre ouvrage : Le chirurgien d'hôpital, car M. Guyon, d'après le but qu'il s'était proposé, a fait un véritable *vade-mecum* pour les élèves des services de chirurgie. Son livre réunit très-heureusement tout « ce qui est nécessaire à l'élève pour lui permettre de suivre les visites avec l'intelligence des choses qu'il y voit mettre en pratique, et de profiter le mieux possible de ce qu'il est appelé à y faire ».

Si ce travail s'adresse principalement aux élèves, si c'est à eux qu'en sont destinés les plus nombreux chapitres, il en est d'autres pourtant où l'auteur s'est certainement élevé au-dessus du modeste plan qu'il expose dans sa préface, et où, tout en restant par sa clarté à la portée des débutants, il entre dans des développements essentiellement originaux, où trouveront à s'instruire les praticiens les plus expérimentés. Nous citerons comme exemple les remarquables passages relatifs à l'*hygiène hospitalière*, au *régime des opérés*, à leur *traitement médical*, etc. Enfin, même dans les sujets les plus rebattus, M. Guyon a maintes fois su donner à son exposition une netteté précieuse et l'accompagner de détails d'un grand intérêt pratique; qu'il nous suffise de mentionner à l'appui de ce jugement l'étude des *procédés et moyens d'exploration*, et en particulier le *cathétérisme de l'urèthre*, les *principes généraux des opérations* (*indications et contre-indications opératoires*), la classification *des méthodes opératoires* et des *différentes espèces de pansements*, etc. Une analyse plus détaillée va du reste nous permettre de donner une idée exacte de l'importance de ce travail.

M. Guyon a placé en tête de son ouvrage une introduction historique faite par M. Hénocque; assez succincte pour ne pas fatiguer l'attention, elle est suffisante pour apprendre ou rappeler aux élèves les noms des principaux chirurgiens et la part qu'ils ont prise dans les progrès de la science ou de l'art. Nous félicitons l'auteur d'avoir mis ce *memento* historique dans un livre destiné à se trouver entre les mains de tout étudiant. Puissent, grâce à lui, ces notions, quoique inutiles pour les examens, ne pas toujours demeurer étrangères aux jeunes médecins qui, en trop grand nombre, hélas! confondent encore l'auteur du *Sepulchretum* avec celui de la gouttière.

C'est par l'étude des moyens de diagnostic que M. Guyon entre en matière. Ce premier chapitre expose les méthodes à suivre pour l'examen du malade; il enseigne les règles suivant lesquelles on doit procéder à son interrogatoire, puis à son examen, tant anatomique que fonctionnel. A ce propos, l'auteur se livre à l'étude particulière de quelques symptômes : écoulement du sang, fluctuation, crépitation, œdème, phlyctène, ecchymose, douleur, bruits anormaux.

Bientôt, serrant de plus près son sujet, il aborde les divers moyens d'exploration et les passe successivement en revue. D'abord l'*inspection* avec ses divers modes : à la lumière naturelle sans instruments grossissants, puis «à l'aide de ces instruments ou d'appareils destinés à faire pénétrer des rayons lumineux dans les cavités ou à travers des milieux transparents, mais non éclairés». C'est ainsi que le lecteur est initié rapidement, d'une manière claire et pratique, au maniement de la loupe, du microscope, de l'ophthalmoscope, du laryngoscope. Assurément l'étude ultérieure dans des ouvrages spéciaux sera indispensable à l'élève pour qu'il puisse tirer de ces instruments tout le parti désirable; mais avec les seules indications résumées par M. Guyon il peut déjà comprendre à quoi et comment ils servent, il peut commencer à les manier; or c'est là le point essentiel; alors qu'on l'a franchi, on ne se souvient pas toujours combien le premier pas est difficile.

La *palpation* est le second moyen d'exploration que le chirurgien met en usage. Il comprend les diverses espèces de toucher, buccal, pharyngien, vaginal, palper abdominal, toucher rectal. M. Guyon rapproche immédiatement de ces procédés d'exploration ce qu'il appelle la *palpation indirecte* à l'aide d'instruments. «Elle permet», dit-il très-justement, «d'explorer des canaux et des cavités dans lesquels le doigt seul du chirurgien ne saurait pénétrer. Les instruments à l'aide desquels il pratique cette exploration sont donc essentiellement destinés à *allonger les doigts* du chirurgien, et l'on peut dire que ce sont de *longs doigts*. Il est plus important qu'on ne le pense peut-être que toute personne qui arme sa main d'un instrument explorateur soit bien pénétrée de cette manière de comprendre le but de l'action de l'instrument. De cette façon le maniement de l'instrument est plus sûr, est, nous pouvons le dire dès maintenant, plus facile; il est aussi beaucoup plus fructueux». Aussi la règle qui doit présider à toute manœuvre de ce genre peut-elle être ainsi résumée : « se proposer pour but de pratiquer le toucher à l'aide d'un instrument ».

C'est surtout dans l'exploration de l'urèthre que cette proposition doit être appliquée. Les pages que l'auteur lui consacre sont telles qu'on pouvait les attendre de l'éminent chirurgien de Necker. Il y signale l'emploi de bougies spéciales, à olives perforées, grâce auxquelles on peut déterminer exactement le moment où l'on franchit le col de la vessie. Cette modification est importante; en effet, si l'on rapproche cette notion de celle qui est fournie par le passage de l'olive au point normalement étroit, situé au niveau du ligament de Carcassonne, à la jonction des portions membraneuse et spongieuse; si l'on se rappelle enfin les dimensions ordinaires des régions membraneuse et prostatique de l'urèthre, on voit combien il sera facile de savoir, grâce à ce procédé, à quel point de la partie profonde de l'urèthre répond à chaque instant l'extrémité de l'explorateur.

Signalons encore d'une manière toute spéciale l'article relatif au cathétérisme de la vessie.

Parmi les *moyens destinés à contrôler et à aider les investigations de la vue et du toucher* se place la *ponction exploratrice*. Nous regrettons que M. Guyon n'ait pas cru devoir à cette occasion indiquer les avantages que présentent parfois les appareils aspirateurs, à quelque modèle qu'ils appartiennent du reste. Enfin, aurait-il été inutile de signaler la différence qu'offre la gravité de cette manœuvre suivant que le trocart plonge directement dans la tumeur ou qu'il doit, pour l'atteindre, traverser une cavité séreuse, comme le péritoine, où le kyste non évacué pourra ensuite se vider en partie? Un très-grand intérêt pratique s'attache, nous semble-t-il, à cette distinction; il importe que le chirurgien n'ignore pas que si la ponction exploratrice est à peu près innocente dans le premier cas, elle peut dans le second présenter des suites funestes.

Les développements consacrés à la *percussion*, à l'*auscultation*, et enfin aux *moyens d'analyse* (microscopique et chimique), quoique forcément incomplets, sont très-suffisants vu le cadre de l'ouvrage.

Le chapitre second comprend : *L'anesthésie chirurgicale*, *les règles et principes généraux des opérations*, *les méthodes opératoires*, *les opérations usuelles* et *la petite chirurgie*.

Ces diverses parties sont traitées avec un grand soin. La première forme presque une monographie complète; d'autres pourraient être citées comme des modèles d'enseignements cliniques, tels sont les passages relatifs aux indications et contre-indications des opérations, etc.

Les méthodes opératoires sont ingénieusement classées par M. Guyon sous quatre chefs : 1° *méthodes modificatrices*; 2° *méthodes destructives* (diérèse, exérèse); 3° *méthodes réparatrices* (synthèse, prothèse); 4° *méthodes conservatrices*.

La petite chirurgie a été fort bien résumée par M. Delens, auquel l'auteur avait confié cette tâche. Nous ne lui reprocherons pas d'avoir décrit brièvement quelques opérations tombées en désuétude, comme la saignée de la jugulaire, l'arté-

riotomie, le tamponnement des fosses nasales avec la sonde de Belloc, etc. S'il est indispensable de s'attacher surtout à exposer l'état actuel de la science, il n'est peut-être pas moins utile de ne pas oublier trop vite le passé; ne fût-ce qu'au point de vue de l'histoire de l'art, ces opérations, fort usitées naguère encore, méritaient assurément d'être mentionnées.

Dans les deux précédents chapitres de son ouvrage, M. Guyon a appris au jeune chirurgien d'abord à reconnaître les maladies, puis à opérer les malades; dans le troisième chapitre il s'est proposé de lui apprendre à les *soigner*.

L'auteur comprend ce mot dans son acception la plus large; il n'ignore pas l'énorme part que l'hygiène doit revendiquer en chirurgie; aussi met-il en première ligne un article sur l'hygiène hospitalière, qui est une des meilleures parties de l'ouvrage. Après avoir insisté sur l'importance trop longtemps méconnue d'un régime alimentaire convenable, l'auteur arrive au traitement local. Peu de questions, à coup sûr, sont d'une exposition plus ardue que celle du pansement des plaies. La multiplicité des topiques employés, autant que l'incohérence ordinaire de leur application, rend toute classification difficile. M. Guyon nous paraît en avoir trouvé une à la fois simple et bonne, parce qu'elle est naturelle. Il divise les pansements en quatre classes : a) *pansements préventifs* (comprenant la réunion immédiate); b) *pansements préservateurs;* c) *pansements modificateurs;* d) *pansements protecteurs.*

Chacun de ces pansements est étudié au point de vue de son action spéciale, dans ses rapports, si l'on peut ainsi dire, avec la physiologie pathologique des plaies. De là découlent les indications.

Cette marche essentiellement scientifique et raisonnée a été suivie dans tout cet exposé. Nous citerons parmi les passages les plus intéressants celui qui est relatif au pansement à l'alcool. M. Guyon emploie l'alcool pur à 90 degrés. Il possède, dit-il, trois propriétés capitales : il est antiputride, coagulant, antiphlogistique. La première propriété rend son emploi très-précieux dans les plaies contuses, particulièrement quand un lambeau est destiné à se mortifier; elle s'oppose en effet à la putréfaction et à la résorption des produits nuisibles. L'alcool est encore très-utile dans le traitement des plaies qui doivent suppurer avec abondance, et en particulier dans les plaies anfractueuses par éclat d'obus; il provoque « l'*unification* » rapide du fond si anfractueux, si peu homogène de ces plaies, la fermeture des interstices celluleux par la coagulation des liquides, l'affaissement des moignons musculaires. M. Guyon attribue en outre une assez grande importance à son action coagulante qui s'exerce sur le sang des veines ouvertes dans la plaie. Enfin l'alcool convient très-bien dans les plaies des os. On voit en résumé que l'auteur, «sans préconiser l'alcool d'une façon exclusive, pense qu'il peut être préféré pour le pansement de presque toutes les plaies ». Mais il est d'avis que ce mode de pansement doit être réservé aux premières périodes du traitement. «C'est alors surtout que l'on a à redouter la propagation de l'inflammation aux tissus voisins, la fièvre traumatique et les grandes complications des plaies. » Plus tard, lorsque la couche de bourgeons charnus est organisée et forme sur la surface de la plaie une sorte d'enduit protecteur, on peut abandonner ce pansement qui, aux qualités précédentes, joint le défaut de ralentir sensiblement le travail de réparation.

Nous aurions aimé à voir M. Guyon insister un peu plus qu'il ne l'a fait sur la différence capitale qui existe entre le traitement à l'*alcool pur* tel qu'il le préconise dans cet article, et le pansement avec l'*eau alcoolisée*, que l'on doit ranger dans la classe des *pansements modificateurs*. La confusion a été faite trop souvent pour qu'il ne soit pas nécessaire d'appuyer sur une pareille distinction.

Dans la classe des pansements préservateurs, un passage important est réservé au pansement ouaté de M. Alph. Guérin, auquel M. Guyon rend pleine justice. Cependant, ce chirurgien « est disposé à poser comme contre-indication principale à l'emploi du pansement ouaté les cas où l'on ne peut conduire les liquides (à l'aide de la compression) *vers une seule surface d'écoulement*, et à ne l'employer qu'exceptionnellement dans les fractures compliquées en limitant son emploi aux cas où le décollement profond est peu étendu. Dans les résections, son application commande aussi quelques réserves, mais son indication devient presque générale dans les amputations. »

Parmi les pansements modificateurs, on reprochera peut-être à M. Guyon de n'avoir parlé qu'avec tant de réserve des propriétés précieuses de l'iodoforme. Ce topique est employé usuellement depuis longtemps à l'hôpital Saint-Louis et à la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat, où nous avons pu observer ses excellents effets. — Par contre, félicitons M. Guyon d'avoir osé s'attaquer, à propos des *pansements protecteurs*, à l'antique cérat simple et au classique cérat de Galien, que l'*habitude* laisse encore trôner dans des services de chirurgie. M. Guyon le dit fort bien : « Le plus grand défaut du cérat, c'est de n'être doué d'aucune qualité modificatrice ni préservatrice. » Ni d'aucune autre sorte, aurait-il pu ajouter, puisque assurément le cérat n'est ni *préventif* ni *préservateur*, et que ces quatre qualités résument, d'après l'auteur lui-même, toutes celles des pansements. En revanche, le cérat est malpropre, la matière grasse se concrète sur les bords de la plaie, rancit facilement, devient irritante « et peut devenir le point de départ d'érysipèles ». Pourquoi donc hésiter à le proscrire ? Telle paraît être être du reste la conclusion de M. Guyon. Toutefois le vénérable topique méritait qu'on y mît des formes; c'est pourquoi, après avoir reconnu qu'il « n'est indiqué que lorsque la marche des plaies peut être abandonnée à elle-même », l'auteur se hâte-t-il de proclamer que, dans ces conditions, « le cérat peut être employé sans hésitation et sans inconvénient » . Nous n'en demandons pas davantage.

En dernier lieu vient la description des principaux bandages et appareils par M. Delens. Elle est faite avec intelligence e clarté.

Tel est ce livre, excellent par le but qui l'a inspiré, la méthode qui l'a guidé, la précision et la lucidité de son exposition. M. Guyon a, croyons-nous, rendu un grand service aux élèves; son volume va prendre place dans la bibliothèque de chacun d'eux à côté du Diagnostic médical de Racle. Ses qualités pratiques non moins que sa forme élémentaire et son allure modeste le rapprochent naturellement de cet ouvrage, lequel, on le sait, est promptement devenu classique.

Samuel Pozzi.

Index bibliographique.

La rage au point de vue physiologique, par le colonel E. Belleville. —Brochure in-8°. Toulouse.

Considérations où nous n'avons rien rencontré de spécialement physiologique, mais qui sont, au contraire, toutes pratiques. L'auteur accorde une grande influence au rut sur la production de la rage, et demande qu'on *vulgarise* la castration des chiens.

Malice, rudesse, dureté de quelques hommes de l'art envers leurs malades, par Ch. Ravel, médecin à l'Hôtel-Dieu de Cavaillon. — Brochure in-8°.

Le titre ne répond pas très-exactement au contenu. La brochure se compose d'une série d'anecdotes et de ce qu'on appelle aujourd'hui des *mots*. Un certain nombre de ces petites scènes n'ont pas lieu de médecin à malade, mais de médecin à médecin. Il nous semble que la *collection* de l'auteur pourrait être passablement augmentée. Telle qu'elle est, on la parcourt avec intérêt.

ÉTUDE HYDROLOGIQUE DU PAYS DE GALLES ET DE L'IRLANDE, par le docteur LABAT. — Brochure in-8°. Paris, Germer Baillière.

Un des nombreux éléments que M. Labat rassemble avec beaucoup de patience et de conscience pour une histoire future de l'hydrologie médicale d'une bonne partie du globe.

DE LA VALEUR DE LA TRIMÉTHYLAMINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE, par le docteur A. COTTARD.

La GAZETTE a rendu compte de la plupart des travaux intéressants qui ont été publiés sur ce sujet depuis la communication de M. Dujardin-Beaumetz. Le travail de M. Cottard est une protestation assez vive contre les résultats favorables attribués au nouveau traitement. Après avoir présenté une étude chimique de la propylamine, qu'il considère comme un mélange en proportions variables de triméthylamine et d'ammoniaque, il passe en revue toutes les observations qui ont été publiées à l'appui du traitement du rhumatisme par cet agent thérapeutique. L'examen critique de ces observations lui paraît démontrer que rien ne prouve jusqu'ici l'efficacité de ce traitement; que la propylamine n'a aucun avantage sur les excitants diffusibles ordinaires, et qu'en raison de l'instabilité du produit et de son prix élevé, il y a lieu de l'abandonner et de lui préférer les médicaments synergiques, et en particulier l'ammoniaque.

NOTICE MÉDICALE SUR LES BAINS DE MER DU CROISIC, par le docteur TROUSSEAU, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

C'est le titre d'une étude, bien faite d'ailleurs, sur la station du Croisic, étude à laquelle le professeur Trousseau, quoi qu'en dise ce titre, nous paraît absolument étranger. L'auteur expose naturellement tous les avantages de l'établissement; l'effet thérapeutique des eaux mères, des bains de sable, de l'hydrothérapie marine, des bains de vapeur térébenthinés nouvellement installés au Croisic.

VARIÉTÉS.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1874, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le 6 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 6 septembre jusqu'au lundi 22 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — En raison de l'appel, fixé au 1er novembre prochain, des volontaires d'un an, les candidats qui justifieront de leur engagement conditionnel, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS. — La Société décernera, au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et, plus spécialement, dans le délire hypochondriaque et dans le délire de persécutions. »

Les concurrents devront surtout rechercher l'influence que ces troubles peuvent exercer sur la genèse et sur la forme du délire. Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être adressés, avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur), à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, rue de Charonne, 161, à Paris. Les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. — Ordre du jour de la séance du 18 août : 1° suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix; 2° rapport de M. le docteur Badal sur le travail de M. le docteur Cosse concernant les appareils pour secours aux blessés; 3° travail de M. le docteur Dauplay sur le *Phellandrium aquaticum*.

— Les nouvelles qui nous sont données sur la santé de M. le professeur Nélaton continuent d'être fort graves.

LE CHOLÉRA EN AUTRICHE. — D'après la GAZETTE HEBDOMADAIRE MÉDICALE DE VIENNE, le choléra a éprouvé une forte recrudescence en Gallicie et en Hongrie. Le nombre des malades atteints de choléra, qui, dans le premier de ces pays, était déjà tombé à 88, est monté, du 15 juin au 15 juillet, à 3751. Sur ces 3839 malades, il y a eu 1018 guérisons et 1000 morts; 1047 sont restés en traitement.

En Hongrie, le choléra a pris également un nouvel essor. Suivant les rapports parvenus, du 15 juillet au 1er août, il y aurait eu 41 673 nouveaux cas. De ces malades, 18 139 sont guéris et 15 856 sont morts.

A Vienne, il y a eu, dans la dernière semaine de juillet, 151 cas de choléra, tant en ville que dans les hôpitaux; notre confrère se tait sur la mortalité, en faisant seulement remarquer que, en général, la mortalité à Vienne était minime. (*Union médicale.*)

— On lit dans le WANDEREN : Le choléra fait des progrès à Vienne. Les bulletins publiés par les autorités portent un chiffre de jour en jour plus élevé; celui du 6 au 7 constate 63 nouveaux cas.

État sanitaire de Paris :

Du 2 au 8 août 1873, on a constaté, pour *Paris*, 722 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 14, — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 26. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 40. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 216. — Affections chroniques, 310, dont 136 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 34. — Causes accidentelles, 19.

Nous trouvons aujourd'hui une augmentation de 20 décès sur la semaine précédente : 722 au lieu de 702.

Londres : Population, 3 356 073 habitants. — Décès du 27 juillet au 2 août 1873, 1508. — Variole, 1; rougeole, 28; scarlatine, 8; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 3; bronchite, 80; pneumonie, 42; dysentérie, 2; diarrhée, 375; choléra nostras, 23; diphthérie, 3; croup, 9; coqueluche, 41.

SOMMAIRE. — **Paris.** Pathologie du grand sympathique : Eulenburg. — **Travaux originaux.** Médecine pratique : Contribution à l'étude du traitement de l'hydropneumothorax par la ponction de la poitrine et les lavages de la plèvre. **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Sociétés savantes des départements. — **Revue des journaux.** Excrétion d'iode et de brome par la glande mammaire. — L'acide iodique en injections hypodermiques. — **Bibliographie.** Éléments de chirurgie clinique. — Index bibliographique. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Troisième section des Recherches sur les conditions anthropologiques de la production scientifique et esthétique, par Théodore Wechniakoff, 1 vol. in-8 de 160 pages. Paris, G. Masson. 4 fr.

Traité des sections nerveuses; physiologie pathologique, indications, procédés opératoires, par E. Letiévant. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XXVIII-550 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 8 fr.

Essai sur l'hygiène des champs de bataille, par Th. Pain. In-8 de 80 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. 2 fr.

Étude sur quelques cas de ruptures dites spontanées du cœur, par le docteur A. Le Piez. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

De l'influence des traumatismes sur la grossesse, par le docteur Joseph Hassot. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par J. Bucquoy. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

Étude historique et nosologique sur quelques épidémies et endémies du moyen âge, par le docteur Ernest Marchand. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 21 août 1873.

CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE.

Le Congrès médical de Londres est terminé, et c'est seulement maintenant qu'il nous est possible de donner un véritable aperçu des résultats qu'a pu produire cette illustre assemblée, tant au point de vue social qu'au point de vue scientifique.

Au point de vue que nous appelons social, il est incontestable que le Congrès a été des plus heureux, et qu'il a laissé chez les membres de la profession qui y assistaient le plus agréable souvenir. L'Association des médecins d'Angleterre (*British medical Association*) y a gagné en force et en splendeur; elle a puisé dans cette imposante manifestation de nouveaux éléments de prospérité et de développement. En effet, plus de deux mille médecins, presque tous appartenant à l'Association, se sont trouvés réunis à Londres. Ce n'était pas un spectacle sans originalité que de voir ces bons praticiens venus des différents points des Trois-Royaumes, se retrouvant après de longues années de séparation et apportant tous les meilleures dispositions pour jouir des fêtes nombreuses qui avaient été organisées à leur intention. On n'avait, en effet, rien négligé : fêtes, soirées, excursions, tout avait été préparé avec la plus grande sollicitude; la reine avait ouvert les portes de son château de Windsor, et tout ce que la métropole renferme de curieux et d'intéressant avait été mis à la disposition des visiteurs provinciaux.

D'après ce qui précède, nous ne croyons étonner personne en disant que le côté exclusivement scientifique du *meeting* a été quelque peu laissé au second plan. Dans son genre, le programme de la science était bien aussi attrayant que celui du plaisir, mais on ne saurait nier qu'il n'a pas été aussi bien rempli. Il faut du reste convenir que cela se passe souvent de la même manière dans les Congrès médicaux anglais, et celui qui nous occupe se trouvait dans des conditions qui devaient presque forcément amener ce résultat. La plantureuse hospitalité que les membres de la province recevaient de leurs confrères de la capitale et les plaisirs sans nombre qui leur étaient offerts n'étaient pas non plus faits pour préparer leurs esprits au recueillement qu'exige la science.

Néanmoins, il ne faudrait pas aller trop loin dans cette appréciation; car les savantes *address* dont nous avons déjà parlé et qui ont été lues dans les séances d'ouverture avaient attiré un concours immense d'auditeurs. Il est vrai que ces discours avaient pour eux, outre un intérêt éminemment scientifique, celui d'être prononcés par les hommes les plus illustres de la profession; mais les travaux des sections, travaux qui devaient constituer la partie vraiment scientifique du Congrès, ont été un peu négligés. Des mémoires du plus grand intérêt ne trouvaient pas le nombre d'auditeurs qu'ils méritaient, et la discussion — chose extrêmement importante — n'avait pas lieu la plupart du temps. D'un autre côté, le court intervalle de vingt minutes accordé à chaque lecteur faisait que beaucoup de communications ne pouvaient être lues en entier. En somme, le temps a manqué pour faire connaître tous les travaux qui avaient été annoncés dans les sections. Nous serons en quelque sorte dédommagés de cet inconvénient, car tous les mémoires qui n'ont pas été lus, — et c'est malheureusement la plus grande partie, — seront publiés dans le journal de l'Association; mais il leur manquera toujours un point essentiel, c'est la discussion.

Nous ne voudrions pas cependant paraître critiquer nos confrères, mais nous croyons que notre appréciation sera celle de tout le monde, et nous sommes du reste persuadé que les choses ne pouvaient se passer autrement. Il serait certainement injuste de proférer la moindre plainte à ce sujet, car les organisateurs avaient fait tout ce qu'il était possible de faire. Parmi les travaux attestant une intelligence et

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les nos 17 et 18.)

LE PÈLERINAGE DE MÉDINE. — SES DIVERSES PRATIQUES. — ROUTE DE LA MECQUE A MÉDINE.

Une fois les cérémonies du *kourban Baïram* terminées à la Mecque, les pèlerins se dispersent. Les uns reviennent à Djeddah, afin de s'embarquer et de se rapatrier; comme nous l'avons dit, ceux qui n'ont pas encore visité Médine (visite qui n'est cependant point obligatoire) s'y rendent de la Mecque; enfin, un certain nombre, et ce sont surtout les Indiens et plus particulièrement les Javanais, s'installent à la Mecque, attendant le prochain pèlerinage. Mais généralement les hadjis ont hâte de regagner leur pays, d'autant mieux que, à cette époque, leurs ressources pécuniaires sont bien amoindries, souvent même épuisées.

Cependant beaucoup de pèlerins se joignent aux caravanes de Syrie et d'Égypte, lorsqu'elles sortent de la Mecque, et se dirigent avec ces dernières sur Médine.

La route suivie est assez variable tous les ans; elle dépend du caprice des *schecks*, ou guides des caravanes, mais surtout de l'état dans lequel se trouvent les puits qu'on doit rencontrer, et principalement encore des dispositions des tribus bédouines qui habitent les contrées à traverser, et dont les plus dangereuses sont celles des *Harb* et des *Djeheïné*. Le gouvernement ottoman s'est décidé à payer à ces tribus belliqueuses et rapaces une sorte de dîme, afin d'obtenir pour les caravanes la sécurité des routes; mais cet impôt ne parvient pas toujours régulièrement, soit qu'on oublie de l'envoyer, soit qu'il reste dans la poche des agents qui sont chargés de le distribuer, et il en résulte de temps à autre de nouvelles levées de boucliers.

une habileté toute spéciales de leur part, on remarquait le Musée, qui, quoique organisé en quelques jours, contenait cependant un nombre considérable de pièces pathologiques du plus haut intérêt. La plupart de ces pièces n'avaient été envoyées qu'au dernier moment, et leur classification n'en a pas moins été faite avec une rare intelligence. Une collection envoyée de Guy's Hospital et montrant les différents états pathologiques des capsules surrénales dans la maladie d'Addison offrait un intérêt particulier. Une série de préparations microscopiques, concernant la marche et le développement du tubercule dans la phthisie pulmonaire, attiraient spécialement l'attention des visiteurs; dans l'une d'elles, M. le docteur Southey montre la stase capillaire qu'on trouve au début de la maladie, ainsi que la distension des vaisseaux capillaires et la teinte jaune de leur parois produite par les substances colorantes du sang. Nous n'avons pas l'intention de donner ici un compte rendu de toutes les richesses que nous avons admirées dans les nombreuses visites que nous avons faites au musée, nous essayons seulement d'en donner une idée qui ne peut être que bien au-dessous de la réalité.

Les séances générales ont été également très-intéressantes pour tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'Association. Beaucoup de questions importantes concernant l'organisation de cette Société y ont été discutées, et un grand nombre de candidats ont été admis parmi les membres.

Pour terminer, nous dirons que le Congrès de 1873 a été sans contredit la plus grande solennité de ce genre qui ait illustré les annales de la profession en Angleterre. Si, au point de vue scientifique, il n'a pas porté de fruits appréciables dès aujourd'hui, ses résultats moraux sont immenses. Il a donné au public une juste idée de la force et de l'unité de la profession médicale, et il a fait ressortir, aux yeux de tous ceux qui suivent les carrières libérales, les avantages qui résultent de l'entente et de l'association.

J. Lutaud.

(Voyez plus loin le compte rendu détaillé des séances du Congrès.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale.

Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation linéaire de l'anus, par le docteur Voillemier.

La plupart des chirurgiens ont établi, avec juste raison, une grande différence entre les hémorrhoïdes qui occupent la marge de l'anus et celles qui siégent dans le rectum. Les premières peuvent être regardées comme une simple incommodité qui ne demandent ordinairement que des soins palliatifs des plus simples. Les secondes, au contraire, constituent souvent une véritable maladie et, quand elles font saillie en dehors de l'anus, elles peuvent déterminer des accidents assez graves pour exiger un traitement très-actif. Aussi a-t-on imaginé des moyens assez nombreux pour les guérir. Les principaux sont la ligature, l'excision, l'écrasement en masse, l'écrasement linéaire, la cautérisation par le fer rouge ou des acides, etc. Toutes ces opérations sont longuement décrites dans nos Traités de pathologie que chacun peut consulter. Je n'ai l'intention de ne m'occuper ici que de la cautérisation par le fer rouge.

La cautérisation actuelle date des temps les plus reculés de la chirurgie. Elle était employée par Hippocrate contre les hémorrhoïdes, et depuis lui elle n'est jamais tombée complétement en désuétude; mais comme la plupart des moyens thérapeutiques, elle fut alternativement préconisée et dénigrée outre mesure. Dans le premier tiers de ce siècle, Dupuytren, dont la pratique faisait pour ainsi dire loi en France et à l'étranger, n'usait de la cautérisation que pour arrêter l'hémorrhagie qui compliquait l'excision des hémorrhoïdes dans la proportion de deux fois sur cinq; mais il disait : *d'une utilité incontestable quand elle unie à l'excision, elle causerait d'atroces douleurs et pourrait exposer à de grands dangers si elle avait lieu sur des tumeurs volumineuses et étendues qui nécessiteraient l'action prolongé du fer incandescent* (*Leçons orales*, 4e vol. p. 124).

Cependant Bégin, qui avait été témoin plus d'une fois des inconvénients de l'excision et qui avait été enhardi par le succès qu'il avait obtenu chez deux malades qui auraient succombé à une hémorrhagie abondante s'il n'était point parvenu à l'arrêter avec le fer rouge, eut l'idée de faire une méthode générale de la cautérisation. Voici le procédé opératoire qu'il employa chez une femme et qu'il conseille : « — couchée sur le côté droit, le derrière saillant au bord du lit, la cuisse gauche fléchie, la droite étendue, la malade fut maintenue dans cette position par des aides dont un souleva la fesse supérieure. Je fis d'abord rentrer une partie, et ce que je pourrais appeler la portion additionnelle du bourrelet, ne laissant au dehors que la portion endurcie et comme charnue. Puis

---

De son côté, le grand schérif de la Mecque, qui jouit de beaucoup d'autorité sur toutes ces tribus, s'en sert pour exercer une pression sur la Sublime-Porte. Cette situation précaire se retrouve dans toutes les parties de la péninsule Arabique soumises au gouvernement ottoman, qui n'y a guère qu'une autorité nominale et dont l'influence y est des plus aléatoires.

Quoi qu'il en soit, le chemin le plus ordinairement suivi par les pèlerins qui se dirigent de la Mecque sur Médine se rapproche du littoral.

Les caravanes se dirigent, au nord-nord-ouest, vers *El Meïmoumié*, édifice ruiné, où se trouve le tombeau d'un santon, et s'avancent vers l'*Ouadi Fatmè*, qui abonde en sources et en puits. La partie cultivée de cette vallée renferme surtout des dattiers, dont le fruit approvisionne les marchés des deux villes voisines, et des plantes potagères qui sont portées toutes les nuits par des ânes à Djeddah et à la Mecque; on trouve là plusieurs édifices sarrasins en ruines, ainsi qu'un grand khan.

Des cabanes d'Arabes, éparses entre les dattiers, appartiennent aux cultivateurs qui sont principalement de la tribu de *Lahian;* les plus riches font partie des *Doui Barakat*, tribu des schérifs de la Mecque; ils vivent ici, comme les Bédouins, sous des tentes et dans des huttes; ils ont quelques bestiaux ; leurs vaches, comme toutes celles du Hedjaz, sont petites, avec une bosse sur le garrot.

L'Ouadi-Fatmé est également remarquable par ses nombreux hennés, arbres dont les fleurs odoriférantes réduites en poudre sont employées par les peuples de l'Orient pour teindre la plante des pieds, la paume des mains et les ongles.

Le henné de ce canton se vend à la Mecque, aux pèlerins, dans de petits sacs de cuir rouge.

Cette vallée de l'Ouadi-Fatmé est très-longue et aboutit à *El Kara*, autre plaine noire, pierreuse, stérile et dépourvue d'eau; ce n'est qu'à son extrémité qu'on rencontre un puits profond, rempli de bonne eau, qu'on appelle le *Bir Asfan;* de là, pour arriver au village de *Kholeïs*, le chemin est long et pénible; de plus, comme on monte sans cesse, on éprouve un

un cautère en roseau chauffé à blanc fut porté dans l'ouverture centrale à la profondeur de 1 centimètre environ. L'humidité des parties l'éteignit bientôt et un cautère à plaque dut le remplacer; il fut rapidement promené sur la tumeur et contourna ses bords en les relevant. Comme il était difficile d'atteindre au fond du sillon circulaire avec cet instrument, j'y substituai le cautère olivaire avec lequel la cautérisation fut achevée. » (*Annales de chirurgie*, octobre 1841, p. 193.)

Ph. Royer adopta les idées de Bégin, mais il employa la cautérisation sans discernement et avec une audace qui ne pouvait que la compromettre. Il commençait par traverser, à sa base, la tumeur hémorrhoïdale avec un double fil qui servait à l'attirer et à la maintenir au dehors. Alors il chloroformisait le malade; puis il portait dans le centre de la tumeur des cautères rougis à blanc de différentes formes, mais toujours assez gros. Il en éteignait successivement trois au moins et quelquefois six, sept et même huit. (Voyez l'excellente thèse de M. le docteur de Bauvois, 1852, obs. XVII, p. 71, XVIII, p. 72, XV, p. 69.) M. de Bauvois rapporte les observations de 23 opérés par Ph. Royer, et, en omettant les accidents peu graves, on voit qu'un malade a été pris de délire à plusieurs reprises (obs. IV, p. 66), 3 ont eu des hémorrhagies assez abondantes (obs. V, p. 61, obs. XI et XII, p. 66 et 67); 1 a quitté l'hôpital avec un rétrécissement du rectum (obs. XVIII, p. 72); 2 sont morts (obs. IX, p. 65, obs. XXIII, p. 77).

Certes, de pareils résultats sont loin d'être encourageants; et l'on peut dire encore que tout chirurgien qui aura été témoin des opérations de Royer doit s'étonner qu'ils n'aient pas été plus désastreux.

Les partisans les plus décidés de la cautérisation, M. A. Séverin et Scultet, apportaient plus de prudence dans la manière de l'appliquer, car ils redoutaient avec raison de provoquer des hémorrhagies et surtout une violente inflammation dans le bassin. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans le siècle dernier, en faisait également un assez fréquent usage, mais il l'employait avec réserve et surtout d'une façon très-ingénieuse, dans les cas de chute du rectum chez les enfants. Il se bornait à faire des raies de feu sur la tumeur dans le sens de la longueur de l'intestin. Au dire de M. le docteur de Beauvois (*loc. cit.*, p. 54), M. Richet appliqua avec succès le procédé de Moreau sur un homme qui portait une tumeur hémorrhoïdale très-volumineuse.

J'ai eu l'occasion d'opérer de la même façon trois malades affectés d'hémorrhoïdes. Deux guérirent parfaitement; chez le troisième, âgé de soixante-douze ans et dont l'anus était presque sans ressort, il y eut récidive au bout de deux mois. J'étais loin de prévoir cet insuccès qui remonte à 1854, et je fus conduit tout naturellement à chercher quelque autre moyen plus efficace. Évidemment, chez mon dernier malade, la récidive tenait au relâchement des sphincters. D'un autre côté, réfléchissant qu'un très-grand nombre d'individus ont des hémorrhoïdes internes volumineuses et n'en éprouvent qu'un peu de gêne, qu'ils n'en souffrent et ne s'adressent au chirurgien que si elles s'échappent au dehors et forment une tumeur plus ou moins grosse, dans quel cas elles constituent une incommodité insupportable et peuvent être compliquées d'accidents graves, je me demandai s'il ne serait pas mieux de respecter les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes et de s'opposer seulement à leur sortie. C'est sans doute dans la même pensée que Dupuytren avait imaginé l'excision des plis radiés de l'anus, opération impuissante qui fut bientôt abandonnée. Après quelques essais, voici le procédé auquel je me suis arrêté.

Le malade, dont le rectum a été vidé le matin au moyen d'un lavement, doit être chloroformisé. S'il préfère rester éveillé, il y a peu d'inconvénients, l'opération durant à peine quelques secondes. Il est couché sur le bord d'un lit, une jambe étendue et l'autre fléchie comme s'il allait être opéré d'une fistule à l'anus. Un aide soulève la fesse qui est libre. Le chirurgien badigeonne largement l'anus et les parties voisines avec du collodion, pendant qu'un aide fait évaporer avec un soufflet les vapeurs d'éther qui ne manqueraient pas de s'enflammer à l'approche d'un cautère fortement chauffé.

Pendant ces préparatifs, on a mis dans un petit fourneau rempli de charbon de bois allumé deux petits cautères de forme cultellaire. La partie opposée au manche doit avoir 2 centimètres de long et 1 de large; son extrémité et son tranchant sont mousses comme sur les cautères ordinaires, mais son dos doit être épais de 4 à 5 millimètres pour renfermer une quantité suffisante de calorique. Le chirurgien saisit un des cautères et l'introduit à la profondeur de 1 centimètre dans l'anus en appuyant le talon de l'instrument sur l'orifice cutané un peu plus que sur la muqueuse et pratique quatre lignes de cautérisation en avant, en arrière, à droite et à gauche.

L'opération est terminée; elle a duré 5 à 6 secondes. On réveille le malade. Pour tout pansement des compresses imbibées d'eau fraîche sont appliquées sur l'anus.

Il faut être prévenu que sous l'influence de la congestion produite par la cautérisation, la tumeur hémorrhoïdale reparaît dans les premiers jours, et quelquefois plus volumineuse que d'ordinaire; il ne faut pas s'en préoccuper. On peut seulement, pour diminuer les douleurs du malade, douleurs qui n'ont rien de commun avec la cautérisation, enduire les hémorrhoïdes d'une pommade narcotique et les couvrir d'un cataplasme. Mais bientôt la tumeur cesse d'être douloureuse et finit par rentrer d'elle-même complétement.

J'ai traité par ce procédé 43 individus, dont 29 à l'hôpital et 14 en ville. Dans tous les cas la guérison a marché régulièrement sans être entravée par le moindre accident. Les choses se sont passées si simplement que toutes les observations re-

---

abaissement de température assez sensible pour qu'on soit parfois obligé de faire du feu le soir.

Kholeïs est le chef-lieu de la tribu de *Zebeïd*, branche des *Beni-Harb*; les montagnes voisines sont, du reste, peuplées de Bédouins. En sortant de Kholeïs, on gravit une haute colline ou *Themet-Kholeis*, où l'on rencontre toujours un grand nombre de cadavres de chameaux; de là, on descend dans une plaine parsemée de tarfas ou tamariscs, arbrisseaux qui restent toujours verts et qui sont très-communs dans les déserts d'Arabie; enfin, on fait halte à *Kulleïa*, où l'on trouve de l'eau et un bocage de dattiers. La petite vallée de l'*Ouadi Khaouar*, qui précède Kulleïa, est réputée pour l'abondance et la qualité de ses bananes et de ses champs de dhourra, de bamiè et de dokken.

De Kulleïa on se dirige sur *Rabegh*, au milieu de plantations touffues de palmiers et de tamariniers ou *Thamr hindi*. L'eau est mauvaise à Rabegh et c'est un lieu tristement célèbre dans les annales du choléra, car, dans chacune des épidémies qui ont éclaté dans le Hedjaz, c'est surtout à Rabegh que les caravanes de la Mecque à Médine ont été décimées.

C'est en passant devant Rabegh que les pèlerins qui se rendent d'Égypte à Djeddah, soit par mer, soit par terre, sont obligés de prendre l'*Ihram*, ce qu'ils font, ou sur le rivage, ou à bord du navire.

On fait ensuite halte à *Mastoura*, où se trouve de l'eau de bonne qualité. C'est près de cette station que s'élève le *Djebel Ayoub* (mont de Job) bien au-dessus des autres sommets de la chaîne dont il fait partie; il est habité par la tribu des *Ouof*, qui sont maîtres de la route de Kulleïa à Mastoura et la rendent très-dangereuse par leurs vols et leurs exactions.

De Mastoura à *Ssafra*, point vers lequel on se dirige ensuite, la route est longue et pénible et passe par *Beder* ou *Bedr Honeim*, où l'on se ravitaille; c'est à Beder que se divisent les caravanes quand elles ne vont pas toutes à Médine; c'est là où, du reste aussi, les caravanes d'Égypte et de Syrie se sont déjà rencontrées en allant à la Mecque; comme il arrive souvent qu'au

ueillies par mes internes ou par moi semblent calquées sur e même modèle. Le temps nécessaire à la guérison était seul variable suivant le volume des hémorrhoïdes, le relâchement de l'anus et l'âge des malades. Il n'a jamais dépassé un mois et souvent il a été beaucoup moindre. Chez quelques sujets, quand des circonstances sérieuses pouvaient faire douter du succès, la guérison eut lieu comme dans des cas simples. Je citerai comme exemple une dame de quarante-cinq environ, qui avait eu plusieurs couches après lesquelles il s'était formé une tumeur de l'ovaire du côté gauche. Elle avait des hémorrhoïdes du volume d'un œuf et fluentes. De là une gêne et un affaiblissement considérables. Je l'ai opérée en présence de mon excellent ami M. Pidoux, il y a dix ans. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue malgré la présence de la tumeur abdominale.

Un de nos peintres les plus distingués, M. B....., avait des hémorrhoïdes fluentes si volumineuses et qui s'échappait si facilement qu'il pouvait à peine sortir de chez lui. Il était tombé dans un profond désespoir. Je l'ai opéré en 1861, aidé par M. le docteur Cazin. Six mois après l'opération, il m'écrivait de Suez qu'il pouvait faire aisément trente milles à cheval dans une journée. La guérison est encore complète aujourd'hui.

Un colon de quarante ans environ portait depuis des années une tumeur hémorrhoïdale du volume d'un œuf aplati. Celle-ci augmentait de volume au moment des selles. On pouvait la repousser dans l'anus, mais avec beaucoup de peine et jamais entièrement; elle resortait aussitôt, de telle sorte qu'elle constituait une infirmité dégoûtante qui portait le malade au désespoir. Je fis l'opération, secondé par notre distingué et excellent confrère M. Court, et la tumeur qui était en partie irréductible se réduisit d'elle-même. La guérison date déjà d'un an.

Il est utile maintenant de revenir sur les différents temps de l'opération : — J'ai dit qu'il fallait chloroformiser le malade, car si l'opération est très-rapide elle est aussi très-douloureuse, surtout en ville où l'on est moins bien aidé qu'à l'hôpital, le malade peut se débattre dès qu'on a fait une ou deux applications du cautère, et même se refuser à ce qu'on en fasse d'autres, ce qui rendrait l'opération incomplète.

Il faut badigeonner l'orifice de l'anus et les parties voisines avec le collodion. Cette précaution est très-importante. Tous les chirurgiens ont constaté combien il était difficile de prévenir les effets du calorique rayonnant. On a employé pour préserver les parties à ménager des linges trempés dans l'eau froide, des lamelles de bois mort; outre que ces moyens gênent l'opérateur, ils sont le plus souvent peu efficaces. Le collodion, au contraire, même quand la couche en est très-mince, forme un épiderme artificiel, difficilement perméable à la chaleur et protége suffisamment la peau. Mais, ainsi que je l'ai recommandé, il est nécessaire de dissiper les vapeurs d'éther; autrement elles s'enflammeraient dès qu'on approcherait le cautère rougi de l'anus. Cet accident serait peu de chose, car il suffirait de souffler un peu fort sur ces vapeurs enflammées pour les éteindre. Mais il vaut mieux l'éviter. Il est facile de comprendre combien l'emploi du collodion est important au point de vue des douleurs qui succèdent à l'opération. Ce n'est pas dans les points sur lesquels le fer a porté que le malade peut souffrir, puisque là les tissus sont frappés de mort, mais ils souffrent dans les parties voisines qui ont été atteintes par le calorique rayonnant; et tout le monde sait combien les brûlures superficielles sont douloureuses. Aussi tous les malades que j'ai traités m'ont-ils assuré qu'ils avaient à peine souffert immédiatement après la cautérisation. — Ce n'est pas qu'ils soient complétement exempts de douleurs, mais celles-ci, toujours peu fortes, n'existent qu'au bout de quatre secondes quand se développe l'inflammation indispensable à la chute des eschares, ou après la chute des eschares pendant la défécation.

Les cautères, ainsi que je l'ai dit, sont de forme cultellaire; ils peuvent aussi être en rondache. Il est important de les chauffer à blanc pour la rapidité de l'opération. Un seul suffit bien souvent ; il n'en faut jamais plus de deux quel que soit le volume de la tumeur hémorrhoïdale, car ce n'est pas directement sur elle qu'on agit.

Dans quelques cas, cette tumeur ne peut être réduite avant l'opération, du moins en totalité, ou encore elle s'échappe au dehors par suite des contractions involontaires du malade. Il ne faut pas tenir compte de cet accident. On glisse le cautère entre la tumeur et les parois de l'anus, car il importe peu que les hémorrhoïdes soient un peu cautérisées par le dos de l'instrument.

Quelquefois le talon du cautère intéresse le pourtour cutané de l'anus. Cette circonstance n'a rien de fâcheux ; je crois même qu'elle est utile dans les cas où l'anus est considérablement relâché.

Il suffit de se rappeler combien, dans cette opération, la cautérisation est limitée et sur quelles parties elle porte pour être certain qu'on ne saurait provoquer aucun des accidents que j'ai signalés dans la pratique de Ph. Royer. Une hémorrhagie n'est pas à craindre, le cautère n'intéresse que la muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux de l'entrée de l'anus et la peau qui borde son orifice. Dans tous ces points les vaisseaux sont de très-petit calibre. Quand la tumeur hémorrhoïdaire vient à être touchée par le dos du cautère, elle l'est si légèrement qu'aucun vaisseau d'une certaine importance ne peut être ouvert.

C'est à peine si je parlerai des abcès pelviens. Il est trop évident qu'ils ne sauraient être déterminés par une cautérisation qui est, pour ainsi dire, tout extérieure.

---

retour celle d'Égypte ne repasse point par Médine, c'est à Beder qu'elle quitte le grand chemin pour se rapprocher encore du littoral et converger vers El Ouetch, où on l'arrête et où on la tient en observation.

De Beder on s'engage dans des vallées sablonneuses et encaissées entre des montagnes élevées; c'est dans ce territoire que se trouve principalement l'arbre qui produit le baume de la Mecque, et l'on y récolte exclusivement le séné de la Mecque ou d'Arabie que la caravane de Syrie exporte.

Enfin, on descend dans l'*Ouadi Zogag*, vallée étroite, couverte d'acacias, qui mène à la vallée d'*El Ssafra*, tout près du village du même nom, où l'on s'arrête.

Ssafra est le grand marché de toutes les tribus voisines. Les maisons sont bâties sur la pente de la montagne, et la vallée est couverte de dattiers et traversée par un ruisseau abondant. On y sème du dhourra, de l'orge et du dhoken, le badenjan ou la mélongène; des oignons, du méloukié et des raves; les vignes, les citronniers, les bananiers, y sont communs. Les bocages de dattiers y ont une étendue de près de quatre milles et sont l'objet de beaucoup de soins(1).

Aussi, cette vallée est célèbre dans tout le Hedjaz pour l'abondance et la qualité de ses dattes; on y rencontre aussi de grands palmiers.

Les habitants de cette contrée, qui est, au point de vue stratégique, la clef du Hedjaz septentrional, sont de la tribu des *Beni Salem*, branche la plus nombreuse et la plus guerrière des Harb. Ils ont longtemps résisté aux *Wahabites*, lorsque ces farouches réformateurs envahirent la Péninsule.

Les dattes sont la marchandise la plus commune sur le marché de Ssafra, ou *Souk-es'-Ssafra*; le miel qui provient

(1) La datte est le fruit le plus précieux de l'Arabie, car il constitue la base de l'alimentation. Le prix payé au père d'une fille que l'on épouse consiste souvent en trois dattiers. Les Arabes préparent les dattes de diverses manières; pour l'expédition, ils les réduisent en une pulpe épaisse, après les avoir fait bouillir dans l'eau, et arrosé d'une couche de miel. Ils disent qu'une bonne ménagère doit fournir journellement à son époux, pendant un mois, un plat de dattes accommodées *différemment*.

Si un accident pouvait être à craindre, ce serait un rétrécissement du rectum. Mais les quatre cicatrices qu'on établit à l'entrée de l'anus, bien que douées d'une grande puissance de rétraction, sont pratiquées dans le sens de la longueur de l'intestin et linéaires. Il existe entre elles des intervalles occupés par des tissus très-extensibles qui rendent un véritable rétrécissement impossible. Peut-être objectera-t-on que si l'anus reste assez dilatable la maladie pourra récidiver. Certainement cet accident, bien que je n'en aie pas eu un seul cas, n'est pas impossible, mais c'est au chirurgien d'apprécier les conditions où se trouve le malade. Si, comme cela m'est arrivé plusieurs fois, il doit opérer un vieillard ayant une tumeur volumineuse et ancienne, et dont l'anus a conservé très-peu de ressort, il devra appuyer un peu sur le cautère de façon à intéresser une épaisseur de tissus plus grande que dans les cas ordinaires et, de cette façon, il évitera sûrement une récidive.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Association française pour l'avancement des sciences.

(Correspondance de Lyon.)

La deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est ouverte, le 21, à Lyon, sous la présidence de M. de Quatrefages.

Une grande affluence de savants se pressait à cette séance d'ouverture. On peut évaluer à six cents le nombre des membres déjà présents.

M. le préfet du Rhône a ouvert la session par un discours de bienvenue. Deux autres discours, l'un de M. le président, l'autre du secrétaire général, ont soulevé des applaudissements unanimes.

A la séance du soir, M. Carl Vogt a fait une intéressante conférence sur les volcans. Demain commenceront les travaux des sections.

Nous apprenons avec plaisir que la section médicale est largement représentée.

Congrès annuel de l'Association médicale anglaise (British medical Association.)

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

SÉANCE DU 5 AOUT 1873.

Le Congrès médical annuel de l'Association britannique s'est ouvert aujourd'hui, dans des conditions exceptionnellement favorables et qui nous font espérer les meilleurs résultats, non-seulement au point de vue des relations sociales entre les différents membres de l'Association, mais aussi au point de vue exclusivement scientifique.

La présence d'hommes éminents tels que William Fergusson, Parkes, Quain, Burdon-Sanderson, etc.; l'importance des matières scientifiques qui seront soumises à la discussion, tout concourt, en effet, à donner à cette réunion un éclat et une importance inaccoutumés. D'un autre côté, en se plaçant à un point de vue moins sérieux, on ne saurait contester que le séduisant programme de fêtes et de plaisirs promis à MM. les membres de l'Association a été pour beaucoup dans l'attrait du meeting.

Quoique le Congrès fût tout à fait britannique, la présence d'illustres visiteurs étrangers tendrait presque à lui donner un cachet internationnal. MM. Noël Gueneau de Mussy, Gosselin, Ollier, Chauveau, Dieulafoy, etc., y représenteront la France; MM. Virchow, Liebreich, Langenbeck, l'Allemagne. Les États-Unis ont également envoyé une députation composée des hommes les plus éminents.

Les locaux de réunion ont été préparés à King's College par MM. les secrétaires de l'Association avec un soin tout particulier. Un bureau de poste et de télégraphe a été improvisé pour cette occasion; des cabinets de lecture, des buvettes, des buffets avaient été installés; en un mot l'organisation rappelait en tous points les mœurs pratiques de l'Angleterre.

Un musée pathologique des plus intéressants et une exposition des instruments de chirurgie et d'orthopédie inventés dans le courant de l'année donnaient un attrait de plus au Congrès. Nous parlerons plus tard des pièces pathologiques et des instruments qui nous paraîtront offrir le plus d'intérêt pour les praticiens français.

Ce qui étonnera peut-être certains médecins de notre pays, c'est que la première réunion des membres du Congrès a eu lieu ce matin dans la cathédrale Saint-Paul, et cela pour y entendre un service religieux et y recevoir les grâces et les lumières de l'Esprit-Saint. A trois heures, dans la grande salle de King's College, a eu lieu la réunion générale des membres de l'Association. C'est par milliers qu'on comptait les médecins venus des différents points du royaume pour assister à cette solennité. M. Baker, chirurgien de l'hôpital général de Birmingham, présidait. Après avoir tracé un rapide exposé des travaux de l'Association pendant cette dernière année et indiqué les réformes à apporter dans l'enseignement et la pratique de la médecine en Angleterre, il remit le fauteuil de la présidence à sir William Fergusson, le nouveau président élu pour cette année. C'est au milieu des applaudissements les plus chaleureux que cet habile et populaire chirurgien commença la lecture de son adresse. Après avoir fait un rapide tableau des progrès de l'Association, qui avait si remarquablement contribué à élever le niveau moral et scientifique de la profession médicale en

---

des montagnes voisines et que l'on conserve dans des peaux de mouton est un autre objet de commerce; il a aussi la réputation d'être excellent.

Ssafra et Beder sont les seuls points de tout le Hedjaz où il soit possible de se procurer le baume de la Mecque dans toute sa pureté naturelle. L'arbre qui le produit, surtout dans le *Djebel Sobh*, est appelé par les Arabes *beschem*. Les semences du beschem sont employées dans le Hedjaz pour produire l'avortement (1).

De Souk-es'-Ssafra, on se dirige vers la vallée de *Djedeidé* ou *Djeheiné*, à travers les défilés de *Dar el Hamra* et de *Mokad*, où se trouvent des villages habités par les *Haouaseb*, la tribu la plus pillarde des Harb, aussi les malheureuses caravanes redoutent-elles ce passage.

El Kheif est le dernier village de la vallée de Djedeïdè; c'est une des positions les plus importantes du Hedjaz, parce que c'est le seul chemin pour aller de la Mecque ou d'Iambo à Médine; aussi, ya-t-il là habituellement un camp de soldats; mais les soldats n'y sont eux-mêmes en sécurité que lorsqu'on a traité avec les Harb. Ce fut ici que les Wahabites détruisirent la première armée turque envoyée contre eux.

De la vallée de Djeheïdé, on passe dans l'*Ouadi el Schoada* ou *vallée des Martyrs*, parce que, suivant la tradition, plusieurs disciples de Mahomet y furent tués dans une bataille; cette

(1) L'arbre qui produit le baume de la Mecque a une hauteur de dix à quinze pieds, le tronc lisse et l'écorce mince; le suc qui en découle est enlevé avec l'ongle du pouce et mis dans un vase. Cette résine a une odeur forte de térébenthine et sa saveur est amère. Les habitants de Ssafra sont dans l'usage de le sophistiquer avec de l'huile de sésame et du goudron. Quand on veut l'essayer, on trempe le doigt dans le baume et l'on y met le feu; si le baume brûle sans faire de mal ou sans laisser une marque sur le doigt, on juge qu'il est de bonne qualité; mais, s'il brûle le doigt aussitôt qu'on y a mis le feu, on le considère comme altéré. Bruce indique, dans l'*Histoire de ses voyages*, un autre mode d'expérimentation qui consiste à laisser tomber une goutte de baume dans un vase plein d'eau; celui qui est pur se coagule et se précipite au fond du vase, tandis que celui qui est altéré se dissout et surnage sur le liquide. Quoi qu'il en soit, il est extrêmement difficile d'en trouver à l'état de pureté. Les riches pèlerins ont l'habitude de verser quelques gouttes de ce baume dans leur première tasse de café du matin, et considèrent ce breuvage comme tonique.

Angleterre, il entra dans de longs développements sur les conditions hygiéniques de Londres, et particulièrement sur ce qui a rapport à l'approvisionnement de l'eau.

La journée d'ouverture s'est terminée par une brillante soirée offerte par le Lord-maire dans le palais de Mansion-House à tous les membres de l'Association.

SÉANCE DU 6 AOUT 1873.

Ce n'est guère qu'aujourd'hui que les travaux vraiment scientifiques du Congrès ont été commencés. Dès dix heures, la foule encombrait déjà les musées, la bibliothèque et les autres salles préparées à King's College. A onze heures, M. Parkes, professeur à l'école de médecine militaire, commença la lecture de l'*Address in medicine*. Ce document contient une foule d'appréciations sur différents points importants de l'art de guérir. Après avoir donné un rapide aperçu des progrès de la médecine depuis le commencement du siècle et s'être étendu assez longuement sur les travaux de Laennec et de Bright, qu'il considère comme les deux plus grands médecins de l'époque, il mentionna la richesse de nos connaissances nouvelles sur ce qu'il désigne sous le nom d'affections entozoaires (*Entozoic diseases*). Nous connaissons maintenant l'origine et le mode de transmission de la plupart de ces maladies qui, il y a peu de temps encore, nous étaient inconnues : kystes hydatiques du foie (*ingenious liver disease of sceland*), la chlorose d'Égypte, la trichine, etc. Nous pouvons maintenant dire que s'il ne nous est pas toujours possible de les guérir, il est au moins en notre pouvoir de les prévenir et d'en arrêter les progrès. Il en est de même des maladies qui ont pour origine les parasites cryptogames ; combien de progrès n'ont-elles pas fait depuis ces dernières années, et surtout grâce à l'intervention du microscope ! Quittant ce sujet, l'orateur donne un rapide aperçu des théories concernant la pathologie de l'inflammation, puis il passe à l'examen des maladies épidémiques et endémiques. Il conclut en disant que si, dans les quarante années qui viennent de s'écouler, l'art de guérir a fait de rapides progrès, l'art de prévenir les maladies en a fait encore de plus grands. Ce résultat est évidemment dû à la sûreté de nos moyens de diagnostic et d'investigation. Nous ne pouvons nous contenter d'observer simplement les choses, il nous faut aussi connaître la cause qui les produit : c'est de là qu'est née cette école des hygiénistes (*School of Sanitarians*), qui a déjà fait tant de travaux et résolu tant de problèmes.

Après l'audition de cet important discours, les membres du Congrès se séparèrent pour aller vaquer à leurs travaux chacun dans leurs sections respectives.

La section de médecine s'est ouverte sous la présidence de M. Gibson. Après un court discours d'ouverture, elle a entendu plusieurs communications importantes. Nous signalerons seulement en passant le chaleureux accueil fait à nos compatriotes, MM. Gueneau de Mussy et Hayem, dont les communications ont été accueillies avec le plus vif intérêt. Le travail de M. Hayem sur l'altération symptomatique des muscles a vivement excité l'attention de l'assemblée.

La section d'hygiène publique (*public Medicine*), sous la présidence de M. George Hastings, promettait d'offrir un assez grand intérêt. Les questions relatives au choléra, qui a déjà fait quelques rares apparitions en Angleterre, devaient y être discutées. Le docteur Murray, inspecteur général des hôpitaux, lit un travail dans lequel il montre la rapidité avec laquelle s'étend le choléra d'un pays à un autre par les routes, les chemins de fer et la navigation. La possibilité de la contagion par les cadavres n'est pas encore établie, mais il n'y a aucun doute pour ce qui concerne la contagion par les vivants. — M. Heygate fait ensuite une communication dans laquelle il montre que l'usage d'eaux malsaines a une influence considérable sur la transmission et le développement du choléra.

La journée a été terminée par une brillante réception au Collége royal des chirurgiens. Plus de deux mille membres de la profession y assistaient. Ils ont été reçus par M. Curling, le président, dans la grande salle du musée. Parmi les visiteurs se trouvaient plusieurs illustres étrangers, qui payèrent un large tribut d'admiration aux richesses scientifiques du Collége des chirurgiens. Cette incomparable collection a été fondée par John Hunter et continuée par les soins de Owen, Huxley et les membres actuels du Collége. On estime à près de 7 millions les sommes qui ont été souscrites par les chirurgiens d'Angleterre pour établir ce musée et l'amener à l'état de richesse où il se trouve maintenant.

SÉANCE DU 8 AOUT 1873.

L'adresse en chirurgie lue jeudi par M. Wood et l'adresse en physiologie lue vendredi par M. Burdon-Sanderson constituent peut-être les travaux les plus remarquables qui aient été présentés au congrès. Malgré l'élévation extraordinaire de la température, les auditeurs ne faisaient pas défaut, ce qu'il faut attribuer non-seulement à l'intérêt des communications scientifiques, mais aussi à la sympathie qu'inspiraient les orateurs.

Après avoir parlé des plus importantes découvertes de la chirurgie moderne, M. Wood arrive à quelques appréciations sur des travaux français, et l'opinion qu'il émet n'est certainement pas celle de tous les chirurgiens étrangers. A propos du pansement rare de M. Guérin, il dit : « Je ne saurais approuver le pansement employé par M. Guérin pendant le second siége de Paris. Le procédé imaginé pour préserver les plaies des pernicieuses influences de l'atmosphère semble être déduit des expériences du professeur Tyndall sur le coton-filtre de Pasteur, mais il a été démontré qu'il ne prévient ni la putréfac-

---

vallée est remarquable par des rochers de granit rouge mêlé à du calcaire.

Enfin, on débouche dans la vallée d'*El Fereisch ;* on gravit la montagne par des chemins rocailleux remplis d'arbres épineux, et, du sommet, on voit l'immense plaine de l'Est s'étendre devant soi. C'est dans cette plaine que se trouve Médine.

Les caravanes mettent de onze à treize jours pour faire cette route de la Mecque à Médine. Cette route n'est pas éloignée de la mer et offre, comme on voit, assez de ressources.

Il y en a une seconde plus centrale et plus courte, mais montagneuse, moins sûre et abandonnée, qui n'exige que six jours ; il paraît cependant que, cette année, on l'a aménagée, et que certaines tribus de pèlerins l'ont suivie, mais en petit nombre.

De même que les *Mekkaouis* (habitants de la Mecque), les *Médinaouis* (habitants de Médine) sont, pour la plupart, des étrangers que le tombeau du prophète et les profits qu'il assure à quiconque en est voisin ont attirés dans ce lieu. Il n'y reste qu'un petit nombre de descendants de ces familles arabes qui s'y trouvaient quand Mahomet y arriva en fuyant de la Mecque; on n'y rencontre que des colonies venues de tous les points de l'empire musulman. Comme la Mecque, Médine est très-bien approvisionnée d'eau douce par un beau canal souterrain; mais, c'est une eau nitreuse et légèrement tiède. La ville est également largement pourvue, sous ce rapport, par un torrent considérable qui, coulant du sud au nord, traverse les faubourgs et se perd, au nord-ouest, dans une vallée pierreuse. Le précieux joyau de Médine, qui place cette ville de niveau avec la Mecque et qui la lui a même fait préférer par beaucoup d'écrivains arabes, est la grande mosquée qui renferme le tombeau de Mahomet, et qui a été fondée par lui. Ce fameux tombeau se trouve, avec ceux d'Abou Bekr et d'Omar, les deux plus anciens disciples et successeurs immédiats de Mahomet, dans un édifice carré de pierres noires, soutenu par deux colonnes et non suspendu en l'air, comme on le croit encore en Europe.

tion ni la fétidité; il n'empêche pas non plus la formation d'une quantité considérable de *microzoa* dans la plaie. » Plus loin, en parlant de l'appareil aspirateur de M. Dieulafoy: « Parmi les récentes innovations en chirurgie opératoire, il en est une dans laquelle se révèle tout entière l'audace de l'école française et que les chirurgiens qui ont atteint la période de calme et de repos peuvent considérer comme hardie et téméraire. Je veux parler de l'application de l'aspirateur de M. Dieulafoy à la ponction de la vessie en cas de rétention d'urine, à la ponction des intestins en cas d'obstruction et pour évacuer le fluide contenu dans les hernies étranglées. Dans les cas d'obstruction intestinale, Demarquay n'a pas trouvé cet instrument d'un usage très-pratique, parce que la distension se reproduit presque immédiatement; j'ai fait moi-même la même remarque lorsque j'ai pratiqué la ponction dans des cas désespérés d'obstruction intestinale. Pour ce qui concerne la ponction des articulations et le traitement des hydatides, je ne puis me prononcer, n'ayant pas encore fait un usage très-fréquent de l'appareil dans ces cas. Mais je dois avouer que je n'ai pas encore atteint le degré d'audace nécessaire pour me servir de cet instrument dans la hernie étranglée. » En parlant des différents pansements employés en Angleterre, M. Wood signale le procédé employé à l'hôpital d'Addenbrooke à Cambridge et qui consiste à laisser les plaies à nu et au contact de l'air. Cette manière d'agir peut donner de bons résultats dans les hôpitaux situés dans des conditions hygiéniques exceptionnelles, comme celui de Cambridge, mais dans nos hôpitaux des grandes villes qui sont si souvent visités par l'infection purulente, l'érysipèle et autres épidémies, il ne serait pas sans danger d'employer ce système.

M. Burdon-Sanderson, le célèbre physiologiste de l'*University college*, a commencé la lecture de son adresse au milieu des applaudissements les plus sympathiques. Il fit d'abord un exposé des relations qu'ont entre elles la médecine et la physiologie, puis il insista pour qu'une ligne de démarcation fût bien établie entre ces deux sciences. Dans la médecine proprement dite, l'expérimentation n'a pour ainsi dire rien à faire, tout repose sur l'observation clinique des cas et sur l'examen *post mortem;* dans la physiologie, au contraire, l'expérimentation est tout. La médecine serait donc une science purement empirique et la physiologie une science purement expérimentale, mais cette division, très-acceptable en théorie, est difficile à maintenir en pratique, car il y a entre l'empirisme et l'expérimentation un terrain sur lequel il est presque impossible de ne pas empiéter. M. Burdon-Sanderson continua son discours en exposant avec un rare talent les principales doctrines physiologiques concernant la production de l'état fébrile. D'après lui, la doctrine la plus acceptable et aussi la plus généralement acceptée est celle de Virchow, qui place le *fons et origo* de l'état fébrile dans les centres nerveux. Après quelques développements, il termina en faisant l'éloge du gouvernement qui venait de donner une impulsion aux sciences naturelles en organisant l'expédition scientifique sur le *Challenger.* » Il espère que l'Association suivra cet exemple en provoquant des recherches physiologiques et pathologiques, en fixant les questions à élucider, en choisissant des hommes capables de prendre la direction de ces travaux et en leur fournissant les fonds nécessaires.

—Vendredi soir, une charmante petite fête champêtre a été offerte par M. Spencer Wells à tous les confrères étrangers venus à Londres à l'occasion du Congrès. C'est dans sa jolie habitation de Golder-Hill, à Hamstead, que la fête a eu lieu. Tous les médecins français avaient tenu à cœur de se rendre à cette gracieuse invitation, et ils conserveront longtemps un agréable souvenir de la cordiale réception qui leur a été faite. M. Spencer Wells n'a fait que confirmer la haute idée que nous avions déjà sur l'amabilité et la courtoisie de nos confrères anglais.

J. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1873 (SUITE). — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ET LES FONCTIONS DU CERVEAU. Note de M. *Fournié.* — Cette note est un aperçu critique de la manière dont on avait jusqu'alors conçu les localisations cérébrales et un exposé de la méthode suivie par l'auteur pour les déterminer.

SUR L'UNIFORMITÉ DU TRAVAIL DU CŒUR LORSQUE CET ORGANE N'EST SOUMIS A AUCUNE INFLUENCE NERVEUSE EXTÉRIEURE. Note de M. *Marey.* — Pareil aux moteurs mécaniques, qui ne peuvent produire qu'une certaine somme de travail en un temps donné, le cœur, qui jamais ne se repose, exécute un travail sensiblement uniforme. Ses battements sont rares quand chacun d'eux doit surmonter une résistance considérable; ils sont fréquents quand cette résistance diminue. Or, la résistance à l'effort du cœur n'est autre que la pression du sang déjà contenu dans les artères.

M. Marey confirme ces lois, précédemment établies, par de nouvelles expériences. Il démontre qu'en l'absence de toute communication avec le système nerveux le cœur bat d'autant plus vite qu'il dépense moins de travail à chacun de ses battements. Le cœur de la tortue, enlevé et muni d'un appareil circulatoire artificiel, se prête fort bien à cette démonstration qui a été répétée devant les membres de l'Académie.

Les trésors du Hedjaz étaient autrefois conservés autour de ces sépultures, soit suspendus à des cordes tendues en travers de l'édifice, soit déposés dans des coffres à terre. Lorsque les Wahabites prirent la ville, ils pillèrent toutes les richesses du *Hedjira* (enceinte du tombeau), comme ils avaient pillé celles du temple de la Mecque.

L'endroit où viennent surtout prier les pèlerins s'appelle *El Rhoda*, c'est-à-dire jardin, ou le jardin des vrais croyants; ce nom lui fut donné par Mahomet, qui a dit: « Entre mon tombeau et ma chaire est un jardin des jardins du paradis.» Avant d'entrer dans la ville, le pèlerin doit se faire une ablution complète et, s'il est possible, se purifier le corps avec des substances odorantes; dès qu'il aperçoit la coupole du Hedjira, il doit réciter à haute voix une prière. Quand il veut visiter la mosquée, le *Mezazouar* le conduit à la porte de *Bab-Es'-Salam*, dont il enjambe le seuil du pied droit, suivant l'usage suivi dans toutes les mosquées, et s'avance vers le Rhoda, où il prononce une oraison accompagnée de quatre prosternations; il s'avance ensuite vers la grille du Hedjira et là, les bras étendus, il adresse cette invocation à Mahomet: « *Salam aleika ya Mohammet, Salam ya resoul illah!* salut à toi, Mahomet; salut à toi, prophète de Dieu! » Il invoque ensuite son intercession dans le ciel et mentionne séparément les noms de tous ceux de ses parents et de ses amis qu'il désire comprendre dans ses prières; c'est pour cette raison que toute lettre adressée à un habitant de Médine finit par une prière de faire mention, au tombeau du prophète, du nom de l'écrivain. Le pèlerin va continuer ses oraisons en face des tombeaux d'Abou-Bekr et d'Omar, et de Sitna Fatmé ou Fatmé-e-Zohèra (Fatmé l'éclatante), fille de Mahomet et épouse d'Ali; il retourne ensuite au Rhoda, où il récite une dernière oraison, pour saluer Dieu en quittant la mosquée. A tous les endroits où se font des prières, des gens se tiennent accroupis avec des mouchoirs étendus pour recevoir les dons des pèlerins; les eunuques ou gardiens du temple attendent, dans le *Rhoda*, que le pèlerin ait fini sa dernière prière pour le féliciter de ce qu'il a heureuse-

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aveyron et d'Ille-et-Vilaine pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les tableaux de vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département du Loir-et-Cher, de Vaucluse, de la Vendée, du Tarn, de l'Oise et de Meurthe-et-Moselle. (*Commission de vaccine.*)

L'académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. le docteur Luton (de Reims). — *b*. Un mémoire en retard pour le prix d'Ourches.

Pas de public, une quinzaine d'académiciens, rien à l'ordre du jour, telle était la situation au début de la séance de mardi, et l'Académie eût été bien embarrassée d'employer ses deux heures réglementaires quand M. Bertillon est venu nous donner lecture d'un travail fort intéressant sur le mouvement de la population.

Dans cette étude, qui a dû lui coûter bien du temps et de longues et impatientes recherches, l'auteur constate avec regret que la population tend à diminuer tous les ans sensiblement en France. Quelles sont, en dehors des événements imprévus (épidémies, guerres ou famines), les causes de cette diminution progressive? M. Bertillon ne peut naturellement les indiquer; il se contente d'appeler l'attention sur cette question fort importante et de fournir des documents qui permettront peut-être de résoudre un jour ce problème.

Aujourd'hui il se propose de montrer l'influence de l'âge, du sexe, de l'état civil, des professions et des saisons sur la marche de la mortalité, non-seulement dans toute la France en général, mais encore dans chaque département. Pour aider à la démonstration, l'auteur fait passer sous les yeux de l'Académie une série de cartes de France où des teintes graduées depuis la couleur la plus claire jusqu'à la plus foncée permettent de saisir d'un coup d'œil dans chaque département l'état de la mortalité suivant l'âge, le sexe ou le climat. C'est pour nous servir de l'expression de M. Bertillon, « une véritable lanterne magique » fort intéressante, fort curieuse sans doute, mais bien lugubre aussi; car la mort domine toujours la scène, et nous la voyons dans tous ces tableaux frapper de préférence ici les nouveau-nés, là les enfants en bas âge, plus loin les adultes ou les hommes mûrs, et les frapper prématurément suivant des lois qui nous sont malheureusement encore inconnues.

Ce travail comprend environ quarante cartes, dont M. Bertillon n'a fait passer qu'une dizaine sous les yeux de l'Académie. Naturellement nous ne les citerons pas toutes, nous nous contenterons d'en rappeler quelques-unes où l'on trouve des renseignements instructifs et parfois fort inattendus.

Ainsi, dans un tableau qui représente la mortalité suivant les âges, on trouve que, pour la première année, il y a une différence notable entre les départements les plus favorisés et les plus malheureux : dans les premiers, on a 100 décès sur 1000, dans les autres plus de 300. La principale cause de cette effrayante mortalité serait due, suivant M. Bertillon, à la désastreuse industrie des nourrices. « Si l'on arrivait, ajoute-t-il, par des mesures énergiques, à ramener la mortalité exagérée de ces départements à la mortalité moyenne, on sauverait annuellement 14 à 15000 enfants. »

De un à cinq ans, la mortalité est beaucoup plus marquée dans tous les départements du littoral de la Méditerranée, où elle monte à 60 sur 1000, tandis que dans d'autres elle n'atteint que 22 sur 1000. M. Bertillon croit que cette différence tient surtout à la chaleur, à la sécheresse et aux vents qui soufflent continuellement dans ces parages.

De vingt à trente ans, la mortalité augmente subitement et d'une façon très-sensible. La différence entre les départements les plus favorisés et les plus frappés est près du double. M. Bertillon appelle l'attention de l'Académie sur cette augmentation subite de la mortalité à l'âge adulte, augmentation qui serait propre à la France, car il ne l'a pas constatée pour les autres pays de l'Europe.

Le sexe paraît avoir quelque influence : ainsi, dans certains départements la mortalité du sexe masculin dépasse de 5 à 10 pour 100 celle des femmes; dans d'autres, au contraire, les femmes meurent plus que les hommes et dans une proportion de 10 à 20 pour 100.

Dans un autre tableau, nous voyons quelles sont les chances de mort pour chaque âge : la première année, c'est une véritable hécatombe, et près du quart des enfants succombent dès leur entrée dans le monde. Plus tard, les chances diminuent jusqu'à vingt ans, où l'on constate l'augmentation subite signalée plus haut et malheureusement spéciale à notre pays. Il faut arriver à quarante-cinq ans pour retrouver la même mortalité que de vingt à vingt-cinq, c'est-à-dire qu'un jeune homme de vingt-deux ans a plus de chances de mourir qu'un homme de quarante ans. Voilà certainement un fait dont on ne se doutait guère.

M. Bertillon nous montre ensuite l'influence des villes ou des campagnes sur la mortalité; cette influence se faisant surtout sentir suivant que l'enfant est légitime ou illégitime. Il arrive à ce singulier résultat, que la mortalité est beaucoup plus grande pour les enfants illégitimes dans les campagnes que dans les villes, et il insiste sur ce fait qui, suivant lui, n'avait pas encore été signalé. Dans les villes, en effet, la mortalité des enfants illégitimes n'est que de 33 pour 1000, tandis que dans les campagnes elle monte à 52 pour 1000.

M. Ricord lui demande s'il a établi dans ce tableau une différence entre les enfants illégitimes indigents et les enfants illégitimes qu'on envoie de la ville en province pour s'en débarrasser, ce qu'il appelle des infanticides par commission.

---

ment accompli le *ziara* ou la visite, et pour recevoir leur gratification. La police de la Mosquée, le soin de laver le Hedjira et tout l'édifice, d'allumer les lampes, etc., sont confiés à une cinquantaine d'eunuques organisés comme ceux du *Beithou'l-lah* de la Mecque; mais ceux de Médine sont des personnages plus importants; ils sont très-respectés et exercent une influence considérable dans les affaires de la ville.

Leur chef, appelé *Scheikh el haram*, est le principal personnage de la ville; il a un rang plus élevé que l'aga ou le chef des eunuques de la Mecque; il est envoyé de Constantinople et ordinairement a appartenu au sérail du Grand Seigneur. Indépendamment de ces eunuques, la Mosquée compte beaucoup d'habitants de la ville parmi ses serviteurs; on les appelle *Ferraschin;* ils aident les eunuques et exercent aussi la profession très-lucrative de réciter des prières pour les absents.

Les Wahabites avaient défendu la visite au tombeau de Mahomet; le regardant comme un simple mortel, ils ne jugeaient pas son sépulcre digne d'une attention particulière. Cependant ils n'empêchaient point la visite de la Mosquée, construite par le prophète à l'époque mémorable de sa fuite de la Mecque, qui posa les premiers fondements de l'islamisme, mosquée réputée le lieu le plus saint de la terre après le Beithou'llah. Même pour les musulmans orthodoxes, la visite de cette mosquée et du tombeau est un acte purement méritoire, qui n'a rien de commun avec les obligations du Hadj imposées à tous les vrais croyants, de même que la visite du temple de Jérusalem et du tombeau d'Abraham à *Hébron*.

Il y a aussi cette différence entre la mosquée de Médine et celle de la Mecque, que l'accès de la première est interdit aux femmes, tandis qu'elles visitent journellement la seconde.

Le pèlerin, ayant terminé sa visite à la mosquée, se dirige en dehors de la ville et va visiter le cimetière, célèbre par le grand nombre de saints qui y sont enterrés; puis il se rend au *Djebel Ohod* (mont Ohod), où se trouve le tombeau de Hamzé, oncle de Mahomet, et de soixante-quinze de ses disciples tués

M. Bertillon lui répond qu'il n'a pris que les enfants illégitimes nés dans le département même.

Quant aux saisons, elles auraient, au point de vue de l'enfance, une influence contraire aux idées généralement admises; car, d'après les tableaux de M. Bertillon, c'est dans les mois chauds qu'on trouve pour les enfants la plus forte mortalité.

M. Bertillon a cherché ensuite quelle pouvait être l'influence de la profession. Ne trouvant pas de documents en France, il en a emprunté à l'étranger et a trouvé dans une statistique anglaise que, dans la période de trente-cinq à quarante-cinq ans, c'est-à-dire dans la force de l'âge, la mortalité était de 6 pour 100 par an pour les pasteurs et les magistrats, 7 pour les fermiers, 9 pour le petit commerce et les épiciers, 10 pour les maçons, les cordonniers, les domestiques et les lords anglais, 13 pour les médecins et 19 pour les marchands de spiritueux, les aubergistes et autres métiers favorisant les excès alcooliques.

Frappé de cette égalité étrange et inattendue du maçon et du noble lord anglais devant la mort, de trente-cinq à quarante-cinq ans, égalité qui n'existe plus aux autres périodes de la vie, M. Bertillon s'est demandé quelle pouvait en être la raison, et il en donne l'explication suivante: que, dans l'enfance et la vieillesse, les nobles Anglais bénéficient, sans pouvoir en abuser, des bienfaits de la fortune, tandis que dans la force de l'âge ils en usent et en abusent et arrivent à mourir dans la même proportion que les maçons et les domestiques.

M. Bertillon termine enfin cette fort intéressante communication par l'étude de l'influence du mariage et du nombre des enfants sur la mortalité, la criminalité et le suicide, et à ce dernier point de vue il démontre, tableau en main, que les suicides sont bien moins nombreux chez les époux ou les veufs qui ont des enfants.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

M. *Chassaignac* continue la lecture commencée dans la précédente séance. Il rejette l'ablation complète du maxillaire supérieur; l'ablation partielle suffit le plus souvent, et la destruction du plancher de l'orbite est complétement inutile. Le procédé à lambeau nasal a été mis en pratique en 1854 par M. Chassaignac pour faciliter l'application de la chaîne de l'écraseur. Cet instrument est indispensable dans les opérations de polypes naso-pharyngiens, car les malades n'ont pas de sang à perdre. M. Chassaignac démontre ensuite que M. Boeckel et M. Paul Bruns ont appliqué le procédé à lambeau nasal longtemps après le chirurgien de l'hôpital de Lariboisière.

M. *Ollier* a appliqué son procédé dans dix-huit opérations de polypes naso-pharyngiens : il ne parle pas des tumeurs mixtes ou fibro-plastiques. L'opération préliminaire est simple, rapide; faite trois fois chez le même individu, elle n'a pas laissé une cicatrice très-apparente, et la réunion fut toujours facile. La voie nasale permet de voir le polype mieux que la voie palatine, dont il n'est pas partisan; c'est la voie qui éclaire le mieux. Cette voie peut être fermée immédiatement; quand on a bien rugîné il n'est pas nécessaire de maintenir l'ouverture béante; s'il y a récidive, il est bien facile de refaire l'opération préliminaire. On a dit que cette voie était étroite; mais le plus souvent le polype a fait sa voie, et la cloison, si elle n'est pas déjà refoulée, le sera artificiellement. Il est parfois difficile d'appliquer l'écraseur sur le pédicule, et l'on s'expose à laisser une partie du pédicule; il faut donc ruginer ensuite. Mais alors pourquoi employer l'écraseur? M. Ollier préfère l'arrachement, qui est plus rapide. M. Ollier n'a jamais perdu un malade d'hémorrhagie. Sur dix-huit cas, le chirurgien de Lyon a perdu deux malades; l'un avait un prolongement du polype logé dans le cerveau, sans symptôme cérébral appréciable; l'autre malade mourut de méningite, un prolongement du polype ayant usé l'apophyse basilaire.

Par son procédé, M. Ollier a pu enlever un polype pesant 215 grammes. N'ayant pu suivre tous ses malades, il ne peut affirmer le chiffre exact des guérisons radicales; certains ont été opérés deux fois, d'autres trois fois. Aucun procédé ne met à l'abri de la récidive.

M. *Chassaignac* dit qu'au moyen de l'emboîtement des algalies on passe facilement la chaîne de l'écraseur derrière le pédicule du polype. La tumeur enlevée, on complète l'opération avec l'onglet métallique pour gratter l'apophyse basilaire. L'arrachement ne met pas toujours à l'abri de l'hémorrhagie, et si l'os est aminci on peut arracher une lamelle osseuse et provoquer des accidents cérébraux.

Selon M. *Ollier*, l'arrachement n'amène pas les hémorrhagies, comme paraît le croire M. Chassaignac.

M. *Verneuil*. La question des opérations préliminaires applicables à la cure des polypes naso-pharyngiens vient d'être agitée de nouveau à la Société de chirurgie. On a discuté un point de priorité relatif aux résections dites temporaires destinées à ouvrir les cavités de la face sans sacrifier les os. M. Chassaignac a réclamé en termes très-vifs le mérite de cette idée contre M. Paul Bruns, de Tubingen, et M. Boeckel, de Strasbourg. M. Verneuil est intervenu dans le débat parce que M. Paul Bruns l'avait accusé d'avoir falsifié les faits pour attribuer aux chirurgiens français la priorité de l'idée.

M. Verneuil fait remarquer que depuis la guerre dernière

---

dans une bataille sanglante livrée en ce lieu par Mahomet aux *koreischs* idolâtres.

Cet endroit est le lieu de campement des pèlerins de Syrie pendant les trois jours qu'ils restent là, soit en allant à la Mecque, soit en revenant. Un peu plus loin, vers la montagne qui n'est qu'à une portée de fusil, une petite coupole indique l'endroit où Mahomet fut atteint, dans la mêlée, d'une pierre qui lui cassa quatre dents de devant et le renversa à terre.

Il n'est donc pas surprenant que le *djebel Ohod* soit l'objet d'une vénération toute particulière.

Les pèlerins vont ensuite visiter, dans un village voisin appelé *Koba*, le lieu où Mahomet s'arrêta d'abord en venant de la Mecque; on y va par une plaine qu'ombragent de nombreux dattiers. C'est là que commencent les jardins célèbres de Médine qui forment assurément le canton le plus fertile et le plus agréable du Hedjaz septentrional, pour ne pas dire le seul.

On voit dans ces jardins, tous entourés de murs et arrosés par de nombreux puits, des arbres fruitiers de toutes les espèces; les citronniers et les orangers, les abricotiers, les figuiers, sont plantés au milieu des dattiers, des nebeks, des khéora (ricin), des acacias dont les jeunes branches servent à la nourriture du bétail, des châtaigniers sauvages, de grands sycomores (*Ficus sycomorus*), et forment des bocages aussi touffus qu'en Syrie et en Égypte (1).

La qualité supérieure des dattes de Médine est célèbre dans toute l'Arabie; elles sont bien plus sucrées et plus savoureuses que celles d'Égypte.

Le dattier est l'arbre le plus important de la péninsule Arabique; toutes ses parties sont utilisées, ce qui le rend aussi pré-

(1) Les arbres fruitiers se trouvent principalement du côté du village de *Koba*. On dit que le raisin, et surtout les grenades, sont d'une qualité excellente; il y a aussi des pêches, des bananes et, dans les jardins de Koba, des pastèques et des melons. Le nebek, qui produit le *Lotus*, espèce de jujube, est très-commun dans la plaine de Médine, ainsi que dans les montagnes voisines; les classes inférieures en font leur principal aliment. Un arbre très-répandu dans les jardins de Médine est l'*ithel*, espèce de tamarisc dont le bois est assez dur pour que les Arabes l'adoptent pour la confection des selles de leurs chameaux.

les Allemands semblent, de parti pris, déprécier la chirurgie française, et réclament *per fas et nefas* pour eux-mêmes toutes les découvertes qui appartiennent incontestablement à la France. En citant des faits précis, M. Verneuil établit d'une manière péremptoire que l'idée des résections temporaires a été formulée de la façon la plus nette par Huguier en 1852 et 1854, rappelée par M. Chassaignac en 1856, et qu'elle était vulgaire en France bien avant 1859, époque à laquelle Langenbeck en a fait une application sans importance. M. Verneuil examine ensuite les droits respectifs de MM. Chassaignac et Boeckel, et trouve enfin que M. Bruns n'a rien à réclamer dans cette question.

En ce qui concerne M. Paul Bruns, M. Verneuil pense qu'il ne connaît pas la question, et qu'en pareil cas il eût mieux fait de garder le silence.

M. *Trélat*. Dans les questions de priorité il faut distinguer l'idée de l'exécution. Il est démontré par M. Verneuil que nous avons la priorité de l'idée, mais la première exécution ne nous appartient pas, elle appartient à Langenbeck. Il faut dire qu'il n'y a pas de quoi s'en vanter, car cette exécution est misérable. Et d'ailleurs ce n'était pas une résection temporaire que Langenbeck avait en vue; son idée, inspirée par le procédé ostéo-plastique d'Ollier, était de refaire un nez. C'était en 1859. Le 11 août 1860, M. Huguier fit son opération, qui fut aussi une opération médiocre; il déplaça complétement le maxillaire supérieur préalablement gratté comme Langenbeck avait gratté les os du nez, et le remit en place. En 1861, Langenbeck, profitant des faits de Huguier, Chassaignac, fit une opération réellement remarquable.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

DE L'EMPLOI DE LA MORPHINE DANS LA MIGRAINE ET DANS LA COLIQUE HÉPATIQUE : M. LUTON (DE REIMS), M. GUBLER. — DE L'USAGE DES FRUITS DANS LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES : M. MAYET. — D'UNE COLORATION PARTICULIÈRE DE L'URINE APRÈS L'ABSORPTION DU SÉNÉ ; DIAGNOSTIC AVEC L'URINE ICTÉRIQUE : M. GUBLER. — LES SERPENTS VENIMEUX DE L'INDE, NATURE ET MODE D'ACTION DE LEUR VENIN : Dr EDWARD NICHOLSON (DE BANGALORE). — ANALYSE DE L'OUVRAGE DE FRASER (D'ÉDIMBOURG) SUR L'ÉTAT DE NOS CONNAISSANCES RELATIVES A L'ACTION DU MERCURE SUR LE FOIE ; RECHERCHES COMPLÉMENTAIRES : M. ERNEST LABBÉ.

La Société de thérapeutique a tenu sa dernière séance de l'année scolaire. Ne devant plus se réunir avant le mois d'octobre, elle a renvoyé à la rentrée la discussion sur la colique hépatique mise à l'ordre du jour. Nous en reparlerons donc dans deux mois.

M. *Luton* (de Reims), à propos de la communication faite par M. Guiraud (de Montauban), sur l'action de la morphine dans la migraine, envoie une courte note sur le même sujet. Atteint lui-même de migraines fréquentes, il calme les petits et les moyens accès par une injection de morphine ; mais de temps en temps survient un accès plus fort qui demeure rebelle. Il croit tei à une action sédative exercée sur la sensibilité gastro-intestinale, point de départ réflexe de la migraine *abdominale*, la plus fréquente de toutes. Cette explication rend à ses yeux inutile l'explication qui reposait sur la théorie devenue, dit-il, banale des vaso-moteurs. Il a vu des migraineux que l'opium ne calmait jamais.

Quant à la colique hépatique, il croit que la morphine est l'agent qui la calme le plus sûrement. Il n'admet pas qu'elle puisse engourdir les canaux biliaires, comme le dit Senac.

M *Gubler* pense que la recherche d'*un* remède contre la migraine ne peut être que vaine. Il y a *des* migraines; il y a *des* migraineux; d'ailleurs, outre qu'elle est loin d'être identique avec elle-même comme cause, comme nature, etc., la migraine est presque toujours une sorte de crise, dans le sens hippocratique; il y a là un travail de l'organisme qu'il serait malaisé d'enrayer; parfois même tenter de le faire pourrait avoir des inconvénients, car dans certains cas on rencontre des migraines qui sont, en quelque sorte des *noli me tangere* Sans doute, si l'élément névralgique domine, l'opium, le bromure, pourront quelquefois diminuer un peu la douleur. Mais si les troubles digestifs dominent, il ne faut compter que sur l'hygiène et sur les remèdes à longue portée.

Quant à la colique hépatique, il faut ici encore distinguer entre la simple hépatalgie qu'on calmera facilement, et le calcul qu'on ne fera pas facilement disparaître, même avec tous les prétendus dissolvants; dans les accès violents, M. Gubler emploie de préférence le chloroforme à l'intérieur; il y associe la morphine pour maintenir plus longtemps l'action stupéfiante. Il ne faut pas croire, du reste, qu'on engourdisse du même coup la contraction musculaire et la douleur; le chloroforme donné pendant l'accouchement n'empêche point les contractions utérines.

M. *Mayet* s'est demandé quel apport de matériaux sucrés représentaient, dans l'économie des diabétiques, les fruits en général, toujours si sévèrement bannis de leur régime. Il a donc fait à ce point de vue l'analyse des principaux fruits, après avoir, puisqu'il opérait avec la liqueur cupro-potassique, transformé préalablement le sucre de canne qui se trouve associé au sucre interverti dans la plupart des fruits, en un total de sucre interverti. Il a ainsi dressé un tableau qui donne en moyenne le poids du sucre contenu dans 100 grammes de chair des principaux fruits.

On voit dans 100 grammes de cerise le sucre figurer pour 10,25 ; pour 10 dans la framboise ; 7,50 et 8 dans les groseilles ; 7,50 dans le melon ; 10 dans l'orange; 10,50 dans la pêche; pour 15 dans les figues, et 71 dans les figues sèches

---

cieux pour l'Arabe sédentaire que le chameau l'est pour le Bédouin. Mahomet, dans une de ses maximes, compare l'homme vertueux et généreux à ce bel arbre : « Il se tient droit devant le Seigneur; dans toutes ses actions, il reflète l'impulsion qu'il reçoit d'en haut, et toute sa vie est consacrée au bien de ses semblables » (psaume I, verset III). Les habitants du Hedjaz, de même que les Égyptiens, emploient les feuilles et l'écorce du tronc ; de plus, ils nourrissent leur bétail avec le noyau du fruit, après l'avoir fait tremper dans l'eau pendant deux jours pour l'amollir; ils le donnent aux chameaux, aux vaches et aux moutons au lieu d'orge ; on dit même qu'il est beaucoup plus nourrissant que cette céréale.

La variété des dattes dans une même vallée est infinie. Les dattes formant la matière la plus essentielle, la base même de l'alimentation de l'Arabe. On comprend avec quel empressement est attendue leur récolte; si elle manque, ce qui arrive souvent, parce qu'il est rare que les arbres produisent abondamment trois ou quatre ans de suite, ou bien parce qu'ils sont dévorés par les sauterelles, la disette et la famine peuvent s'ensuivre. La récolte se fait à la fin de juin.

C'est au milieu de ces vergers que s'élève la mosquée de Koba, entourée d'une quarantaine de maisons. On visite, dans son intérieur, plusieurs lieux saints; on va d'abord au *Mobrak el Naka;* c'est la place même où la chamelle sur laquelle Mahomet était monté en fuyant de la Mecque s'accroupit et ne voulut plus se relever, avertissant ainsi son maître de s'y arrêter; Mahomet y resta donc quelques jours avant d'entrer à Médine. Ce fut pour consacrer cet endroit qu'il fonda lui-même cette mosquée.

On trouve auprès de la mosquée l'*Aïn Ezzerka*, puis avec une petite chapelle où Mahomet aimait beaucoup venir s'asseoir au milieu de ses disciples pour jouir du plaisir de voir courir l'eau en ruisseau limpide (1).

(1) Un jour, l'anneau du prophète tomba dans le puits; on ne put le retrouver. La supposition qu'il y est encore suffit à rendre ce puits célèbre.

du midi; 16 dans les prunes de Reine-Claude, et 42 dans les pruneaux secs; 16 dans le raisin noir des vignes, et 76 dans le raisin sec de caisse.

M. Mayet conclut de ce tableau que si l'on admet qu'un diabétique rend par jour de 4 à 8 litres d'urine à 20 grammes de sucre par litre, on ne doit pas craindre de lui permettre de manger des fruits frais dans une proportion qui ne dépassera pas 100 grammes; car la quantité de sucre ainsi ajoutée sera vraiment insignifiante. M. Mayet ne tient pas compte des autres substances qui pourraient avoir la propriété de réduire la liqueur cupro-potassique, car il n'a voulu obtenir ainsi que des moyennes.

M. *Gubler* entretient la Société d'une curieuse propriété qu'il a découverte et que possède le séné de colorer l'urine d'une façon particulière. Il accompagne sa communication d'une démonstration expérimentale très-nette. Il montre que l'urine des malades qui ont pris du séné se colore en jaune intense avec reflet vert, comme l'urine ictérique. Mais l'acide nitrique donne la preuve que la bile n'entre pour rien dans cette coloration. Si l'on jette un morceau de potasse caustique au fond du tube qui contient l'urine chargée de séné, on voit se produire une magnifique coloration pourpre. Rien de semblable ne se produit sous l'influence de la potasse dans l'urine ictérique. La coloration se produit chez tous les malades soumis au séné, soit après la prise de 15 grammes d'infusion, soit après l'administration de la médecine noire du Codex. L'urine chargée de séné est en outre impuissante à prendre sous l'influence de l'acide nitrique cette coloration d'un rose variable, souvent de rose de Chine que prend toujours l'urine normale.

M. Gubler s'est, en outre, assuré que l'infusion même de séné traitée par la potasse caustique prenait à un certain degré la couleur pourpre. Mais le phénomène est ici beaucoup moins marqué, et M. Gubler croit qu'il se passe dans ce cas un phénomène analogue à celui que donnent les asperges, la térébenthine, le copahu, etc. Il faut un certain degré d'oxydation faite dans l'organisme pour produire cette odeur particulière aux asperges, ou l'odeur de violette que prennent les urines.

Avec la rhubarbe, M. Gubler a obtenu une coloration beaucoup moins intense. Néanmoins, le savant professeur s'est demandé, sans avoir encore rien voulu conclure, si les phénomènes observés n'étaient pas dus à l'acide chrysophanique qui est commun au séné et à la rhubarbe.

Après l'absorption du séné, la coloration persiste assez longtemps, jusqu'au lendemain même.

Outre l'intérêt qui s'attache à l'élimination du séné, la communication du savant professeur de thérapeutique, indique donc un bon moyen de différencier l'urine ictérique et l'urine chargée de séné des urines dont la coloration naturelle est analogue.

Les cas où le doute est permis d'abord ne sont du reste pas rares; certaines urines offrent une teinte *feuilles mortes*, souvent décrite dans les états graves, qu'on prendrait facilement pour une coloration biliaire. Il n'en n'est rien; cette teinte tient à la superposition de deux colorations, une bleue et une jaune. M. Gubler montre souvent dans son enseignement clinique cette matière bleue, qu'il nomme provisoirement indigose urinaire; il l'isole par l'éther qui éclaircit ainsi la liqueur en entraînant à la partie supérieure un anneau d'un beau bleu.

Tous ces moyens ont, ainsi que M. Gubler le fait remarquer, l'avantage d'être fort simples. C'est la condition *sine qua non* d'une étude qui doit rester clinique. Pour découvrir la bile il ne se sert que d'acide nitrique avec lequel on obtient toutes les colorations caractéristiques. Il le préfère de beaucoup à la teinture d'iode, souvent décolorée par les principes sulfurés qu'il n'est pas rare de rencontrer dans l'urine.

M. le docteur *Nicholson*, médecin militaire dans l'armée anglaise à Bangalore (Hindoustan), communique, par l'organe de M. *Bordier*, une note sur les serpents de l'Inde. Il s'élève contre la tendance qui entraînerait à la recherche d'un prétendu spécifique contre les morsures des diverses espèces qui ont chacune une action différente. Il montre que les succès qu'aurait obtenus le docteur Halford de Melbourne (Australie) avec l'injection d'ammoniaque liquide dans la veine n'ont rien de probant. Dans les cas cités, la nature vénéneuse du serpent n'avait pas été scientifiquement établie; aucun des serpents australiens, de l'avis de M. Gérard Krefft, conservateur du musée de Sydney, n'a les dents assez longues pour percer les bottes épaisses que portent invariablement les habitants de l'Australie; enfin aucune des espèces de ce continent n'est très-dangereuse; un grand nombre sont inoffensives.

Quant à l'opinion répandue par le docteur Fayrer et due en réalité au docteur Hilson (de Bijnour), qui assimilerait le venin du *naja* au curare, le docteur Nicholson la croit fausse; il attribue l'asphyxie non à la paralysie musculaire, mais à la modification produite sur le sang lui-même et directement. Le venin agit, selon lui, comme un véritable poison zymotique en modifiant le sang. Le venin de la vipère (*daboia*) amène la coagulation, celui du *naja* l'empêche. Le docteur Nicholson rappelle ici ce qu'il a écrit en 1870 : la salive des mammifères doit ses propriétés à la présence d'un corps azoté, la ptyaline, ressemblant à la diastase, et pouvant dans certains animaux être changé par une action morbide en un poison de pouvoir terrible. On peut croire de même que la ptyaline des mammifères est remplacée chez les serpents par des principes que l'on pourrait nommer : *colubrine*, *dapine*, *daboine*, etc... Le docteur Nicholson regarde les principes des salives maxillaires des serpents venimeux comme des ferments à pouvoir limité, agissant non comme le ferment alcoolique qui se re-

---

L'eau est tiède à sa source; elle a un goût légèrement sulfureux qu'elle perd dans son cours ultérieur; elle est réunie avec celle de plusieurs autres fontaines dans le canal qui approvisionne Médine.

Enfin, les pèlerins vont visiter, à peu près à une heure de marche, au nord-ouest de Médine, un lieu appelé *El Kebletin*, lieu où Mahomet, dans le septième mois de sa fuite, changea *le Kibleh*, ou la direction vers laquelle on doit se tourner en faisant la prière; car, jusqu'alors, ses adhérents, de même que les Bédouins juifs, avaient Jérusalem pour Kibleh; Mahomet remplaça cette cité par la *Ka'aba*, pour ce rit.

Les pèlerins restent habituellement trois jours à Médine; puis, les uns s'en reviennent à la Mecque, d'où ils redescendent à Djeddah pour s'embarquer; les autres vont de Médine à Yambo (trajet de cinq jours), où ils trouvent également des vapeurs qui les rapatrient directement.

Mais, l'évacuation du Hedjaz n'est complète que dans le mois de juin, époque à laquelle les pauvres Indiens surtout s'embarquent à Djeddah; ce sont alors des voiliers qui, trouvant à cette époque la mousson favorable, les prennent à leur bord et les rapatrient.

Dr A. Buez.

— L'état du docteur Nélaton est toujours aussi inquiétant et laisse peu d'espoir d'amélioration.

École de pharmacie de Montpellier. — M. Malosse (Théodore) est nommé préparateur à l'École supérieure de Montpellier, en remplacement de M. Barbast, démissionnaire.

— M. le docteur Ricord est nommé chirurgien consultant de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Denonvilliers.

produit aux dépens de la matière sucrée, mais comme le ferment pancréatique. Les chimistes français ont, en effet, démontré qu'il faut un poids fixe de ferment pancréatique pour opérer la transformation d'un poids déterminé de corps gras, et que l'activité de ce ferment s'épuise par son exercice. Les ferments différents contenus dans les veines de serpents agiraient d'une façon analogue. Dans cette comparaison, l'auteur réserve un point; il lui paraît probable que le venin de serpent s'affaiblit dans une série d'expériences sur le même individu; c'est-à-dire que l'inoculation répétée de petites doses pourrait protéger des effets de hautes doses subséquentes.

M. *Ernest Labbé* donne lecture à la Société d'une analyse qu'il a faite de l'ouvrage d'un des correspondants étrangers de la Société, *Th. Fraser* (d'Édimbourg), SUR NOS CONNAISSANCES ACTUELLES RELATIVES A L'ACTION DU MERCURE SUR LE FOIE. Plusieurs doctrines ont cours dans la science sur l'action du mercure :

1° Il augmente simplement le flux biliaire dans l'intestin. Fraser ne trouve concluante aucune des expériences qui tendraient à légitimer cette assertion, l'effet hypercrinique n'est pour lui rien moins que démontré. Tout au plus le mercure agit-il par action réflexe. Comme le chyme amène par l'irritation duodénale la sécrétion réflexe de la bile, on peut supposer, d'après Murray, que le calomel en augmentant la vascularité de la muqueuse gastro-duodénale produit un résultat analogue.

2° Le mercure produit une hypersécrétion biliaire en éloignant les conditions morbides qui entravent la fonction sécrétion du foie. Fraser ne voit pas non plus d'expériences directes à l'appui de ce fait.

3° Le mercure accroît la formation de la bile par une action identique sur le foie. Cette opinion, qui a l'appui de Barbier, de Trousseau, ne lui semble étayée sur aucun fait incontestable;

4° Le mercure a une action directe sur le foie, d'où résulte une hypersécrétion biliaire. Cette opinion a été soutenue par B[illegible]d qui admet l'élimination du mercure par le foie. Quoi qu'il en soit, on sait que le mercure est cholagogue. Comment l'est-il ? On n'en sait rien au juste.

Les recherches bibliographiques faites par M. Ernest Labbé pour compléter celles de Fraser sont restées infructueuses. Il a trouvé beaucoup d'affirmations sans preuves à l'appui. Pécholier (1865) a bien retrouvé le mercure dans le foie des lapins, mais rien ne prouve que ce métal ne s'accumule pas simplement dans cet organe; car Cl. Bernard, après avoir donné du calomel à des chiens porteurs de fistules biliaires, n'a pas retrouvé le mercure dans la bile recueillie (1869). Il est vrai que Byasson (1872) a retrouvé du sulfure de mercure dans les garderobes; mais c'était après l'ingestion de pilules de sublimé, et rien ne prouve qu'il ne soit pas resté une légère fraction du sel dans l'intestin, où il se serait transformé en sulfure de mercure.

M. Labbé conclut avec Fraser que si le mercure est capable de rendre de grands services dans le traitement de plusieurs affections hépatiques, nous sommes encore peu en mesure d'expliquer son action, et qu'en tout cas nous ne sommes pas fondés à augurer de ses effets cholagogues.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

Une théorie de la chlorose, par M. LUTON.

La chlorose est une anémie qui, d'après M. Luton, se rapproche singulièrement de l'anémie hémorrhagique. Ne seraitelle même pas une anémie hémorrhagique ? En mettant à part bien entendu la chlorose ménorrhagique, n'y aurait-il pas quelque point du corps par lequel se ferait un écoulement latent du sang dont la continuité entraînerait tous les accidents propres à la chlorose? M. Luton compare les symptômes classiques de la chlorose et les symptômes provoqués, par exemple, par les érosions hémorrhagiques de l'estomac. Il arrive aux conséquences suivantes: 1° la chlorose et certaines formes d'ulcères de l'estomac sont particulières à la femme. 2° les désordres de la menstruation sont communs aux deux cas ; en effet, Brinton signale la suppression des règles comme une cause de l'ulcère simple chez les filles pubères; cette variété d'ulcère a même reçu le nom d'ulcère menstruel. 3° Dans la chlorose, l'aménorrhée a son corrélatif naturel dans des hémorrhagies auxiliaires se faisant par la muqueuse stomacale entre autres. 4° Les phénomènes gastralgiques, qui sont essentiels dans l'ulcère simple, sont également fréquents dans le cours de la chlorose ; mais seulement à titre symptomatique, dit-on. 5° L'hématémèse, se manifestant quelquefois sans douleur, correspondrait aux cas où la chlorose existe sans gastralgie. 6° L'anémie, si caractéristique dans la chlorose, appartient également à l'ulcère simple, qui crée à la longue un état cachectique donné par Brinton comme spécial. 7° Enfin, il n'est pas jusqu'au traitement qui ne confirme ce parallèle, en montrant que le perchlorure de fer est un remède très-efficace contre les érosions de l'estomac et contre la chlorose ellemême, vis-à-vis de laquelle aucune autre préparation ferrugineuse ne le vaut. Il est bien entendu que l'hémorrhagie qui engendre la chlorose peut se produire par tout autre organe que l'estomac. Nous croyons que la plupart des médecins seront peu disposés à accepter la théorie de M. Luton. (*Bulletin de la Société médicale de Reims*, n° 10.)

Influence de la belladone sur les sueurs. Expériences et observations du docteur SYDNEY RINGER.

M. le docteur Sydney Ringer a expérimenté l'action de la belladone et de son alcaloïde l'atropine contre un certain nombre de cas de sueurs pathologiques, physiologiques ou provoquées. De ces expériences et de ces observations, il paraît résulter que ces agents ont une action très-rapide et évidente sur les glandes sudoripares. La belladone en onction sous forme de liniment belladoné, l'atropine en injections hypodermiques et à très-faibles doses (quelques centièmes de grains) modèrent ou font cesser les sueurs. Chez les phthisiques, par exemple, l'injection sous-cutanée d'*un centième de grain* d'atropine pratiquée le soir arrêterait les sueurs profuses et par là procurerait au malade le calme et le sommeil. Ce moyen, inoffensif d'ailleurs, mériterait d'être plus longuement expérimenté, et si vraiment il était aussi efficace que le prétend l'auteur, il n'y aurait pas lieu de craindre de pratiquer une injection chaque soir, malgré la congestion de la face et la sécheresse de la gorge que produit l'absorption de la belladone et de l'atropine. Dans un cas de rhumatisme aigu, l'atropine administrée de la manière indiquée plus haut a fait cesser rapidement, mais momentanément, les sueurs abondantes. La peau demeura sèche pendant deux heures, puis les sueurs reparurent plus abondantes. (*Gazetta medica italiana*, 5 avril 1873.)

Tuberculose généralisée chez un fœtus de sept mois et demi, par M. CHARRIN.

Une femme âgée de vingt-neuf ans devient phthisique pendant le cours de sa troisième grossesse. Elle accouche à sept mois d'une fille. La mère et l'enfant ne tardent pas à succomber.

Chez la mère, les lésions tuberculeuses sont particulièrement développées dans les poumons. Chez l'enfant, ce sont surtout les organes abdominaux qui sont affectés. Le foie, la rate, l'épiploon, sont criblés de granulations. L'auteur fait remarquer cette différence dans la localisation de la lésion, et en essaye une explication.

Les organes qui fonctionnent le plus étant plus que tous les

autres exposés aux localisations morbides, on peut concevoir que chez la mère les lésions se soient développées dans les poumons, tandis que chez l'enfant, cet organe ne fonctionnant pas, les lésions se soient développées de préférence dans des organes plus actifs, comme le sont à cet âge le foie, la rate, etc. (*Lyon médical*, 6 juillet 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la police sanitaire des animaux domestiques, par J. Reynal, directeur de l'École d'Alfort. — 1 vol. in-8° de 1012 pages, avec une carte. — Paris, P. Asselin, 1873.

Ce n'est évidemment pas au point de vue de la police sanitaire proprement dite, que l'ouvrage de M. Reynal, dont nous nous proposons de rendre compte aux lecteurs de la *Gazette*, peut les intéresser en tant que médecins. Ceux d'entre eux qui ont l'avantage de cumuler avec leur qualité professionnelle celle de propriétaire de bestiaux, auraient avantage à se mettre au courant de notre législation sanitaire et des opportunités de son application; mais il est peu probable que ce soit le cas le plus général. Il y a donc lieu de se borner ici à faire remarquer que, sous ce rapport si important pour l'intérêt public, attendu qu'il s'agit de sauvegarder une des principales forces nationales, l'ouvrage dont nous voulons parler fera époque dans notre littérature scientifique, pour mieux dire dans la littérature scientifique européenne. Sans risquer de tomber dans un travers que les étrangers nous ont quelquefois reproché avec juste raison, on peut dire qu'il n'existe en aucune langue rien qui puisse être mis avantageusement en comparaison avec cet ouvrage, comme doctrine applicable à la préservation du bétail contre les maladies contagieuses. Aucun auteur n'a compris au même degré la complexité du problème, aucun n'a su concilier aussi complétement les connaissances pathologiques avec les nécessités économiques de premier ordre qui s'imposent toujours en face des animaux domestiques de l'agriculture, qu'on ne peut pas envisager autrement que les autres capitaux quelconques.

Par inclination d'habitude, il me plairait davantage, pour mon compte, de me placer à ce point de vue, afin de faire ressortir la haute valeur que j'attribue au livre de M. Reynal. Ainsi qu'il le dit fort bien lui-même dans sa préface, « on voit que les questions de police sanitaire des animaux, en apparence bien humbles, se transforment, quand elles sont envisagées à ce point de vue, en une grande question de commerce, d'industrie, et conséquemment de richesse et de civilisation ». Mais, encore un coup, il ne faut pas oublier qu'on s'adresse ici particulièrement à des médecins et que le livre doit surtout les intéresser par les connaissances de pathologie comparée qu'il peut leur fournir.

La police sanitaire applicable aux maladies contagieuses des animaux ne peut avoir pour base scientifique que la description aussi complète que possible de ces maladies. C'est de la connaissance des modes de propagation de la contagion que se tire le fondement des mesures qui lui sont opposées. Dans l'état actuel de la science, cette connaissance implique, indépendamment de l'étude de la symptomatologie et de la marche individuelle et générale de chacune des maladies considérées, celle de l'anatomie et de la physiologie pathologiques poussée aussi loin que nos moyens présents d'investigation le permettent. Un traité de police sanitaire est donc forcément en même temps un traité de la pathologie des maladies contagieuses.

A cet égard aussi on peut dire, sans trop s'avancer, que l'ouvrage dont nous nous occupons ne laisse rien à désirer. Et en vérité, l'étude des maladies virulentes et contagieuses des animaux est celle qui, pour la pathologie générale, a le plus d'intérêt. On le voit bien par la faveur qui s'attache aux recherches poursuivies en ces derniers temps sur les caractères de la virulence, avec plus d'ingéniosité que de solidité réelle assurément, mais qui n'en remuent pas moins des problèmes on ne peut plus intéressants, sur lesquels tant d'hypothèses ont été faites. Il va sans dire que M. Reynal n'a point laissé ces problèmes de côté. Il les a discutés au contraire avec un grand soin; et l'on reconnaîtra dans ses discussions le sens droit, sûr, pratique, auquel rendent hommage tous ceux qui le voient à l'œuvre; car, soit dit en passant, l'habile directeur de l'École d'Alfort est un de ces hommes qu'on juge mieux encore par leurs actes que par leurs paroles ou leurs écrits.

La partie pathologique, après les généralités sur les épizooties et sur la virulence, est une série de monographies complètes, dont on peut faire l'éloge mérité et suffisant en disant simplement qu'elles sont à la hauteur de la science la plus avancée. La première, comme de juste, et la plus importante, est celle qui est consacrée à la peste bovine. Elle a été, de la part de l'auteur, l'objet d'une prédilection bien facile à comprendre, surtout après les événements de ces dernières années. Il était, par des voyages antérieurs dans les pays où elle sévit le plus souvent, mieux préparé que pas un à en faire une étude minutieuse. Aussi sa description supportera, sous tous les rapports et à notre honneur, la comparaison avec les travaux allemands sur la matière. Ce n'est pas peu dire assurément, car ces travaux sont aussi nombreux que remarquables. Aucun toutefois ne pourrait mettre en regard rien qui approchât des pages d'histoire sur les origines de cette peste, non plus que de la magnifique carte de ses voies de propagation et des mouvements du bétail déterminés par le commerce international. Je ne crois pas me tromper en assurant que les critiques allemands eux-mêmes se verront dans l'obligation de reconnaître et de proclamer la supériorité de l'œuvre française qui, d'ailleurs, rend impartialement et pleinement justice aux auteurs de leur pays.

La péripneumonie contagieuse des bêtes bovines présente de son côté des caractères qui ne sont pas moins curieux à étudier pour un médecin, surtout ceux de la lésion objective par laquelle son existence se manifeste à l'autopsie. On pourrait s'étonner que la sérosité pulmonaire accumulée entre les lobules, chez les péripneumoniques, n'ait pas été prise de préférence pour la recherche des éléments virulents, étant connu que l'inoculation de cette sérosité en un point quelconque du corps suffit pour faire développer *in situ*, dans le tissu conjonctif, la lésion caractéristique. Cela est d'autant plus surprenant qu'aucune autre humeur virulente ne peut être recueillie en si grande abondance. Il a été publié en 1868, dans le *Recueil de médecine vétérinaire*, un mémoire que j'avais moi-même rapporté d'Allemagne, après avoir vérifié sur place les faits consignés dans le manuscrit, et où il est établi que la sérosité péripneumonique, bien qu'elle eût dû traverser une douzaine de filtres de papier superposés, n'en a pas moins conservé sa propriété virulente. L'expérience ainsi faite par Lydtin, actuellement conseiller vétérinaire à Carlsruhe, est de nature à faire réfléchir sur le rôle qui a été depuis attribué à la filtration des humeurs virulentes. Quoi qu'il en soit, la question la plus intéressante aujourd'hui, au sujet de la péripneumonie, est celle de son étiologie, celle de savoir si elle peut prendre naissance sur notre territoire autrement que par la contagion. M. Reynal passe en revue tout ce qui a été dit à cet égard, et, contrairement à une opinion qui tend à se reproduire de nouveau, il se prononce pour la négative. Il y a lieu de croire que la vérité est de son côté.

La fièvre aphtheuse est encore une de ces maladies à l'étude desquelles l'auteur a accordé depuis fort longtemps ses prédilections. On en trouvera dans son livre une description à laquelle, dans l'état de la science, rien ne saurait être ajouté. En outre de ses observations personnelles, aucun document ne lui a échappé. Cela est pour les médecins d'un intérêt tout à fait direct, à cause du diagnostic différentiel entre la maladie dont il s'agit et le cowpox, à cause aussi de l'importante ques-

tion d'hygiène publique et privée que soulève l'usage du lait provenant des vaches atteintes de la maladie. Cette maladie sévit presque constamment sur divers points de notre pays. Sa connaissance, aussi complète que possible, est donc d'un intérêt majeur. Il en est de même de la clavelée des moutons, en raison des comparaisons à établir avec la variole, d'une part, le horsepox et le cowpox de l'autre. Les pathologistes ne sauraient prendre pour ces comparaisons de meilleurs points de départ que ceux qui leur sont fournis par les descriptions de M. Reynal; ils ne trouveraient nulle part ailleurs rien d'aussi complet.

Au moment où l'attention est si fortement attirée par les discussions de l'Académie de médecine provoquées par les communications de M. Davaine sur les affections septicémiques, le chapitre des maladies charbonneuses aura aussi, en outre de sa valeur propre, un intérêt d'actualité. Dans ces discussions, on semble ne pas savoir que les questions agitées ont donné lieu à de nombreuses recherches, antérieurement à l'heure actuelle. Bien des auteurs se montrent persuadés, de la meilleure foi du monde, sans doute, qu'ils ont eu le bonheur de voir les premiers des faits qui ont cependant été déjà publiés depuis longtemps. La lecture du chapitre de M. Reynal, où sont exposées les connaissances acquises sur les manifestations charbonneuses chez tous les genres d'animaux domestiques, ne saurait trop leur être recommandée; il n'est vraiment pas nécessaire d'enfoncer des portes ouvertes depuis si longtemps.

Nous signalerons l'étude sur la maladie du coït en vue de sa comparaison avec la syphilis, sans nous y arrêter davantage, pour insister un peu plus sur la phthisie tuberculeuse et sur la morve, dont l'anatomie pathologique sera suffisamment caractérisée en disant qu'elle est tout à fait au niveau des exigences de la science. On trouvera, au sujet de la controverse actuellement pendante quant à la possibilité d'inoculer la tuberculose par les voies digestives, des appréciations fondées sur des considérations dont un esprit comme celui de M. Reynal ne pouvait pas s'affranchir. Emportés par une conception doctrinale vers le domaine de l'absolu, les physiologistes ou les pathologistes purs peuvent se laisser entraîner à des conclusions prématurées, sans songer aux conséquences pratiques qu'elles auraient nécessairement si elles étaient admises. L'homme réfléchi qui envisage l'éventualité de priver la population des quantités de viande fournies par les bêtes bovines atteintes de tuberculose à un degré quelconque, ne peut se résoudre à prendre un parti si décidé en présence de résultats si peu solidement étayés et d'ailleurs contredits. Il sera donc impossible de ne pas trouver sages les réserves de l'auteur, quand on aura pris connaissance des arguments si raisonnables et si sérieusement déduits qu'il oppose aux entraînements d'une doctrine qui menacerait vraiment de compromettre la méthode expérimentale, si elle pouvait être compromise par les écarts du dogmatisme qui se présente sous son nom.

Il nous faudrait occuper trop de place, si nous voulions parler comme il conviendrait du chapitre sur la morve et de ceux sur les diverses sortes de gale et sur la rage. On trouvera, dans le dernier, des documents statistiques qui résolvent d'une manière nette les questions relatives à l'étiologie de l'affreuse maladie et réduisent à leur valeur réelle les opinions formulées à cet égard. Un chapitre sur l'inspection des viandes en vue de la salubrité publique, et un autre sur les agents désinfectants et les procédés de désinfection, enfin les documents législatifs de toutes les nations de l'Europe sur la police sanitaine des animaux, terminent le volume, auquel aucun médecin désireux de faire des études de pathologie comparée ne pourra se dispenser d'ouvrir une place dans sa bibliothèque. C'est du moins mon humble avis.

André Sanson.

Index bibliographique.

Essai sur la circulation des parties supérieures du fœtus et sur les conséquences de ses anomalies, par le docteur Emile Le Roy (d'Amiens). In-8 de 50 pages, avec 2 planches autographiées. Paris, A. Delahaye.

Dans la première partie de son travail, l'auteur montre que la répartition du sang du ventricule gauche et de celui du ventricule droit dans les différentes régions du fœtus, est soumise à des causes multiples d'irrégularité qui peuvent avoir pour effet d'introduire dans la circulation des parties supérieures une certaine quantité du sang du ventricule droit.

Ce désordre peut surtout atteindre la circulation de la sous-clavière gauche et de la carotide primitive du même côté. Les longueurs très-variables des vaisseaux qui président à cette répartition établissent des prédispositions individuelles plus ou moins favorables à cette anomalie.

Le docteur Le Roy fait en outre ressortir l'importance particulière que présente à cet égard la distance qui sépare l'origine de la sous-clavière gauche et celle de la carotide primitive gauche de l'embouchure du canal artériel (en moyenne 4^{mm},1 pour la première, et 8^{mm},3 pour la seconde).

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur recherche quelles sont les conséquences produites par le passage anormal du sang du canal artériel dans la circulation des parties supérieures du fœtus ou l'introduction d'une proportion exagérée du sang de la veine ombilicale dans les artères des parties inférieures. Il était nécessaire, on le conçoit, pour résoudre cette question, de connaître les effets propres à chacune des deux espèces de sang du fœtus. L'étude du développement intra-utérin normal conduit l'auteur à admettre que le sang du canal artériel est plus favorable au développement des tissus que le sang de la veine ombilicale. Le mélange du sang du canal artériel avec celui des artères de la région inférieure du fœtus a donc pour effet d'activer le développement de ces parties.

Réciproquement, dans les régions inférieures la substitution d'une certaine quantité de sang placentaire au sang veineux du fœtus fourni par le canal artériel retarde l'accroissement des organes de ces régions.

Les sujets dont le sang est ainsi mélangé d'une manière plus uniforme dans tout le système artériel se développent dans toutes leurs parties d'une façon également plus uniforme, et chez eux les parties supérieures conservent sur les parties inférieures une prédominance de volume qui normalement aurait dû s'atténuer davantage à mesure que le fœtus approchait du terme de la gestation.

D'après ces intéressantes données, on trouverait donc dans les anomalies des vaisseaux qui déterminent le partage des deux espèces de sang entre les différentes régions du fœtus, la cause de certaines irrégularités de proportion relative des parties supérieures et des parties inférieures du corps.

Ces conclusions nous paraissent solidement établies par les faits analysés par le docteur Le Roy, et nous ne doutons pas qu'en continuant ses recherches sur ce sujet il trouverait un grand nombre de preuves nouvelles qui viendraient à l'appui de ces premiers résultats.

Étude sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans les accouchements et dans l'éclampsie, par le docteur Franca y Mazorra. In-8 de 90 pages. Paris, Leclerc. 1873.

L'auteur divise son travail en deux chapitres. Le premier a trait à l'administration du chloral dans les accouchements naturels et dans les cas de rigidité du col, qui n'en sont qu'une variété plus longue. Le second chapitre est consacré à l'étude de l'influence de l'hydrate de chloral sur les accès éclamptiques. Il range dans chacun de ces chapitres les observations qui s'y rapportent, en résumant celles qui sont de provenance étrangère et en insistant plus longuement sur celles qui lui sont personnelles et dont il a pu *de visu* analyser tous les détails. Le nombre total des observations consignées dans ce travail s'élève au chiffre imposant de 50, et l'on peut juger par là du zèle déployé par le docteur Franca y Mazorra à édifier son œuvre. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° L'hydrate de chloral doit être pur; autrement il peut être dangereux, ou tout au moins rester sans action thérapeutique.

2° Chez les femmes en travail, l'hydrate de chloral amène d'abord le calme, ensuite le sommeil. Il diminue considérablement les douleurs.

3° Les contractions utérines continuent de se faire pendant le sommeil chloralique. Elles sont plus courtes, moins fréquentes et très énergiques. En général, la durée du travail est abrégée sous l'influence de cet agent.

4° L'anesthésie procurée par le chloral peut être assez complète pour que la femme soit complétement inconsciente, même pendant la période d'expulsion. Elle se prolonge encore un certain temps après l'accouchement.

5° Donné à petites doses, l'hydrate de chloral produit de l'agitation, qui cesse quand la dose complète a été administrée.

6° Ce médicament peut être administré à toutes les périodes du travail.

7° Il peut aussi favoriser la guérison de l'éclampsie en modifiant l'état général et en procurant un repos forcé. Les convulsions puerpérales, de quelque nature qu'elles soient, sont calmées par l'hydrate de chloral.

8° Le sommeil chloralique est léger, et après le réveil les femmes ne conservent ni somnolence, ni pesanteur de tête.

9° Les seules contre-indications à son emploi sont : *a*, la faiblesse ou la maladie du fœtus; *b*, la débilité constitutionnelle ou acquise de la mère pouvant faire craindre le coma.

10° On peut administrer le chloral en potion, en lavement et en suppositoires. Il faut le donner à la dose de 4 grammes si l'on veut obtenir immédiatement le calme et le sommeil sans passer par la période d'agitation. Si l'effet désiré n'était pas obtenu, des doses de 1 gramme toutes les vingt minutes deviendraient nécessaires.

11° Dans l'éclampsie, il faut maintenir la femme sous l'influence du chloral pendant un temps assez long; son action est plus rapide, plus marquée et plus longue chez les femmes épuisées par la lenteur du travail ou par l'insomnie.

12° Les suites des couches ne sont pas plus graves quand on a donné le chloral.

13° Le chloral peut avantageusement remplacer le chloroforme dans presque tous les cas où celui-ci est employé en obstétrique.

14° Comme pour l'éclampsie, l'hydrate de chloral favorise la guérison de la manie aiguë.

L'auteur présente en terminant les résultats numériques des observations relatées dans son travail. Le seul cas de mort qui s'y trouve consigné a trait à une primipare albuminurique qui eut dix accès d'éclampsie pendant le travail et qui succomba malgré l'administration de 4 grammes de chloral.

Choix du vaccin. — Du procédé à mettre en usage pour éviter, dans l'opération de la vaccine, l'inoculation des germes des maladies virulentes, par le docteur C. E. Bourdin.

L'auteur insiste avec raison sur le devoir qui incombe au médecin de choisir autant que possible de bons vaccinifères. Mais quand, sous la pression de certaines nécessités, il n'a plus le choix de son vaccinifère, il peut encore, d'après M. Bourdin, vacciner avec confiance, en se soumettant à certaines précautions. Il admet en principe que le vaccin ne se mêle pas à d'autres virus. Le vaccin d'un syphilitique ne communique donc pas la syphilis. — La question importante, pour éviter toute contagion, consiste donc à ne charger la lancette d'aucun produit étranger au virus vaccinal. On y arrive en piquant superficiellement le bouton et en prenant le vaccin, non dans le bouton même, mais à côté, au point où coule le liquide vaccinal. On doit avoir soin également de ne pas introduire dans le bouton la lancette qui vient de servir à l'inoculation et qui est nécessairement maculée par le sang du vacciné. De cette manière on préserverait à coup sûr les deux sujets.

Épidémie d'angine couenneuse. — Traitement par le cubèbe, par M. le docteur Courcelle.

M. le docteur Courcelle, médecin des épidémies de l'arrondissement de Laval, signale dans un rapport adressé au préfet de la Mayenne les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi du cubèbe dans le traitement d'une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi au mois de mars et d'avril 1873 dans la commune de Nuillé-sur-Vicoin.

Le traitement par les badigeonnages avec le perchlorure de fer ot l'alun avait échoué, et la mortalité était de 13 sur 18. Le traitement par le cubèbe aurait au contraire réussi dans tous les cas sans exception. La dose était de 12 à 30 grammes, selon l'âge, dans une potion de 180 grammes, à prendre dans les 24 heures.

Le cubèbe a été expérimenté dans les hôpitaux d'enfants et nous avons entendu M. le docteur Bergeron en recommander l'emploi. Cependant la proportion des succès obtenus par M. le docteur Courcelle n'avait pas encore été atteinte, et nous croyons que l'efficacité, très-réelle d'ailleurs du traitement, ne doit pas être seule invoquée.

En effet, si nous consultons le tableau joint au travail de notre confrère, nous remarquons : 1° que du 25 janvier au 26 mars, tous les cas sont mortels (13 cas). Puis viennent cinq cas consécutifs de guérison. La gravité de la malaladie s'atténuait évidemment. C'est alors qu'intervient le traitement par le cubèbe. 14 malades sont traités, 14 guérissent. En même temps un malade traité par l'alun succombait, ainsi que trois enfants auxquels on n'avait pu faire absorber plus de 8 à 10 grammes de cubèbe.

2° Nous voyons dans le même tableau que sur les 17 malades qui ont succombé, un seul avait atteint l'âge de 20 ans, un autre celui de 16 ans. Les 15 autres malades n'étaient âgés que de 3 à 12 ans. D'un autre côté, sur les 13 malades guéris par le cubèbe, 8 ont plus de 20 ans; sur lesquels cinq ont dépassé 30 ans et trois 45 ans. Il y a une fille de 16 ans et 4 enfants seulement au-dessous de 13 ans.

M. Courcelle aurait dû insister davantage sur les conditions d'âge, et sur les cinq guérisons consécutives (les premières obtenues) qui avaient précédé son intervention. Son travail est à l'actif du cubèbe, mais ne démontre pas aussi péremptoirement qu'il le suppose la valeur de ce traitement. (*Journal médical de la Mayenne*, juin 1873).

VARIÉTÉS.

Cas de choléra au Havre. — Les renseignements qui nous arrivent du Havre laissent peu de doutes sur l'apparition du choléra dans cette ville.

Plus de 20 malades ont déjà succombé à l'hôpital en présentant les symptômes les plus caractéristiques, tels que refroidissement, vomissements abondants, selles tenant en suspension des flocons muqueux, cyanose, crampes, etc. En ville, la mortalité a été également considérable, mais nous n'avons pas de statistique précise.

Le 16 août, 8 militaires atteints de cette affection ont été amenés de la caserne à l'hôpital, et 3 sont morts dans la même journée. Ils n'ont été malades que quelques heures, et peuvent être considérés comme ayant succombé à des attaques foudroyantes. Du reste, dans tous les cas funestes, la durée de la maladie n'a pas dépassé trente ou quarante heures. Le 20 août, 11 malades, dont 7 militaires, étaient en traitement à l'hôpital. En somme, l'épidémie ne fait pas de progrès, on pourrait même dire qu'elle tend à diminuer depuis deux jours.

En ville, il est peu de praticiens qui n'en aient observé quelques cas. M. le docteur de Pretz-Crassier, médecin de l'hôpital, a eu à traiter 14 malades atteints de cette affection. Ce qui en établit d'une manière irréfutable le caractère épidémique, c'est que, dans la même famille, 4 personnes ont succombé; dans une autre, la mère et 2 enfants en bas âge sont morts en présentant des symptômes non douteux de choléra. Ce qui explique le nombre de cas relativement considérable que ce praticien a eu l'occasion d'observer, c'est qu'il est médecin des bureaux de bienfaisance et qu'il voit beaucoup de malades appartenant aux classes pauvres et soumis à de mauvaises conditions hygiéniques.

Il y a plusieurs hypothèses pour expliquer la présence du choléra dans cette ville ; on affirme que la maladie aurait été apportée par un navire allemand, l'*Ammonia*, venant de Hambourg, où le choléra fait également d'assez nombreuses victimes. Cette version, quoique rationnelle, ne repose pas sur des données assez certaines pour être acceptées.

L'administration de l'hôpital a pris immédiatement les mesures nécessaires pour empêcher la diffusion de la maladie dans l'établissement. Des services spéciaux ont été ouverts, l'un pour les hommes, confié à M. le docteur Margueritte; l'autre pour les femmes, confié à M. le docteur Déro. Nous espérons que, grâce aux précautions sanitaires que prendra la ville, l'épidémie n'acquerra pas une extension trop inquiétante.

Ces faits doivent être connus du public médical. Nous ne nous sommes décidés à les communiquer qu'après avoir reçu de notre correspondant une seconde note confirmative de celle qui nous avait été d'abord adressée.

Mortalité par le choléra et la diarrhée en Angleterre. — La mortalité de la dernière semaine (du 3 au 10 août) dans les principales villes de l'Angleterre, comprend 949 morts par la diarrhée, et 30 par le choléra. A Londres, sur 1171 cas de mort, il y en a 470 dus à la diarrhée. Ces chiffres sont bien au-dessus de ceux qui leur correspondent dans les dix années précédentes. Il faut ajouter que sur les 470 cas de mort par diarrhée, 438 se sont produits chez des enfants au-dessous de cinq ans. Le choléra simple compte 16 morts dont 12 chez des enfants.

Les hôpitaux spéciaux pour le choléra a Berlin. — Plusieurs hôpitaux ont été établis dans divers quartiers de Berlin pour la réception des cholériques. La cité a voté une somme de 6000 thalers affectée aux frais des précautions sanitaires les plus urgentes.

Le choléra a Vienne. — Au 15 août, il y a déjà eu 300 morts du choléra à Vienne. Depuis le 24 juillet, il y a eu 54 cas de mort à l'hôpital des cholériques.

Congrès médical de Londres. — Le congrès médical a adopté, par acclamation, la proposition faite par le Comité de nommer membres honoraires les docteurs Ricord et Demarquay, qui, par leur présence et leurs discours, avaient puissamment contribué à l'intérêt du meeting tenu, en 1872, à Birmingham.

Exposition de Vienne. — Nous lisons dans le *Journal de Genève:* Le grand prix de l'Exposition de Vienne vient d'être décerné à l'exposition internationale de la Société de secours aux blessés.

Un voyage sous l'influence du chloroforme. — La *Lancet* signale comme très-intéressant le fait d'une dame qu'on a transportée en chemin de fer pendant un trajet d'une heure et demie, en la maintenant dans l'anesthésie chloroformique pendant deux heures. Ce journal n'indique pas les graves considérations qui ont déterminé le médecin à accepter ce rôle de chloroformisateur « en wagon », mais cette opération de complaisance a fort bien réussi; la malade, endormie à Londres, s'est réveillée à Norwood, après un trajet d'une heure et demie en chemin de fer, sans avoir eu conscience du déplacement.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — *Concours pour la place de prosecteur d'anatomie.* — Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert le 3 novembre 1873 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Les épreuves sont : 1° deux préparations fraîches d'anatomie, dont une d'anatomie descriptive et une d'anatomie topographique, avec démonstration sommaire (quatre heures sont accordées pour chaque préparation et une demi-heure pour chaque démonstration); 2° une préparation et un exercice d'anatomie microscopique.

Chaque candidat devra justifier : 1° de quatre inscriptions prises dans une des Facultés ou Écoles de médecine françaises; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Le prosecteur reçoit un traitement annuel de 600 francs. La durée des fonctions de prosecteur est de trois années. Il pourra cumuler les fonctions d'interne à l'hôpital civil avec celles de prosecteur. Le prosecteur fera dans le cours de chaque année au moins deux préparations sèches, destinées à être conservées dans les collections de l'École. Le prosecteur entrera en fonctions immédiatement.

État sanitaire de Paris :

Du 8 au 15 août 1873, on a constaté, pour *Paris,* 841 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 12, — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 35. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 58. — Choléra nostras, 3. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 274. — Affections chroniques, 323, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 14.

Nous trouvons aujourd'hui une augmentation de 119 décès sur la semaine précédente : 841 au lieu de 722.

Sommaire. — Paris. Congrès annuel de l'Association médicale anglaise. — Travaux originaux. Thérapeutique chirurgicale : Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation linéaire de l'anus. — Congrès scientifiques. Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès annuel de l'Association médicale anglaise. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — Revue des journaux. Une théorie de la chlorose. — Influence de la belladone sur les sueurs. — Tuberculose généralisée chez un fœtus de sept mois et demi. — Bibliographie. Traité de la police sanitaire des animaux domestiques. — Index bibliographique. — Variétés. — Feuilleton. Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de diagnostic médical, guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies, contenant un précis des procédés physiques et chimiques d'exploration clinique, par V. A. Racle. 5e édition, présentant l'exposé des travaux les plus récents, par les docteurs Ch. Fernet et Strauss. In-18 de XII-800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 7 fr.

Traité théorique et pratique de la syphilis, ou infection purulente syphilitique, par le docteur Armand Desprès. 1 vol. in-8. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

De la numération des globules rouges du sang (I. Des méthodes de numération; II. De la richesse du sang en globules rouges dans les différentes parties de l'arbre circulatoire), par le docteur L. Malassez, In-8 avec figures. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Maladies des cheveux, moyen d'y remédier et d'en réparer la perte, par le docteur Félix Rochard. 5e tirage avec figures, in-18. Paris, Adrien Delahaye. 50 c.

Recherches sur la nature des affections typhoïdes du cheval, par J. N. V. Salle, vétérinaire en 1er au 4e régiment de cuirassiers. 1 vol. in-18, orné de 30 figures. Paris, Donnaud. 3 fr. 50

Contribution à la physiologie. De l'inflammation et de la circulation, par le professeur M. Schiff. Traduction de l'italien par le docteur R. Guichard de Choisity. In-8 de 96 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire et sur l'ostéo périostite alvéolo-dentaire, par le docteur E. Magitot. 2e édition, accompagnée d'une planche. In-8 de 110 pages. J. B. Baillière et Fils. 3 fr.

Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices (paralysie infantile spinale, paralysie spinale aiguë de l'adulte), par le docteur Alfred Petitfils. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Considérations générales sur les dyspepsies, la gravelle et la goutte, par le docteur Bouloumié, à propos d'une nouvelle analyse de l'eau de la grande source de Vittel, faite par le professeur Jacquemin. In-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Des aliénés et des Gheels au point de vue moral et économique, par le docteur Parigot. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Tumeurs des amygdales, par le docteur R. Passaquay. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

Étude médicale sur l'eau de la Bourboule ; les conditions dans lesquelles on l'emploie ; ses effets physiologiques, par le docteur L. Choussy. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

L'embaumement dans les temps anciens et modernes, suivi de l'exposé d'une méthode nouvelle sans incisions, par le docteur Ch. Bayle. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Traité pratique des maladies du larynx et de la poitrine chez les enfants, par le docteur Henry van Hosbeck. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

De l'influence des traumatismes sur la grossesse, par le docteur Joseph Hassot. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par J. Bucquoy. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

De l'épididymite caséeuse, par le docteur Mougin. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Essai sur la circulation des parties supérieures du fœtus et sur les conséquences de ses anomalies, par le docteur E. Le Roy (d'Amiens). in-8 avec 2 planches. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, par le professeur J. M. Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. Troisième fascicule, in-8 avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Manuel de toxicologie, par Dragendorff, traduit avec de nombreuses additions et augmenté d'un précis des autres questions de chimie légale, par E. Ritter. 1 vol. petit in-8 de 708 pages avec 47 figures dans le texte, 1 planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. Paris, F. Savy. 7 fr. 50

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, par le docteur Jougla. Grand in-8 de 68 pages avec tableau. Paris, 1873, F. Savy. 2 fr.

Traité des sections nerveuses; physiologie pathologique, indications, procédés opératoires, par E. Letiévant. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XXVIII-550 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 8 fr.

Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux, par le docteur Poincaré. Tome Ier, 1873. 1 vol. in-8 de 395 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et Fils. 5 fr.

Étude sur quelques cas de ruptures dites spontanées du cœur, par le docteur A. Le Piez. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 28 août 1873.

LE CHOLÉRA EN EUROPE. — LE CHOLÉRA AU HAVRE. — EXAMENS DES OFFICIERS DE SANTÉ.

Le choléra en Europe.

Il n'est pas de question à la fois plus émouvante et plus pleine d'actualité que celle du choléra. De toutes parts le fléau est signalé en Europe. Il sévit en Russie, en Prusse, en Hongrie, en Autriche et dans le nord de l'Italie. Jusqu'ici l'Angleterre et la France semblaient devoir échapper à ses coups; mais la diffusion du mal est si grande, les voies de propagation si faciles, les moyens préventifs, si insuffisants, qu'il faut se garder de trop de sécurité. L'insouciance ou la négligence seraient coupables en présence des nouvelles qui nous arrivent du Havre, et que nous reproduisons plus loin (p. 556). Il est donc de notre devoir de montrer l'épidémie grandissant, s'étendant peu à peu de pays en pays, de ville en ville, afin de tenir en éveil l'attention des hygiénistes et de leur permettre de préparer leurs armes défensives avant l'attaque. Déjà la presse médicale anglaise a donné le signal et crie *Beware !* à nos confrères d'outre-Manche. A notre tour de dire aussi : Attention ! Ce mot n'est pas un cri d'alarme ni de détresse; il doit être un salutaire avertissement pour tous. Ce n'est pas en effet quand l'ennemi est déjà dans la place que l'on doit songer à fermer les issues et à garder les portes; malheureusement jusqu'ici l'histoire des dernières épidémies cholériques a démontré cette triste vérité que les mesures préventives ont toujours été illusoires ou tardives. On ne songeait à la prophylaxie que lorsque le fléau avait déjà sévi. Que devons-nous faire aujourd'hui pour nous mettre à l'abri de ses coups. *That is the great question?* Le moyen qui nous semble dès l'abord le plus simple est de savoir d'où vient l'épidémie, où elle s'étend, par où elle peut entrer, afin de lui couper la voie et lui barrer pour ainsi dire le passage. Or, jetons un regard autour de nous, suivons les progrès incessants du fléau, comptons ses victimes, étudions sa marche, son évolution, ses ravages, et bientôt nous serons frappés des différences capitales qui séparent l'épidémie actuelle des terribles épidémies qui l'ont précédée. Il semble en effet, à voir le choléra se localiser ainsi pendant des mois et presque des années dans certaines contrées, comme en Russie par exemple ou dans la Prusse septentrionale, que cette maladie épidémique par excellence veuille s'acclimater dans des régions où jusqu'ici elle n'avait pu naître spontanément; après des apparitions fréquentes et un séjour relativement prolongé, elle paraît avoir acquis droit de domicile et, qu'on me passe cette expression, s'être endémisée en Europe. Mais il serait téméraire de croire qu'en subissant pareille métamorphose, elle a perdu de sa gravité. Les chiffres qui vont suivre démontrent qu'un tel espoir serait bientôt déçu.

Les dernières informations transmises par la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE BERLIN (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 34) du 25 août indiquent d'une façon très-nette l'extension croissante du fléau : à Königsberg, le choléra prend de jour en jour un caractère plus menaçant. Tandis que du 29 juillet au 1er août, on ne comptait encore que 34 cas dont 16 morts, trois jours après (du 2 au 5 août), le chiffre total s'élevait à 76 et la mortalité atteignait 39. Nous lisons aujourd'hui dans le *Centralzeitung* que dans la semaine dernière (du 17 au 23 août inclusivement) 315 individus ont été atteints, et sur ce ce nombre 146 décès ont été signalés.

Les provinces occidentales de la Prusse ne sont pas épargnées par l'épidémie, qui sévit depuis peu de temps avec intensité à Magdebourg. Dans cette ville en effet, depuis le 16 juillet jusqu'au 18 août, 865 personnes en ont été atteintes et 377 ont déjà succombé ; le 19 août on comptait 71 cholériques et 39 décès, le lendemain 94 cas et 45 morts.

FEUILLETON.

Des médications paradoxales.

J'entends par *médication paradoxale*, celle à l'aide de laquelle on croit avoir agi d'une certaine façon sur une maladie, alors qu'on est arrivé à son but par une voie tout opposée. On a réussi, et l'on est dupe de son succès; l'erreur est commise de bonne foi, et elle se perpétue sous le couvert de la réussite, au grand détriment de la rigueur scientifique.

Ce genre d'illusion est plus commun qu'on ne pense; il est surtout provoqué par le besoin d'expliquer tout, qui nous porte à admettre une théorie quelconque plutôt que de rester dans l'empirisme pur. Il ne s'agit pas ici du procédé de l'hypothèse, mode d'investigation si légitime, mais qui appelle aussitôt la vérification et le contrôle. On ne prêche pas non plus le faux pour savoir le vrai, puisqu'on se croit en possession de la vérité. Enfin, on ne prétend pas davantage, suivant l'aphorisme : *Naturam morborum curationes ostendunt* (Hipp.), faire de la médication adoptée un réactif clinique; le diagnostic thérapeutique, si fécond qu'il soit dans la pratique, n'est pas encore notre affaire. Dans notre cas, où le paradoxe s'étale à loisir, l'interprétation est fausse de tout point, et la conclusion à laquelle on aboutit est des plus dangereuses, car elle prétend se baser sur des faits bien observés et sur un enchaînement d'idées parfaitement rationnel. On est d'autant plus excusable de s'appesantir sur cette erreur désormais consacrée, qu'en somme le résultat total est toujours le même pour celui qui est en cause, je veux dire le malade. L'intérêt scientifique est donc seul en jeu, et la question soulevée pourra paraître oiseuse à plusieurs, et quelque peu paradoxale à son tour.

Ce n'est qu'au moyen d'exemples bien choisis que je parviendrai à me faire comprendre; et, sans plus de préliminaires, j'entre dans le cœur de mon sujet.

A Braunsberg en 4 jours (du 11 au 15 août) 105 individus sont frappés et 40 succombent.

Berlin est relativement plus épargné; jusqu'au 14 août on ne signalait encore que 85 cas de choléra; depuis cette époque 44 nouveaux cas se sont développés (21 août) et sur ce chiffre total de 129, il faut noter déjà 90 décès. Au nombre des victimes se trouve un jeune savant, élève de Virchow, le docteur Otto Obermeyer qui a été brusquement enlevé le 20 août, au moment où il se préparait à entreprendre d'importantes recherches sur la maladie qui est venue le frapper si inopinément. Des journaux allemands annonçent, il est vrai, qu'il s'était inoculé du sang de cholérique, dans un but expérimental.

Dans le sud de l'Allemagne, le choléra gagne plus en étendue qu'en intensité. A Munich on comptait, jusqu'au 18 août, 332 cholériques et 124 morts, le lendemain 27 nouveaux cas et 14 décès devaient encore être enregistrés.

A Wurtzbourg, depuis le 8 juillet jusqu'au 16 août, 94 cas et 40 morts.

Les chiffres suivants empruntés à la Gazette de Berlin serviront d'utile complément et pourront donner à nos lecteurs une juste idée de l'état du choléra en Prusse.

	Nombre des cas.	Morts.	Guéris.
Königsberg (du 1er juillet au 9 août)....	842	327	18
Gumbinnen (du 26 juillet au 9 août).....	6	4	1
Posen (du 2 au 9 août)..............	83	42	14
Bramberg (du 17 au 23 juillet)........	175	74	54
Potsdam (du 13 juillet au 4 août)......	55	41	11
Francfort-sur-l'Oder (du 28 juillet au 3 août)......................	26	11	8
Berlin (ville exclusivement) (jusqu'au 18 août......................	106	74	8
Dünebourg (du 29 juillet au 4 août)....	22	18	4
Magdebourg (du 1er au 7 août)........	150	67	15
	1465	658	133

A Varsovie, il y a eu, du 11 au 31 juillet, 422 cas de choléra et 126 morts. La maladie prédomine aussi dans d'autres contrées de la Pologne, en particulier dans les parties basses de la vallée de la Vistule. Les journaux allemands s'accordent également à dire que le choléra envahit la Hongrie tout entière et la Transylvanie. A Pesth, on notait dans la première semaine d'août (jusqu'au 5) 570 cas dont 260 mortels.

Depuis deux semaines l'épidémie semble avoir notablement augmenté d'intensité à Vienne, comme le témoigne la progression suivante: du 9 au 10 août, on signalait 77 nouveaux cas; le lendemain, 5; le surlendemain, 83 ! du 13 au 14 août, 45. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu nous procurer les relevés statistiques de la mortalité dans cette ville depuis le 15 août; peut-être en trouverait-on la cause dans le zèle que déploie le gouvernement autrichien à dissimuler la gravité de l'épidémie survenue aussi intempestivement.

Un fait rapporté dans l'Œsterreichische Zeitschrift fuer praktische Heilkunde, de Vienne, permettra cependant d'apprécier l'intensité du fléau. La semaine dernière, il a sévi cruellement dans une maison de détention, n° 17, rue du Cheval-Blanc (*Schimmel Gasse*, IIIe arr.), puisque, en quatre jours, du 5 au 8 août, 67 personnes ont été atteintes, et les décès atteignent déjà près de la moitié de ce chiffre.

Grâce à des mesures hygiéniques rigoureuses et à une évacuation immédiate de cet établissement, qui ne renfermait pas moins de 2000 individus, on est bientôt parvenu à arrêter les progrès du mal. Plus récemment, une autre maison a servi de foyer à l'épidémie (*Fugbachgake*, n° 5, 4e arrondissement). Sur les 8 cholériques frappés en même temps, 5 ont succombé.

Depuis le commencement du mois, on compte 54 morts à l'hôpital des cholériques.

Le comité d'hygiène de la ville, en présence de ces faits inquiétants, s'en est aussitôt ému, et le docteur Karajan a soumis à la commission un certain nombre de mesures qu'il considère comme de la plus haute importance au point de vue de la salubrité publique. Il propose donc: 1° de désinfecter les vêtements et les linges des cholériques; 2° de soumettre à un contrôle rigoureux tous les puits et les citernes de la ville; 3° d'éliminer tous les détritus et les matériaux de vidange; 4° de nettoyer et d'assainir les égouts. Le conseil d'hygiène de la basse Autriche, réuni le 12 août, a approuvé le projet présenté par le docteur Karajan, et depuis cette époque les règlements de police les plus sévères doivent en assurer l'exécution.

De toutes parts l'élan est donné, et la prophylaxie s'arme de tous ses moyens de défense pour repousser l'invasion. Ainsi, tous les vaisseaux allant de Trieste à Smyrne sont soumis à une quarantaine de trois jours; à Corfou, la quarantaine est de cinq jours pour les navires venant de Trieste. Dans les ports de la Grèce, tous les arrivants des villes infectées sont soumis aux quarantaines suivantes: vaisseaux venant de Venise, onze jours; de Trieste, des ports italiens ou autrichiens de l'Adriatique, cinq jours.

Dans la mer Noire, les bâtiments venant des ports de la Turquie sont retenus dans le Bosphore. Le choléra ayant été offi-

---

A la tête de ces médications, dans lesquelles la vérité et la fiction se donnent perpétuellement la main, il faut sans conteste placer la *médication ferrugineuse*. Il n'en est pas sur laquelle l'imagination des thérapeutistes se soit plus exercée; les formes médicamenteuses en ont été variées à l'infini, et se multiplient encore chaque jour sous nos yeux; les applications cliniques en sont incessantes et s'en font bien au delà des besoins réels. Soutenu par les préparations de quinquina, le fer, comme médicament, est le pivot autour duquel gravite la pratique médicale; car nous sommes à une époque où l'atonie semble dominer la pathologie. A un état maladif banal, correspond une médication banale par excellence; mais le tout pris en bonne part, de peur de voir se révolter contre moi et médecins et malades. Je sais que j'ai affaire à forte partie, c'est ce qui me décide à tenter l'aventure.

Or, je soutiens que dans toute combinaison où entre le fer comme base, c'est la partie électro-négative, l'acide si l'on veut, qui est l'agent vraiment utile; tandis que la partie électro-positive, la base, est le résidu, le *caput mortuum* des alchimistes, qui est rejeté sans grand préjudice après l'utilisation de l'élément efficace qu'elle a servi à introduire dans l'économie.

L'idée que le fer est un analeptique a fait son temps. L'alimentation suffit, et au delà, pour fournir les 2 à 3 grammes de fer que contient la totalité du sang d'un homme adulte.

En réalité, les préparations ferrugineuses exercent avant tout une action topique sur les voies digestives. Elles subissent, au contact de la muqueuse gastro-intestinale et dans leur trajet de la bouche à l'anus, des transformations multiples et successives. Enfin, le résidu de toutes ces opérations de chimie intime est rejeté sous l'aspect d'une matière noirâtre, composée en grande partie de sulfure de fer, dont l'abondance laisse peu de prise à cette prétention que le fer est absorbé à l'état dissous, et se mêle à la masse sanguine pour la réparer.

Le phénomène le plus remarquable de ces transformations au passage est la réduction des persels en protosels. Notam-

ciellement déclaré épidémique à Venise, les provenances de cette ville sont soumises dans le port d'Alexandrie à une quarantaine de dix jours, y compris la durée de la traversée, tandis que, pour celles de Trieste, la quarantaine n'est que de vingt-quatre heures. On a institué pour les passagers se rendant aux Indes par la voie de Suez des trains spéciaux dits de quarantaine : chacun de ces trains a un wagon exclusivement réservé aux femmes et aux enfants.

Le journal anglais The Lancet, dans son dernier numéro (23 août, p. 273), consigne un fait intéressant au point de vue de la prompte efficacité des mesures hygiéniques prises en temps opportun ; aussi n'hésitons-nous pas à le rapporter ici : Un navire chargé d'émigrants se rendant à la Nouvelle-Zélande (62 Suédois et 20 Danois) part de Hambourg le 28 juillet. Il arrive à Londres, où les passagers doivent être transbordés pour être ensuite dirigés à destination. Le choléra éclate sur le navire avant qu'il ait mouillé dans les eaux britanniques ; un Danois et une petite fille suédoise sont atteints les premiers, et celle-ci meurt quelques heures après. D'après les ordres de la commission de surveillance maritime, on transporte tous les émigrants sur le vaisseau-hôpital *le Rhin* pour les isoler de la population. A peine débarqué, le Danois, atteint le premier, succombe; un de ses compatriotes est bientôt frappé à son tour. Les cas se multipliant, on juge nécessaire de séparer les malades de ceux qui avaient été jusque-là épargnés. On transporte donc ces derniers sur un autre vaisseau, loué à cet effet par l'agence des émigrants, et sur les 82 passagers primitifs, 72 peuvent s'embarquer le 14 août, et les autres survivants trois jours après.

A un moment le vaisseau-hôpital *le Rhin* renfermait 26 cholériques et sur ce nombre 7 succombèrent (cinq enfants de un an à trois ans, un adulte et une femme). Grâce à l'intervention opportune du conseil d'hygiène et aux salutaires mesures prises par ses membres, la ville de Londres un instant menacée a échappé, on peut le dire, miraculeusement à l'invasion épidémique.

A Liverpool, il existe un « lazaret-dépôt » de ce genre, placé sous la surveillance spéciale du docteur Trench. De semblables asiles anticholériques furent établis autrefois à Plymouth par les agents de l'émigration australienne de Victoria. Ces dépôts-lazarets sont rentrés aujourd'hui dans le domaine privé et néanmoins continuent à bien fonctionner.

Cette question d'hygiène internationale acquiert aujourd'hui une trop grande importance pour ne pas être prise en sérieuse considération par tous les gouvernements ; aussi après avoir fait connaître le danger, croyons-nous utile d'indiquer, sinon le remède, du moins un moyen efficace pour prévenir l'extension d'une maladie menaçante et terrible.

Disons en terminant que l'Amérique elle-même n'a pas été cette fois à l'abri du fléau. Un récent numéro du *Philadelphia Medical Times* donne quelques détails intéressants au sujet de l'histoire médicale du choléra qui paraît régner dans certaines parties des États-Unis. Il y a deux mois environ, quelques cas de choléra, ressemblant beaucoup au choléra nostras, furent observés à la Nouvelle-Orléans peu de temps après l'arrivée d'un navire venant d'Odessa et sur lequel cette maladie avait sévi pendant la traversée. Un steamer allant de New-Orléans à Cincinnati vit ensuite succomber plusieurs de ses passagers ; bientôt après quelques cas de choléra apparurent à Memphis et en aval du Mississipi. L'épidémie, en suivant cette voie, a continué de s'étendre le long du cours du fleuve jusqu'à Padnile et Cincinnati ; prenant ensuite la direction des voies ferrées, elle a gagné Nashville, Galatin, Murfrutborough et enfin s'est étendue jusque dans le Tennessee oriental où elle a exercé ses ravages sur Gruneville.

En résumé, nous voyons le choléra envahir peu à peu les deux mondes, et parfois même il nous est possible de le suivre dans ses étapes et d'expliquer son apparition. Les faits précédents nous montrent la facilité de sa propagation par les diverses voies de communications humaines. Si les progrès de la civilisation, en multipliant les rapports entre les différents peuples, facilitent la diffusion de l'épidémie, c'est à l'hygiène internationale qu'il appartient d'en prévenir l'invasion et d'en restreindre les ravages. L'exemple donné par l'Angleterre nous semble devoir être suivi, en attendant que des mesures plus radicales et plus efficaces puissent être prises. Nous nous garderions bien de nous engager dans les interminables débats qu'a soulevés et que soulève encore la question de la nature et du traitement du choléra. Laissons les Pettenkofer et les Küchenmeister continuer leurs stériles controverses et poursuivre leurs débats en face de leurs cholériques qu'ils ont été aussi inaptes à préserver qu'impuissants à guérir !

Quis tulerit Gracchos de seditione querentes?

Dr Labadie-Lagrave.

---

ment, le perchlorure de fer devient protochlorure, et de l'acide chlorhydrique est mis en liberté. Le fait n'est pas douteux, car il se produit dans le flacon qui contient à la fois le persel de fer et des matières organiques. On voit alors la solution se décolorer et prendre une réaction franchement acide; les potions et les sirops au perchlorure de fer éprouvent journellement ce genre d'altérations, pour peu qu'on tarde à en faire usage. A plus forte raison un pareil phénomène doit-il s'accomplir dans les voies digestives où les conditions d'une semblable transformation se trouvent si complétement réunies. De l'acide chlorhydrique prend donc naissance, fait capital pour nous ! tandis que le fer engagé dans de nouvelles combinaisons passe peu à peu à l'état insoluble et demeure inerte, jusqu'à ce qu'il soit rejeté avec les produits excrémentitiels, au milieu desquels la couleur noire de son sulfure le fait toujours reconnaître.

Le perchlorure de fer, source d'acide chlorhydrique, voilà une conclusion bien inattendue et passablement paradoxale, en apparence du moins ; sans compter que c'est là le fait important, pour la pratique ; car l'acide, né dans ces circonstances, est l'agent, par excellence, pour les cas où le composé ferrique est conseillé : la stomatite aphtheuse, les angines de mauvaise nature, la dyspepsie avec vomissements incoercibles, les érosions gastriques, l'ulcère simple de l'estomac, se trouvent aussi bien de l'emploi du perchlorure de fer lui-même que de l'acide chlorhydrique plus ou moins dilué. De même, comme hémostatique, ces deux substances se valent : l'une à titre d'acide affaibli, et l'autre avec ses qualités présumées d'astringent ferrugineux ; et les conséquences d'un pareil fait peuvent être poussées si loin, qu'il deviendrait indifférent pour combattre la chlorose, et conformément à une théorie que j'ai fait connaître tout récemment (*Bulletins de la Société médicale de Reims*, n° 10, 1873), d'administrer du chlorure ferrique, ou une simple potion à l'acide chlorhydrique.

On voit que les termes du problème sont renversés : c'est l'élément électro-négatif qui est seul utilisé, et l'électro-

Le choléra au Havre.

Ce n'est plus à une menace d'épidémie qu'on a affaire maintenant au Havre, mais bien à une épidémie confirmée et présentant des caractères inquiétants.

Il ne nous est guère possible, pour le moment du moins, de donner une statistique à peu près exacte des cas qui se sont présentés dans la ville. Nous pouvons seulement affirmer que, dans certains quartiers, la mortalité a été assez considérable pour attirer l'attention des médecins et exciter l'émoi de la population.

Quant à l'hôpital, sur lequel nous sommes en mesure de donner des renseignements précis, le nombre des malades atteints de cette affection a sensiblement augmenté. Jusqu'à présent, la population féminine avait, pour ainsi dire, été épargnée; car on n'avait eu qu'un décès à enregistrer. Mais depuis jeudi jusque aujourd'hui, dans un intervalle de cinq jours on a compté 16 femmes gravement atteintes; 6 d'entre elles sont aujourd'hui décédées et 4 autres sont dans un état désespéré. Un événement qui n'a pas peu contribué à répandre l'inquiétude, c'est que deux des malades étaient des jeunes filles vivant dans l'établissement où elles étaient attachées à la buanderie. L'une d'elles se sent indisposée à dix heures au sortir de la messe et présente les signes d'une légère atteinte de choléra; dans l'après-midi les symptômes s'aggravent et elle meurt dans la soirée à neuf heures. L'autre avait été prise d'une violente attaque à quatre heures du matin et était morte le même jour, la durée de la maladie ayant été de quinze heures.

Dans la salle affectée aux hommes l'épidémie a présenté également une certaine recrudescence. Jusqu'à présent, 21 malades y ont été en traitement (non compris la population militaire) et 9 ont succombé. La plupart ont présenté des symptômes très-graves et sont morts peu de temps après leur entrée à l'hôpital.

Chez les militaires, plusieurs cas nouveaux ont été observés mais les craintes qu'on pouvait ressentir pour cette partie de la population ne se sont cependant pas réalisées. Dans l'espace d'une semaine 12 militaires ont été atteints, 5 ont succombé, et les 7 autres peuvent maintenant être considérés comme hors de danger.

En somme il est malheureusement possible d'affirmer que l'épidémie a fait des progrès notables au lieu de diminuer, comme on l'avait espéré tout d'abord. Dans les cas qui ont été funestes, on a remarqué la rapidité du début, le peu de durée de l'affection et la violence des symptômes. La réunion des signes les plus caractéristiques ne permet pas de douter de la présence du choléra morbus épidémique.

Presque tous les traitements connus ont été employés. La méthode stimulante combinée avec l'usage des boissons glacées et de la glace pilée à l'intérieur semble avoir donné jusqu'à présent les moins mauvais résultats. Contre les vomissements, on a employé avec quelque succès les vésicatoires à l'ammoniaque sur le creux de l'estomac saupoudrés de quelques centigrammes d'acétate de morphine. Les évacuations excessives ont été principalement combattues au moyen de lavements au ratanhia et à l'amidon.

Dans la ville quelques mesures générales d'hygiène ont été prises, et une grande surveillance a été établie dans le service sanitaire chargé de l'examen des navires provenant de l'étranger. On ne saurait évidemment douter que l'épidémie ait été apportée par des navires venant de pays infectés par le choléra, les ports de l'Allemagne par exemple. La ville du Havre est située dans des conditions hygiéniques relativement favorables et la température moyenne n'y est pas très-élevée. Au commencement de la semaine dernière l'accroissement de l'épidémie a coïncidé avec l'abaissement de la température.

Les environs du Havre, et particulièrement les petites villes de Montivillier et d'Harfleur ont été également très-éprouvées. Nous manquons cependant de renseignements exacts à cet égard.

Les plus grandes précautions hygiéniques ont été prises à l'hôpital; les cholériques ont été isolés dans trois salles spéciales, une pour les femmes, une pour les malades civils et l'autre pour les militaires.

Examens des officiers de santé.

Nous reproduisons plus loin un décret du président de la République, en date du 23 août, qui atténue les restrictions légales auxquelles étaient assujettis, dans l'exercice de leur profession, les officiers de santé et les pharmaciens de seconde classe. Ce décret a été rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et du Comité consultatif d'hygiène, le Conseil d'État entendu.

On sait que les officiers de santé et les pharmaciens de

---

positif se voit réduit à l'état de véhicule inerte, dont on pourrait même se passer à la rigueur.

Les autres sels de fer donneraient lieu à une interprétation analogue. Il nous suffirait pour cela d'invoquer la théorie de Rabuteau, qui veut que toutes ces préparations arrivées dans l'estomac aboutissent, en définitive, à n'être plus bientôt que du perchlorure de fer d'abord, puis du protochlorure, grâce à l'acide chlorhydrique libre que renfermerait le suc gastrique.

C'est le pendant de la théorie de Mialhe sur les composés mercuriels, qui se réduisent, en dernière analyse, à l'état de bichlorure absorbable. On conçoit que de cette façon la pharmacopée du fer se trouverait bien simplifiée, puisqu'il suffirait une fois pour toutes de prescrire le chlorure ferreux. Mais ce n'est pas ce qui doit nous intéresser ici; pour moi le fait dominant, c'est le dégagement possible de l'élément électro-négatif, qui sera, suivant les cas, l'acide lactique, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide oxalique, l'acide citrique, l'acide tartrique, l'acide iodhydrique, etc. Ces acides seront tantôt utilisés pour eux-mêmes, et comme topiques; et tantôt serviront à mettre en liberté l'acide chlorhydrique des chlorures alcalins; ce qui nous ramène au cas général que nous avons mis en évidence ci-dessus. Je ne vois à signaler comme cas particulier que le fait de l'iodure de fer: ce corps aboutit, en somme, à un iodure alcalin, qu'il eût été plus simple de prescrire directement, si toutefois on n'attache aucune importance à la production intermédiaire de l'acide iodhydrique qui a dû se former à un certain moment. De toute façon, la vogue dont jouit ce médicament ne nous permet guère d'en combattre l'emploi avec quelque chance de succès; il nous suffit pour notre amour-propre de ne pas être dupe d'une illusion.

Qu'on n'aille pas croire, d'après cela, que je condamne d'une manière absolue le fer et ses préparations : j'admets, au contraire, que ce métal est exceptionnellement avantageux, peut-être à l'exclusion de tout autre, pour l'introduction dans

seconde classe ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été reçus; ainsi le veut la loi de ventôse. En outre, si, après réception, ils désirent changer de département, un règlement d'administration publique du 22 août 1854 les astreint à passer de nouveau les trois examens de réception. Dorénavant ils pourront être, par le ministre de l'instruction publique, dispensés des deux premiers examens; le troisième seul sera subi de nouveau. On sait qu'il comprend la clinique interne et externe, la matière médicale, la thérapeutique, et qu'il y est joint une composition écrite sur des sujets tirés au sort.

La portée de ce décret, au point de vue purement universitaire, ne nous paraît pas bien considérable. Que les officiers de santé, pour ne parler que d'eux, doivent subir trois examens ou seulement le dernier, leurs chances de réception sont à peu près les mêmes. Un praticien capable de répondre avec une pertinence suffisante sur la clinique médicale et chirurgicale, ne répondrait pas plus mal sur la pathologie interne et externe, qui fait la matière du second examen, ou même sur l'anatomie et la physiologie *élémentaires*, qui fait la matière du premier. Au fond d'ailleurs il était peut-être excessif d'imposer à un médecin français, n'aspirant qu'à un déplacement sur territoire français, des conditions plus dures qu'à un médecin étranger sollicitant le droit d'exercer en France, et duquel nos Facultés elles-mêmes n'exigent souvent, pour lui accorder le diplôme de docteur, que le cinquième examen et la thèse. Seulement il importerait, pour une raison spéciale, que les jurys médicaux se montrassent sévères sur cet unique examen exigé des officiers de santé ambulants. C'est, en effet, d'ordinaire pour cause d'insuccès dans un département qu'ils demandent à en sortir, et le fait de l'insuccès peut faire présumer l'incapacité.

A un autre point de vue, le décret mérite quelque attention. Il paraît que le but principal des nouvelles dispositions est de remédier dans une certaine mesure à l'insuffisance du personnel médical. Le nombre total des médecins pratiquants en France (y compris l'Algérie) était de 18 099 en 1847; il était tombé en 1866, malgré l'appoint fourni par le territoire annexé, à 17 340; on dit qu'il n'est plus aujourd'hui que de 16000, et que plus de 28 000 communes manquent de médecins. Nous n'avons pas vérifié ces derniers chiffres. En tout cas, nous avons peine à croire qu'un peu plus de facilité de mutation, l'obstacle du troisième examen restant debout, puisse exercer une influence sérieuse sur le mouvement de recrutement. Mais ce qui est à considérer, c'est que cette nouvelle émulation ne s'exercerait qu'au profit du corps des officiers de santé, c'est-à-dire dans une direction que non-seulement il est impossible de ne pas considérer comme fâcheuse, mais que la force des choses tendait à corriger. Si le nombre total des médecins baissait, le nombre proportionnel des docteurs s'élevait. Ainsi la France comptait en 1847 7456 officiers de santé contre 10 643 docteurs; elle ne comptait plus en 1866 que 5697 des premiers contre 11 265 des seconds. Si le décret n'est pas déçu dans ses calculs, ce mouvement va s'arrêter pour se faire en sens inverse. Ce n'est pas précisément le premier fruit qu'on attendait des récentes agitations qui ont eu lieu au sujet d'une nouvelle organisation de la médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Ophthalmologie.

Quelques faits pour servir a l'histoire de l'extraction de la cataracte par l'incision dite linéaire, ou a petit lambeau, de la cornée, sans iridectomie, par le docteur Michel, professeur à la Faculté de Nancy.

L'extraction linéaire avec iridectomie devait, d'après leurs inventeurs (Schuft, de Graefe, Critchett, Bowman), en ménageant la plaie de la cornée, parer aux accidents dus à l'emploi de la méthode de Daviel. Malgré les modifications apportées au procédé primitif de de Graefe par Liebreich et Taylor, il faut bien avouer que ce nouveau mode opératoire n'a pas donné à tous les opérateurs les succès vantés par ses premiers défenseurs. Pour mon compte, dans trois cas où je me suis servi du procédé d'extraction périphérique scléro-kératique de de Graefe, j'ai eu trois insuccès, et j'ose affirmer avoir vu des malades opérés par d'autres chirurgiens, chez lesquels le résultat n'a pas été plus heureux. Et cependant j'avais même mis en usage l'appareil compressif pour le pansement.

Aussi n'est-il pas étonnant que dans ces dernières années on se soit montré moins absolu pour l'excision de l'iris, partie de l'opération qui, loin de prévenir, devenait la cause d'accidents primitifs et consécutifs très-sérieux. Quoi qu'en disent les Allemands et malgré leurs statistiques fantaisistes (1), je

(1) En 1866, de Graefe publiait une statistique de 94 pour 100 de succès. Knapp, un de ses élèves, sur 100 opérations comptait 93 résultats complets, 5 résultats incomplets et 2 cas seulement de perte de l'œil. Un autre élève, A. Sichel, dit avoir obtenu 97 1/2 pour 100 de succès. Ce que j'ai vu chez moi et chez les autres ne me permet pas d'ajouter confiance à de tels chiffres. Pourquoi, si cela était vrai, verrait-on les élèves même de de Graefe rechercher d'autres procédés?

---

l'économie de bon nombre d'agents électro-négatifs ou acides. Ces substances employées directement sont trop offensantes pour la muqueuse gastrique, et il est bon qu'elles se présentent à ce contact sous une forme extrêmement atténuée. Les sels de fer, avec leur tendance à se peroxyder à l'air extérieur, et par suite de la propriété qu'ils ont de se réduire au degré de protosels lorsqu'ils sont administrés comme médicaments, sont peut-être les préparations qui conviennent le mieux toutes les fois qu'on veut mettre en usage la médication acide. On les voit donc réussir à merveille dans les dyspepsies atoniques, muqueuses ou alcalines, dans les érosions hémorrhagiques de l'estomac, aboutissant à l'ulcère simple ou à la chlorose; et enfin à titre d'hémostatiques généraux, non pas seulement comme astringents vasculaires, mais en abaissant de quelques degrés l'état alcalimétrique du sang.

Telles sont mes premières conclusions : elles sont assez neuves et assez imprévues pour que le terme de médication paradoxale convienne ici, soit qu'on l'applique à l'ancienne interprétation si elle a cessé d'être vraie, soit à la nouvelle si elle est contestée.

L'analyse de la médication ferrugineuse a été faite avec assez de détail pour que je puisse désormais parcourir plus rapidement les autres exemples de paradoxes thérapeutiques que je me propose de citer à l'appui de ma thèse.

Je mentionnerai tout d'abord l'*alun ordinaire* (sulfate double d'alumine et de potasse), que ses propriétés chimiques et médicinales rapprochent des persels de fer. A mon point de vue, il sera avant tout une source d'acide sulfurique, tandis que dans la théorie commune ce corps agit en totalité et à titre de sel d'alumine. Dans tous les cas il ne saurait être envisagé à la façon d'un sulfate, comme serait le sulfate de soude par exemple. Sa manière de se comporter est, du reste, assez variable : s'il séjourne dans un milieu acide, tel que l'estomac, il se maintient sans altération; s'il passe dans un milieu alcalin, soit l'intestin, soit le sang, il se dédouble nécessairement; l'acide sulfurique mis en liberté se combine avec l'élément al-

partage cette opinion. Je ne veux pour preuve de cette manière de voir que la réaction qui tend à se généraliser aujourd'hui. Ainsi, dans le premier fascicule de la REVUE DES SCIENCES MÉDICALES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER, publiée par M. Hayem, je lis que M. Moncla (de Naples) préconise l'opération de M. Liebreich, que MM. Jæfferson et Mackamara rejettent l'iridectomie après l'avoir largement expérimentée. MM. Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, et Notta (de Lizieux) sont entrés dans la même voie. Ajouterai-je que sans connaître les travaux de ces ophthalmologistes distingués, persuadé d'ailleurs des inconvénients graves attachés à la méthode généralisée de de Graefe, j'ai essayé de diminuer les accidents liés à la pratique de Daviel en limitant, comme l'avait déjà fait Palucci à la fin du siècle dernier, l'étendue de la plaie de la cornée. Nous dirons plus loin si l'on doit appeler cette incision linéaire ou à petit lambeau.

Rappelons les succès déjà obtenus dans cette voie par MM. Lebrun, Warlomont, Liebreich et Notta. Malgré la différence du siége de l'opération et quelques nuances d'exécution, je les porte tous à l'actif de la méthode réduisant l'étendue de l'incision de la cornée sans excision de l'iris.

Dans le même ordre d'idées, j'ajouterai 5 succès sur 6 opérations tirées de ma pratique.

Le premier de ces succès remonte à l'année 1865. Je voulais opérer un homme de quarante-cinq ans par la méthode de Daviel ou à grand lambeau. Placé derrière lui, sur l'œil droit, avec le couteau de Beer, j'avais terminé la ponction et la contre-ponction quand mon aide lâcha la paupière supérieure. Sans hésiter, je dirigeai directement en avant la lame du couteau à cataracte; par hasard la section tomba juste au milieu de la demi-circonférence inférieure de la cornée. Après la section de la capsule avec le kystotome de Daviel, le cristallin sortit facilement. Le malade fut pansé. Dix jours après le succès dépassait mes espérances; au douzième jour la guérison était achevée. L'iris n'avait contracté aucune adhérence, la pupille était mobile et nette, la cornée n'offrait aucune trace cicatricielle. Chez l'opéré, revu quelques semaines plus tard, l'acuité de la vision était parfaite; avec les lunettes de 7 pouces 1/2 de foyer il se conduisait partout, avec celles de 2 pouces 1/2 il lisait les caractères ordinaires d'imprimerie.

Ce succès m'avait vivement frappé, mais, obéissant aux idées du moment, je crus à un heureux hasard jusqu'à ce que les insuccès obtenus par les méthodes en faveur m'eussent ramené, au mois de septembre dernier, au mode opératoire qu'un accident m'avait fait connaître.

A coup sûr, avec le couteau de Beer je n'avais pu faire une incision linéaire; elle devait être plus ou moins en biseau. Et cependant le résultat ne laissa rien à désirer. Cette observation ne sert-elle pas à prouver que la réussite dépend moins de la forme de l'incision que de l'étendue moindre de la plaie cornéale obtenue par ce mode opératoire. Au surplus, est-on bien sûr, quelle que soit du reste la manière d'agir, d'obtenir deux surfaces de section exactement parallèles au grand plan horizontal de l'œil. Pour mon compte, je ne le crois pas, et j'engagerais mes contradicteurs à vouloir vérifier le fait à l'amphithéâtre. Cependant l'expression *linéaire*, généralement acceptée, suppose ce résultat après l'incision. Pourquoi donc conserver dans la science des mots si peu en harmonie avec la réalité des données de l'expérience et ne pas les remplacer par une expression plus juste, celle *d'extraction par petit lambeau.*

Afin d'éviter les redites, j'exposerai en peu de mots les détails du procédé opératoire que j'ai suivi. Dans les observations, j'insisterai surtout sur les résultats définitifs, matériaux indispensables pour juger sûrement les points contentieux de l'opération de la cataracte.

Procédé opératoire. — La pupille dilatée la veille par l'atropine, le malade est placé sur un lit, la tête légèrement élevée, la face tournée à la lumière. Je n'emploie le chloroforme que chez les individus pusillanimes ou doués d'une sensibilité oculaire exagérée. Les paupières sont modérément écartées à l'aide d'un ophthalmostat mécanique à arrêt fixe. Placé en avant du malade pour l'œil gauche, en arrière pour l'œil droit, de la main gauche armée d'une pince à mors de souris je fixe le globe oculaire en pinçant la conjonctive au point opposé à celui où doit agir le kératotome. De la main droite je pratique la ponction et la contre-ponction de l'œil avec le couteau de de Graefe : la pointe de l'instrument entre dans la chambre antérieure au niveau de l'équateur du globe oculaire, en pénétrant au côté externe près de la jonction de la cornée transparente et de la sclérotique; elle sort en dedans au même niveau et dans le même point correspondant. Pendant cette manœuvre, le tranchant est dirigé en bas et les faces du couteau parallèles au plan antérieur de l'iris. Dans cette position, le kératome coupe de haut en bas la moitié supérieure de la demi-circonférence inférieure de la cornée. Arrivé à ce point, je dirige directement en avant le tranchant de la lame, qui coupe dans toute son épaisseur la cornée d'arrière en avant : on obtient ainsi un lambeau court dont la base, de la largeur de la cornée, correspond à l'équateur de l'œil, c'est-à-dire à la partie la plus large. Ce premier temps achevé, avec le kystitome de de Graefe j'incise la capsule du cristallin. Immédiatement après j'enlève l'ophthalmostat; après peu d'instants, d'une main je soulève la paupière supérieure et de l'autre j'exerce des pressions modérées de bas en haut sur la partie inférieure du globe oculaire. Elles ont généralement suffi pour expulser le cristallin. Une fois cependant, la pupille s'étant rétrécie fortement après la section de la cornée, je fus obligé de l'extraire avec la curette de Daviel, que je trouve, pour le dire en passant, au moins aussi facile à manier que

---

calin du suc intestinal ou de la masse sanguine; de même l'hydrate d'alumine tend à former un aluminate de soude; en somme, les bases sont neutralisées jusqu'à la limite de l'élément électro-négatif libre, et les conséquences s'en deviennent aisément.

Deux applications considérables découlent de ces données relatives au mode d'action de l'alun et reçoivent de notre théorie une interprétation des plus rationnelles. De ces deux applications, l'une se rapporte à l'intoxication saturnine, et l'autre à l'urémie.

Dans l'*intoxication saturnine*, l'emploi de l'alun équivaut à celui de la limonade sulfurique, mais il a pour lui cet avantage que l'élément acide étant abandonné petit à petit, il n'en résulte aucun contact fâcheux pour les parties qui en sont touchées. On peut donc sous cette forme administrer une bien plus haute dose d'acide sulfurique que dans une limonade. L'action chimique sur le sulfure de plomb est incontestable, et s'exerce en tout point, jusque dans l'intimité des organes, tandis que ce sulfure reste inattaqué par les sulfates neutres. Le sulfate de plomb ainsi formé est désormais inoffensif, et il ne peut plus être repris par les sécrétions acides, comme le sulfure correspondant. Bien loin, enfin, que l'alun constipe, il finit par rétablir les garderobes sans autre adjuvant. Mon expérience personnelle m'autorise à insister sur l'extrême efficacité de ce traitement des maladies saturnines; complété par les injections hypodermiques de morphine contre l'élément douleur, il n'en est pas qui lui soit supérieur.

L'alun dans l'*urémie* est d'un emploi tout aussi rationnel. Si les accidents dits urémiques sont subordonnés à une intoxication ammoniacale, à l'*ammoniémie*, on conçoit que l'alun, transformant le sesqui-carbonate d'ammoniaque en sulfate neutre de la même base, sel tout à fait inoffensif, devient un véritable antidote dans ce cas, et constitue un moyen très-efficace pour combattre la redoutable complication dont nous parlons. Il convient aussi bien dans l'urémie liée à un catarrhe chronique des voies urinaires (fièvre urineuse), que

celle de Critchett. Le cristallin sorti, et après m'être assuré de la netteté de l'orifice pupillaire, je ferme les deux yeux de l'opéré avec une ou deux bandelettes de taffetas gommé. Une compresse légèrement imbibée d'eau froide renouvelée chaque demi-heure et continuée pendant les quatre ou cinq premiers jours, constitue tout le pansement. Les opérés sont maintenus à la diète pendant les premiers jours; à partir du troisième, j'instille chaque matin entre les paupières une goutte de solution d'atropine au 100e ou au 1000e (1). La guérison a été obtenue du douzième au quinzième jour.

Obs. I. *Homme âgé de soixante-quatre ans, atteint d'une double cataracte, plus avancée à gauche qu'à droite.* — Sa vue est à peu près abolie. L'iris est projeté en avant, la chambre antérieure est presque nulle. Cercle sénile de la cornée. L'œil gauche, qui ne voit plus depuis cinq ans, est opéré le 26 septembre 1872. Le cristallin sort en masse sous forme d'une lentille opaline. Elle se brise au moindre contact, laisse échapper du liquide; son contenu solide se réduit à un petit noyau. La pupille est très-nette. Au douzième jour, la guérison est complète; le malade voit les objets et se conduit. L'iris offre par son bord libre une adhérence avec la plaie de la cornée. La pupille est un peu irrégulière à la partie inférieure. La cicatrice de la cornée se présente sous forme d'une ligne blanchâtre, plus marquée sur son segment inférieur. L'opéré distingue nettement tous les objets à l'œil libre et se conduit.

Le malade a été revu six semaines après l'opération. Sa vue s'est encore améliorée; elle est devenue plus nette : il lit avec des lunettes de 2 pouces 1/2 de foyer. La cicatrice blanche persiste, ainsi que l'adhérence de l'iris à la pupille.

Obs. II. *Jeune fille de dix-huit ans, atteinte de cataracte aux deux yeux depuis son jeune âge.* — L'œil droit est beaucoup plus affecté que le gauche; l'iris est déprimé en arrière. L'opération est faite sur l'œil droit le 5 octobre 1872. Après l'incision de sa capsule, le cristallin s'échappe sous forme de gelée transparente; il n'y a pas de noyau. La pupille est nette. Guérison en neuf jours. Il reste un léger enclavement du bord libre de l'iris, à l'angle externe de la plaie. La cicatrice de la cornée est opaline; cette teinte s'étend sur la partie inférieure de la cornée, située au dessous de l'incision. Revue six mois après l'opération, la petite adhérence de l'iris persiste ainsi que la cicatrice. La pupille est nette, mobile. La jeune fille lit avec lentilles de 2 pouces 1/2 de diamètre les caractères d'imprimerie employés pour la publication des journaux.

Obs. III. *Homme âgé de quarante ans, cataracte des deux yeux.* — Il ne voit plus de l'œil droit; l'iris est déprimé en arrière. On l'opère le 10 novembre 1872. Le cristallin sort en partie sous forme de gelée transparente, en partie sous forme d'une petite lentille. Malgré tous nos efforts, il reste en haut et en dedans une portion visible de capsule cristalline.

Les premiers jours se passent sans accidents, mais vers le sixième éclatent des symptômes d'iritis avec formation de fausses membranes et atrésie pupillaire; l'affection cède au bout d'un mois à l'emploi des vésicatoires à l'extérieur, de l'atropine en instillations dans l'œil et des pilules de sublimé à l'intérieur. Revu cinq mois après l'opération. La vue est bonne; il distingue avec les lunettes de 2 pouces 1/2 de foyer les lignes d'un journal, mais il ne peut lire les lettres. L'atrésie papillaire persiste; elle est due aux débris de la capsule cristalline renforcée par les fausses membranes produites sous l'influence de l'iritis. Une partie de la pupille, assez étroite, est nette et transparente. La ligne cicatricielle de la cornée est visible, sa couleur blanchâtre s'étend sur le segment inférieur de la cornée.

Obs. IV. *Femme âgée de soixante-seize ans, atteinte de cataracte double complète, avec cercle sénile de la cornée.* — L'iris, mobile, est déprimé en arrière. Elle est opérée de l'œil gauche le 29 janvier 1873. Après la section de la cornée l'iris s'étant resserré, l'extraction du cristallin nécessite l'emploi de la curette de Daviel, il est dur, volumineux, sort en masse. La pupille est nette. L'opérée reconnaît les carreaux de la fenêtre. Dès le troisième jour éclatent des symptômes de kératite et d'iritis.

Vers le quinzième jour, bien que les accidents soient mitigés, on constate encore une grande injection avec œdème de la conjonctive oculaire; plus de la moitié inférieure de la cornée offre une teinte opaline; la pupille est presque entièrement fermée par des fausses membranes. La malade distingue à peine le jour de l'obscurité.

Le 12 février, j'opère l'œil droit. Je suis obligé de recourir encore à la curette de Daviel pour l'extraction du cristallin. Il est semblable au premier. Vers le seizième jour, la cicatrice de la cornée est complète; elle existe sous forme d'une ligne blanchâtre s'étendant sur sa partie inférieure. L'iris, par sa face antérieure, adhère à la cicatrice. La pupille offre quelques nuages dans sa demi-circonférence inférieure. La malade distingue nettement les couleurs d'étoffe, des objets tels que les cuillers et les fourchettes qui servent à ses repas, la figure des personnes qui l'approchent. L'œil conserve encore en ce moment un peu de sensibilité à la lumière; aussi n'a-t-on pas encore essayé les verres de lunettes. L'œil gauche s'est un peu amélioré, il perçoit mieux la lumière, mais les lésions anatomiques pathologiques précitées persistent.

Réflexions. — Six opérations pratiquées sur cinq individus ont donné cinq succès et un insuccès.

Des cinq succès, trois doivent être considérés comme complets quant à la fonction de l'œil; ces trois opérés, munis de lunettes convenables, peuvent lire les fins caractères d'imprimerie.

Chez les deux autres, l'acuité de la vision n'a pas atteint cette netteté; cependant, si j'en juge par les progrès incessants accomplis depuis l'opération, un résultat final plus satisfaisant pourra bien arriver.

Les détails sommaires de nos observations nous permettront de répondre aux questions posées par M. Panas lors de la communication de M. Notta à la Société de chirurgie.

Comme chez le malade présenté par M. Notta à la Société de chirurgie, notre premier opéré n'a eu ni cicatrice à la cornée, ni adhérences de l'iris; plusieurs mois après l'opération, on eût été dans l'impossibilité de désigner l'œil sur lequel on avait agi.

Un nouveau malade, jeune homme de vingt et un ans, opéré le 1er juin dernier, présente le même résultat.

Dans nos deuxième et troisième opérations, il y a eu une synéchie antérieure périphérique très-limitée.

(1) Je me sers de cette même solution pour dilater la pupille avant l'opération.

---

dans celle qui dérive de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, s'opérant sur la surface gastro-intestinale dans le cours de la dégénérescence granuleuse des reins. Cette théorie de l'urémie, qui complète celle de Frerichs, m'appartient; je l'ai énoncée avant le professeur Treitz, qui est réputé l'avoir imaginée; et ayant contribué à l'édifier, j'en donne aujourd'hui le dernier mot, en conseillant le traitement qui convient le mieux en pareille circonstance.

L'introduction dans la matière médicale de certains arséniates insolubles me fournira de nouveaux exemples de médication paradoxale, et me permettra de montrer jusqu'où peut être portée l'illusion en thérapeutique. Je prendrai à partie l'*arséniate de fer* et l'*arséniate d'antimoine*.

Le premier de ces deux sels a paru réaliser une association des plus heureuses de deux principes corroborants par excellence; sans compter que le fer étant l'antidote naturel de l'arsenic, on obtenait ainsi un médicament presque inoffensif. Mais, en réalité, le but visé est-il atteint? Je ne dirai pas que la dose de fer ainsi introduite est insignifiante; car, si minime qu'elle soit, le métal reste à l'état de base inerte, et est bientôt rejeté comme un *caput mortuum*, conformément à la théorie développée plus haut, à l'occasion du rôle des préparations ferrugineuses en thérapeutique. L'acide arsénique, bientôt combiné avec la soude de nos humeurs, est le seul élément utilisé; mais voilà où apparaissent les avantages du médicament qui nous occupe, car il est vraiment une bonne préparation : l'arsenic est mis en liberté, molécule par molécule, il se présente à l'absorption à l'état naissant, il pénètre dans l'économie à doses réfractées; toutes conditions réputées excellentes en thérapeuthique. De sorte que, lorsqu'il s'agit d'un traitement chronique dans lequel l'arsenic convient, c'est à l'arséniate de fer qu'on devra avoir recours; tandis que, lorsqu'il faudra agir vite et vigoureusement, comme dans les fièvres intermittentes, on donnera la préférence à un sel arsenical soluble.

L'*arséniate d'antimoine* répond à une indication du même

Dans la quatrième et cinquième, l'adhérence a porté sur une bonne partie de la surface de la domi-circonférence inférieure de l'iris.

Si la cicatrice de la cornée n'a pas laissé de trace appréciable chez notre premier opéré, il est juste de dire que chez tous les autres elle a produit à la suite une ligne blanchâtre assez accentuée. La teinte laiteuse chez tous s'est étendue surtout sur le segment inférieur de la cornée; une seule fois elle a occupe une étendue assez considérable dans le segment supérieur de l'œil sur lequel l'opération a échoué. Ce résultat général, qu'on n'aurait su prévoir, plaide en faveur du mode opératoire que nous décrivons. Que la cicatrice laisse ou ne laisse pas de trace, rarement la tache leucomateuse s'étendra vers le centre pupillaire pour gêner l'entrée des rayons lumineux.

Remarquons en passant que notre incision cornéale s'est toujours réunie, et que dans aucune de nos opérations, même chez des vieillards de soixante-seize ans atteints de cercle sénile, nous n'avons noté de gangrène des lambeaux, accidents assez fréquents à la suite de la méthode de Daviel.

Ne pourrions-nous pas, en nous basant sur les résultats obtenus, conclure que l'incision doit porter dans tous les cas au-dessus de la partie atteinte de cercle sénile, puisque, comme je viens de le dire, la tache leucomateuse cicatricielle a do la tendance à s'étendre dans cette direction.

Deux fois seulement des accidents d'iritis se sont produits. Doit-on les porter à la charge de l'opération ou de circonstances accessoires qui se produisent? Sans décider d'une manière absolue cette question, disons cependant qu'une fois cette complication est survenue chez cette femme de soixante-seize ans à la suite de l'emploi de la curette pour l'extraction du cristallin, et une autre fois chez cet homme de quarante ans où il nous fut impossible d'enlever une portion de la capsule cristalline.

Nous disons que la guérison est achevée lorsque la cicatrice est complète, quand, tous les accidents locaux ayant disparu, nos malades peuvent se conduire.

De ce qui précède je conclus :

1° Que l'extraction linéaire ou à petit lambeau doit être acceptée comme méthode générale dans l'opération de la cataracte ;

2° Que l'opération de de Graefe avec iridectomie n'a pas l'innocuité que lui prête les auteurs allemands; elle doit être réservée pour des cas spéciaux et rares.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Association française pour l'avancement des sciences. (Session de Lyon, 1873.)

SÉANCE D'INAUGURATION.

DISCOURS DE M. DE QUATREFAGES. — NOMINATION DU BUREAU.

La séance d'inauguration du Congrès est ouverte le 21, à trois heures, dans les magnifiques salons de l'Hôtel de ville, sous la présidence de M. de Quatrefages, assisté de M. Piatou, président du comité local; de MM. Wurtz, Dareste, recteur de l'Académie; Gariel, secrétaire et G. Masson, trésorier. M. Ducros, préfet du Rhône, prend place à côté du président.

M. le préfet souhaite aux membres du Congrès la bienvenue, au nom de la grande cité dont il a, dit-il, le « difficile » honneur d'être le représentant.

M. *de Quatrefages* se lève ensuite et lit un discours dont voici un court résumé.

« Messieurs, l'Association française inaugure aujourd'hui sa deuxième session. Elle retrouve à Lyon la cordiale et splendide hospitalité de Bordeaux, rendue plus significative encore par un ensemble de circonstances bien dignes d'être rappelées. La municipalité qui, la première, est venue en aide à notre comité lyonnais n'existe plus; son dernier acte peut-être a été de voter la riche subvention qui devait satisfaire aux besoins, au superflu de la session. Les révolutions préfectorales n'ont cependant changé en rien les rapports bienveillants et nous avons trouvé auprès de tous le même accueil sympathique.

» N'admirez-vous pas, messieurs, comment des hommes d'opinions diverses peuvent se rencontrer sur un terrain commun? C'est que notre Association appartient à tous. Science et patrie ! voilà notre devise. Quiconque aime le vrai doit aimer la science, cette lumière de l'esprit; quiconque aime son pays sait aimer la science, qui assure le présent et prépare l'avenir.

» La science est un élément de progrès; de ses recherches résulte chaque jour un pas en avant. Je n'en veux pour preuve que cet empressement des grands centres manufacturiers ou commerciaux à nous inviter à nous rendre chez eux. Hier, c'était Bordeaux, Lyon; pour demain, c'est le Havre, Lille.

» Il est nécessaire que le rôle de la science soit universellement accepté : c'est le but de notre association. Nous ne nous le dissimulons pas, nous aurons besoin de persévérance. Ce n'est pas en quelques années que l'on transforme des habitudes, et les habitudes françaises sont peu favorables à notre œuvre. Des générations se sont succédé, vivant dans l'indifférence de ce que nous voulons faire aimer; ne soyons pas surpris si leurs descendants leur ressemblent. Ils nous opposent cette force d'inertie qui use trop souvent les plus fermes courages, les plus nobles ardeurs; ils y ajouteront peut-être la raillerie et le dédain; méprisons ces armes de l'ignorance et de la paresse; appelons-en au temps. Persévérons, et avec la patrie pour but, la science pour moyen, le passé pour leçon, l'avenir pour espérance, n'oublions rien et travaillons. »

Ce discours, interrompu par de fréquents et nombreux applaudissements, est suivi de la lecture du compte rendu des

---

genre, mais je le crois inférieur à l'arséniate de fer, en ce sens qu'il ne représente pas comme lui une combinaison bien définie, et quo sa facilité à abandonner son acide le rend beaucoup trop actif, à l'égal des préparations solubles. L'illusion relative à ce médicament, qu'on a tant prôné dans ces derniers temps, a été aussi complète quo possible; mais par compensation, il a servi à mettre en évidence les bons effets des arsenicaux dans les maladies du cœur.

Je terminerai cette étude par une énumération rapide des autres cas qui paraissent encore s'y rapporter.

Je citerai les *mercuriaux* qui, quelle que soit leur forme, ne sont que les équivalents du sublimé.

Puis les *alcalins* qui, à faible dose, provoquent, par une sorte de polarité et de contradiction paradoxale, les sécrétions acides de l'estomac; et, inversement, les *acides dilués*, qui sont conseillés avec avantage dans certains engorgements du foie, et sollicitent la formation de la bile, produit alcalin.

Encore, les *sels à acides organiques* qui, avec une saveur aigrelette, finissent par n'être que les équivalents d'un sel alcalin, tel que le bicarbonate de soude.

On a cru longtemps que le *sous-nitrate de bismuth* était un excellent antigastralgique; mais c'était à une époque où il contenait des traces d'arsenic; aujourd'hui qu'il en est dépourvu, il continue à tort ou à raison à être employé dans les mêmes cas.

On donne la poudre de *cloportes*, qui ne doivent leurs propriétés qu'au sel de nitre dont ils sont imprégnés; de même on administrait l'*album græcum*, qui n'est qu'un phosphate de chaux mis en liberté par la digestion, chez le chien.

On met des *sachets* et des *colliers iodés* aux goitreux, et l'on croit à une absoption directe, alors que le médicament pénètre à l'état pulvérulent, et par l'inhalation respiratoire.

On donne le *charbon de bois*, sous prétexte d'absorber les gaz dans la dyspepsie flatulente; tandis que l'on sait très-bien que le charbon mouillé cesse de pouvoir remplir un pareil

travaux de l'Association, par M. *Gariel*, faisant fonctions de secrétaire en remplacement de M. Levasseur, empêché. Il mentionne la répartition de diverses sommes à titre d'encouragements à plusieurs savants pour continuer leurs recherches. (La liste en a été publiée il y a deux mois).

La parole est donnée à M. *G. Masson*, trésorier, pour le compte rendu de la gestion financière.

La séance est levée, et MM. les membres du Congrès se rendent dans leurs diverses sections pour procéder à l'élection des bureaux.

Section des sciences médicales.

La *Section des sciences médicales* siége à l'Hôtel de Ville dans un des salons de réception. Nous devons constater que le nombre des membres présents est loin d'être en rapport avec le nombre des adhérents; les médecins lyonnais sont particulièrement loin de donner l'exemple. Il faut ajouter, pour être vrai, que les intéressantes discussions qui viennent d'être soulevées à la Société d'anthropologie ont entraîné plusieurs de nos confrères.

M. *Diday*, doyen d'âge, prend place au fauteuil pour présider à l'élection d'un président, de quatre vice-présidents et de deux secrétaires. Sur la proposition de M. Ollier, M. *Claude Bernard* est nommé président d'honneur par acclamation. Sont élus vice-présidents : MM. Verneuil, Diday, Courty, Ollier ; secrétaires, Marduel et Colrat.

(Le soir a eu lieu à huit heures, au Palais de la Bourse, une conférence publique par M. Karl Vogt *sur les volcans*. Une assistance nombreuse a suivi avec intérêt les démonstrations scientifiques du professeur et l'a remercié par de nombreux applaudissements de son zèle dévoué pour la science. Ce sujet n'est pas de notre compétence; néanmoins, rappelons que, suivant M. Vogt, les tremblements de terre ne sont pas liés à l'existence d'un feu central, mais bien à des combinaisons chimiques susceptibles de produire à la fois un grand dégagement de gaz et une chaleur intense.)

SÉANCE DU 22 AOUT (MATIN) 1873. — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

MOYENS CHIRURGICAUX POUR ACTIVER L'ACCROISSEMENT DES OS : M. OLLIER. — TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PAR LES VOIES DIGESTIVES : M. CHAUVEAU. — RÉGÉNÉRATION DU CRISTALLIN : M. GAYET. — OPÉRATION DE LA CATARACTE : M. GAYET. — COMPARAISON DU PIED ET DE LA MAIN : M. FOLTZ.

La séance est ouverte à dix heures du matin. Comme hier, le nombre des membres présents est peu nombreux ; parmi les médecins étrangers à Lyon, nous remarquons MM. le professeur Courty, Martins (de Montpellier), Leudet (de Rouen), Blanc, chirurgien de l'armée britannique; Ledentu, Muron (de Paris), etc.

La parole est donnée à M. *Ollier* pour une communication sur les *moyens chirurgicaux pour activer l'accroissement des os chez l'homme.*

L'an dernier, dit l'orateur, à la session de Bordeaux, j'exposai les résultats de mes recherches expérimentales sur l'accroissement des os, sur les moyens de l'activer ou de l'entraver. Aujourd'hui, c'est une question d'application chirurgicale que je viens traiter devant vous. Qu'il me soit permis auparavant de rappeler en quelques mots les principales expériences sur lesquelles je m'appuie et qui sont des plus importantes pour la théorie de l'accroissement des os.

Je limiterai mon exposition à l'accroissement des os en longueur. Je me rattache, vous le savez, à la théorie la plus communément acceptée, j'ose le dire, celle énoncée autrefois par Flourens : la théorie de l'accroissement des os par l'intermédiaire du cartilage de conjugaison. J'admets que cet accroissement se fait par la transformation successive des diverses couches du cartilage ; j'emploie à dessein cette expression, quoique ne rendant pas bien les métamorphoses du travail histologique; mais c'est afin de mieux rendre ma pensée. J'adopte en effet comme très-fondée la théorie de Muller, Ranvier, sur les modifications que subit le cartilage pour se changer ultérieurement en substance osseuse.

Cette théorie de l'accroissement par le cartilage de conjugaison a été combattue par plusieurs physiologistes, notamment Wolff et Meyer, qui n'admettent que l'accroissement interstitiel. Les expériences de mes contradicteurs sont peu nombreuses, et j'espère vous prouver, par les pièces que je vais faire passer sous vos yeux, que les miennes sont des plus convaincantes.

Parmi mes expériences, une est péremptoire : j'enlève le cartilage de conjugaison et j'arrête l'accroissement de l'os sans trouble appréciable dans les autres organes. Pareil effet est obtenu si, au lieu d'enlever le cartilage, j'y développe une irritation profonde. En général, l'irritation traumatique développe un travail hyperplasique; ici c'est tout différent; il y a arrêt d'accroissement, sans qu'on ait besoin de déterminer la suppuration. J'obtiens cet effet irritatif à l'aide de broiements répétés avec un poinçon.

Si, au lieu de porter l'instrument ou, d'une façon plus générale, la cause d'irritation sur le cartilage de conjugaison, je le porte sur la diaphyse de l'os, à une certaine distance du cartilage, ce n'est plus un arrêt d'accroissement que j'obtiendrai, mais bien de l'allongement, et un allongement qui peut aller jusqu'à 1/12e, 1/16e de la longueur totale.

Les moyens d'irritation que l'on peut utiliser sont la cautérisation, le raclage de l'os ou l'ablation d'une portion du périoste.

---

office, et qu'il n'agit dès lors qu'en favorisant, à titre de masse inerte, les évacuations alvines.

Longtemps on a prescrit le *bromure de potassium* comme succédané de l'iodure du même nom, alors qu'il en est l'antagoniste le plus complet qui soit.

Les *eaux minérales* nous offriraient une occasion inépuisable de ces illusions involontaires ou volontaires.

L'*effet contro-stimulant* est recherché par des procédés directs, lorsqu'il est incontestable qu'il ne résulte que d'une stimulation antécédente excessive, ou d'une certaine qualité.

Les progrès de la thérapeutique ne feront que grossir cette liste des médications paradoxales; et il est probable que, grâce à la fluctuation des doctrines et à l'imprévu des découvertes, elle ne pourra jamais être close.

A. Luton,

Professeur suppléant de clinique interne à l'École de médecine de Reims.

École de médecine de Reims. — Sont nommés, à l'École préparatoire de Médecine et de pharmacie de Reims : 1° Professeur de physiologie (chaire transformée), M. Decés, professeur d'anatomie et de physiologie ; 2° professeur d'anatomie descriptive (chaire transformée), M. Doyen professeur adjoint de pathologie externe ; 3° professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. Maldan, professeur d'histoire naturelle et matière médicale ; 4° professeur d'histoire naturelle médicale (chaire transformée), M. Lemoine, suppléant, en remplacement de M. Maldan ; 5° professeur adjoint de pathologie externe, M. Luton, suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Doyen; 6° suppléant pour les chaires de médecine, M. Henrot, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Luton.

Guérison miraculeuse. — Une commission composée de quatre ecclésiastiques, instituée par M. l'évêque de Blois, vient de déclarer à l'unanimité, après enquête, que la guérison de Constance Létat, jeune fille de Blois qui a recouvré l'ouïe à Lourdes, *doit être regardée comme un miracle.*

Comment concilier ces deux faits : accroissement d'une part, allongement de l'autre? Pour moi, les deux résultats sont dus à une irritation du cartilage; cette irritation diffère d'intensité ; là est la cause de la différence d'effet. Dans le second cas, cette irritation est transmise à distance lentement, progressivement, et le rôle du cartilage, loin d'être enrayé, est augmenté.

Partant de ces données, je me suis demandé si l'on ne pourrait pas appliquer à la pratique chirurgicale les résultats expérimentaux que je viens d'énoncer. A Lyon, où les maladies osseuses sont si fréquentes, les occasions ne seraient pas rares de faire bénéficier quelques malades des avantages de ces procédés.

Un premier point consiste à respecter la moelle; ce tissu est trop susceptible, trop délicat, trop enclin à l'inflammation grave et étendue, pour qu'on ose y toucher. Mais, sans aller si loin, il est un moyen des plus simples, applicable, bien entendu, aux os superficiels et capable de déterminer une irritation bien suffisante : c'est le cautère placé au devant de la jambe ou sur le cubitus; la plaie est innocente, peu douloureuse et, en raison même de son nom, facilement acceptée par les malades.

J'ai dans mon service une jeune fille entrée pour une ostéite juxta-épiphysaire qui avait laissé à sa suite une flexion presque complète de la jambe sur la cuisse, une ankylose apparente avec atrophie de tout le membre. Après redressement, on trouvait entre les tibias une différence de 24 millimètres. J'appliquai alors au devant de la jambe une traînée de pâte de Vienne, puis de la pâte de Canquoin ; il survint une exfoliation d'environ 1 centimètre carré et un épaississement très-notable du tibia. Au bout de cinq semaines, on constatait déjà un peu d'allongement, et après trois mois nous n'avions plus que 13 millimètres de différence entre les deux os ; je dois le dire, cette différence n'a pas changé depuis un mois.

Je préfère de beaucoup l'application de ce cautère, qui est sans danger, sans importance, au grattage, au poinçon, dont la manœuvre est toujours plus douloureuse et plus dangereuse.

Dans quels cas ces procédés seront-ils applicables? Dans tous ceux où il y aura arrêt d'accroissement déterminant une gêne sérieuse pour la marche, et malheureusement ces cas sont encore trop nombreux ; exemple, les arrêts qui surviennent à la suite d'ostéites juxta-épiphysaires, dans les cas d'atrophie paralytique de l'enfance, etc.

J'irrite le tibia plutôt que le péroné, parce que c'est un os plus fort, et pour une autre raison que voici : l'étude des ostéites prouve qu'à la suite des allongements de l'os il n'y a jamais de déviation du pied, et que le péroné est entraîné ; il se luxe en haut et descend avec le tibia.

Tels sont les moyens applicables pour déterminer un allongement. Nous avons vu que, pour arrêter l'accroissement, il faut enlever le cartilage ; pareille opération est-elle possible chirurgicalement? Le voisinage du cartilage de conjugaison et des articulations la rend plus grave et plus sérieuse ; aussi ne pourra-t-on l'employer que pour certaines extrémités osseuses, en usant de prudence et de circonspection. Il n'est pas besoin du reste d'enlever le cartilage en entier; pourvu qu'une portion notable soit broyée, détruite, l'effet sera obtenu.

J'ai pratiqué deux fois cette opération ; un de mes malades a été perdu de vue ; le second était un jeune homme de quatorze ans atteint d'ostéite suppurée du radius avec altération du cartilage, ayant déterminé un arrêt d'accroissement de l'os. Le cubitus croissant toujours, la main s'inclinait sur le côté externe et le membre se déformait tous les jours de plus en plus. Aucun appareil ne parvenait à arrêter la marche de cette inclinaison, je cherchai à arrêter l'accroissement du cubitus ; j'enlevai un tiers du cartilage de conjugaison, je broyai le reste. Après trois mois, la main se redressa. Vous voyez, par le moulage à deux époques différentes, avant et et douze mois après l'opératin, les résultats remarquables qui ont été obtenus.

Cette application, suivie de succès, pourra être mise à contribution dans des cas analogues; il suffit d'agir avec prudence. Je me résume en disant que les procédés expérimentaux institués pour arrêter ou activer l'accroissement des os peuvent être mis en pratique dans l'exercice de la chirurgie sans danger pour la vie des malades.

(M. Ollier fait passer sous les yeux des membres de la section divers moulages ou pièces pathologiques qui confirment pleinement les résultats énoncés ci-dessus.)

— M. *Chauveau* a la parole pour une communication sur la *transmission de la tuberculose par les voies digestives*, fondée sur des expériences nouvelles.

Ce n'est point, à proprement parler, dit M. Chauveau, une communication que je veux faire, c'est une invitation à tous les membres de la section à concourir avec moi à la réalisation d'une expérience préparée depuis quelque temps en vue de cette réunion. Cette question de la transmission de la tuberculose a une si grande importance au point de vue de l'hygiène, qu'il faut se fixer le plus tôt possible sur sa réalité. Du très grand nombre de matériaux que j'ai amassés, j'ai obtenu quelques résultats : ces résultats ont été indiqués sommairement (Société de médecine de Lyon, Lettre à M. Villemin, *Gazette hebdomadaire*), et ils ont été contestés; aussi ai-je voulu vous faire juges de la question.

Disons tout d'abord que ces expériences, pour être concluantes, ne doivent se faire que chez des animaux susceptibles d'avoir la tuberculose, et parmi ceux-ci je signale l'espèce bovine. Or, si l'on prend 100 jeunes animaux issus de parents sains, vigoureux, et si on les autopsie, on n'en trouvera peut-être pas un seul porteur du germe tuberculeux, tandis que j'affirme, je ne crains pas de m'avancer autant, j'affirme que, sur ces 100 animaux ayant avalé, même en petite quantité, de la matière tuberculeuse, on n'en trouvera pas un seul peut-être qui ne présente le germe de tuberculisation au moins dans un certain nombre d'organes ; beaucoup d'entre eux auront pris la maladie très-complète. J'appuie cette affirmation sur un très-grand nombre d'expériences.

Voici maintenant celle dont je compte vous rendre juges et témoins : j'ai fait acheter en Bresse quatre veaux de lait de six semaines environ, et à peu près d'égale force, sauf un qui paraît plus vigoureux que les autres. Ces animaux ont été amenés à l'école vétérinaire le 17 juin et gardés jusqu'au 25 juin pour les habituer à leur nouveau régime. Le changement d'habitudes et de nourriture n'ayant modifié en rien leur état de santé, je fais avaler le 25 juin aux deux plus vigoureux d'entre eux une petite quantité (10 à 15 grammes) de matière tuberculeuse de poumons de vache; cette matière prise un peu partout à la surface des poumons, des bronches, dans les ganglions bronchiques, est agitée avec de l'eau; on laisse déposer et l'on fait avaler.

26 et 30 juin, deuxième et troisième ingestions.

6 juillet, quatrième ingestion, mais cette fois en pâte.

Pendant cinq semaines, ces animaux se sont très-bien portés ; on n'a observé chez eux aucun phénomène maladif. L'un d'eux, à la seconde ingestion de matière tuberculeuse, a été pris de diarrhée qui n'a duré qu'un jour.

Ainsi donc, premier point, le résultat immédiat de l'ingestion de matière tuberculeuse sur le tube digestif et sur l'appareil respiratoire, si l'on admet qu'il en pénètre, est nul ; cette ingestion est inerte. Mais le résultat secondaire ultérieur est tout autre.

A ce moment, c'est-à-dire au soixantième jour, sur ces deux animaux je crois qu'on trouvera une tuberculose évidente. L'un a maigri, il est plus faible que le veau qu'il dépassait en force avant l'expérience ; il a de la peine à avaler, a la gorge empâtée; on sent manifestement un ganglion sous-maxillaire et des ganglions rétro-pharyngiens : il y a tuberculisation ganglionnaire. Le second paraît se porter bien ; il est vrai qu'au début la tuberculose intestinale ou mésentérique est mal caractérisée et se reconnaît difficilement.

Je me propose, pour vérifier les résultats obtenus, les autopsier devant vous; nous constaterons ensemble ce qu'il y a ou ce qu'il n'y a pas.

(Sur le désir exprimé par M. Chauveau, une commission de cinq membres est nommée pour dresser procès-verbal de l'autopsie qui doit avoir lieu dimanche à neuf heures dans le laboratoire du professeur à l'École vétérinaire. Les membres de la commission sont : MM. Leudet, Perroud, Boudet, Tripier et Muron.)

— M. *J. Gayet* (de Lyon) lit un mémoire sur la régénération du cristallin; il a pratiqué relativement à cette régénération des expériences analogues à celles qui ont été faites par MM. Milliot et Philippeaux, avec des résultats comparables aux leurs, soit au point de vue de la forme générale, soit sous le rapport de la composition histologique. Il a cherché dans l'emploi de la balance un moyen de contrôle qui pût donner à ses études un caractère de précision plus grande que dans les autres, en comparant la somme des poids du cristallin primitivement extrait et du cristallin nouvellement formé avec le poids de l'autre œil demeuré intact : ces deux poids se sont trouvés presque sensiblement égaux, à 30 milligrammes près. A part une exception peu importante, sur un total de quatorze expériences complétement exposées dans un tableau synoptique, il résulte pour l'auteur que ce qu'on a regardé jusqu'aujourd'hui comme des cristallins régénérés n'était autre chose que le complément du développement du cristallin primitif qu'on avait extrait à un âge où l'animal n'avait pas encore atteint son accroissement complet.

Cette conclusion générale, qui est en opposition avec celle des premiers expérimentateurs, concorde avec les faits cliniques dans lesquels on n'a jamais vu de reproduction après l'abaissement ou l'extraction de la lentille.

— M. *Gayet* (de Lyon) vient présenter une *modification légère dans un temps de l'opération de la cataracte*. J'ai pratiqué, dit-il, 216 cataractes l'an dernier; cette année, déjà plus de 150, toujours par le procédé de de Graefe et en maintenant l'iridectomie. Je me suis attaché surtout à un point, l'étude de l'acuité visuelle; c'est en effet ce résultat qui doit surtout préoccuper. Or, le manque ou l'imperfection de cette acuité visuelle sont dus à l'altération de la capsule; en examinant le champ pupillaire quelque temps après l'opération, on le voit plus ou moins rempli par des débris de capsule, et je n'ai jamais rencontré, même dans les cas les plus heureux, un champ pupillaire parfaitement net.

Préoccupés de ces inconvénients, Richter, Beer, avaient songé à enlever la capsule, Sperino et Pagenstecher mirent cette opération en pratique; mais, pour mon compte, je la repousse comme dangereuse.

En remarquant la forme des opacités et leur siége sur la cristalloïde antérieure, je me suis demandé s'il n'y avait pas avantage à conserver le plus possible l'intégrité de la capsule, et faire sortir le cristallin par le bord équatorial. La chose est possible et même assez facile ; une pression sur le centre de la cornée amène le bord du cristallin près des lèvres de la plaie en le faisant saillir d'environ 2 millimètres. Cette saillie permet de le ponctionner facilement en pratiquant l'incision scléroticale. La cristalloïde ouverte dans ces conditions, le cristallin sort avec facilité et tout entier; on vide ainsi la capsule très-complétement.

Chez plusieurs malades que j'ai opérés ainsi, l'acuité visuelle était très-bien conservée ; un d'entre eux notamment avait un champ pupillaire d'une pureté absolue et lisait le n° 1 de l'échelle de Giraud-Teulon avec du 2 1/2.

Disons-le, ce procédé n'est applicable que lorsque la cristalloïde est intacte; il présente de plus un léger inconvénient, c'est celui d'obliger à confier la pince fixatrice à un aide, l'opérateur ayant à tenir le couteau et à presser sur la cornée pour faciliter la manœuvre indiquée.

Quoique ne reposant pas sur un très-grand nombre de faits, ces résultats m'ont paru assez importants pour être signalés, en faisant toutefois les réserves que commande une étude encore incomplète.

— M. *Foltz* lit un long mémoire sur la *comparaison du pied et de la main suivant l'homologie du pouce avec les derniers orteils*. Pour M. Foltz, l'opinion qui fait du gros orteil l'homologue du pouce est fausse ; cette opinion, défendue par de nombreux anatomistes, Cruveilhier, Bourgery, Blainville, etc., part de ce fait, entre autres, que l'humérus est tordu sur lui-même ; or, cette torsion est imaginaire. Le professeur de Lyon n'admet pas non plus que le pouce soit l'homologue du petit orteil, comme l'ont avancé Raspail et Wimann en Amérique. Pour lui, le pouce est l'homologue des deux derniers orteils; cette formule est connexe de le suivante : le pouce est binaire et répond aux deux derniers orteils. Pour appuyer sa manière de voir, l'auteur trouve ses arguments dans la disposition symétrique des muscles, des artères, etc. Les os, les muscles sont en connexion intime à la main et au pied. Enfin, en dehors de cette similitude il y a les preuves fournies par les exemples de polydactylie. M. Foltz en présente plusieurs échantillons très-curieux.

La séance est levée à midi.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 22 AOUT 1873, A UNE HEURE. — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE L'AMOUR : MM. DIDAY ET BLANC. — DE LA TORSION DE L'HUMÉRUS : MM. MARTINS ET FOLTZ. — DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET DE LA SCIATIQUE : M. LEUDET. — STATION PRÉHISTORIQUE DE SOLUTRÉ : M. DUCROT ET ARCELIN.

A l'ouverture de la séance, M. *Diday* a la parole pour la lecture d'un mémoire *sur une théorie physiologique de l'amour*. Le titre du mémoire, le nom de l'auteur, avaient vivement éveillé la curiosité, et l'auditoire est nombreux, malgré le court intervalle qui a séparé les deux séances. Il nous est difficile de donner un aperçu de cette communication, rédigée avec tout l'esprit et le talent que l'on connaît; nous renvoyons nos lecteurs aux comptes rendus de l'Association. Qu'il nous suffise d'énoncer le point de vue auquel M. Diday envisage son sujet.

L'homme et la femme, dit-il, comprennent l'amour chacun à sa manière, et l'un et l'autre croit être dans le vrai. Y a-t-il une raison physiologique de cette différence? Oui. Tout indique en effet l'existence de deux penchants distincts inhérents chacun à l'une des moitiés du couple humain. D'un côté, chez l'homme, c'est le rôle actif, le pouvoir fécondant; de l'autre, l'acte gestateur et éducateur. C'est dans ces deux fonctions opposées qu'on trouve la raison de ces manières d'envisager l'amour différentes dans l'un et l'autre sexe.

Au sujet de cette communication, M. le docteur *Blanc* demande à signaler un fait de physiologie sur les organes génitaux de la femme. Il est généralement admis que la sensation voluptueuse réside plutôt dans le clitoris que dans les petites lèvres; or, pendant ses voyages il a observé que, chez certaines tribus de la mer Rouge, à la naissance des filles, on coupe les petites lèvres et l'on suture ensemble les deux parties au moyen de branchages légers; ces femmes passent pour être peu portées aux plaisirs de l'amour et fort peu voluptueuses, tandis que chez les Abyssins, où l'on excise le clitoris, laissant les petites lèvres, les femmes sont très-ardentes et très-passionnées.

— M. le professeur *Martins* a la parole sur la communication de M. Foltz. M. Foltz, dit-il, a prétendu que la torsion de l'humérus était imaginaire; loin d'être une apparence, c'est une réalité. Toutes les parties molles sont disposées comme s'il était tordu, et il l'est. L'os se tord de plus en plus à mesure que le sujet avance en âge ; de 121 degrés, il arrive à 168; autrefois j'appelais cette torsion virtuelle, elle est vraie ; je n'en veux pour preuves que les recherches très-positives de

Gegenbaüer. Le trajet du nerf radial contourne en hélice l'humérus; or, c'est le seul nerf qui ait un trajet semblable; c'est donc une confirmation de cette torsion de l'os. Enfin, chez le nègre, qui est un Européen infantile, l'humérus est moins tordu. Du reste, la question est insoluble par l'homme seul; il faut avoir recours à l'anatomie comparée. Or, on voit chez les mammifères que le tibia représente le radius, et plus le péroné s'amincit plus le tibia grossit, et surtout le chapiteau du tibia. Chez les mammifères inférieurs, on trouve un tibia égal au péroné, rond, sans crête.

Le point le plus saillant est la différence des nerfs au bras et à la cuisse; mais si l'on opère une torsion fictive dans l'axe du fémur, on voit que les nerfs prennent la position des nerfs du bras. Aucun des nerfs de la cuisse ne représente intégralement un nerf du bras tout entier; les filets, en sortant des plexus, se sont répartis d'une manière différente pour former les tissus nerveux; l'un des systèmes nerveux n'est que la répétition de l'autre.

M. *Foltz* dit que chez le fœtus, le système osseux est beaucoup plus rectiligne que chez l'adulte; la torsion de l'humérus n'est au plus que de 7 à 8 degrés.

— M. *Leudet* (de Rouen) lit un manuscrit sur l'*utilité de la physiologie pathologique* démontrée par l'étude de la névralgie sciatique.

Bien que nous devions à la physiologie la plupart des notions actuelles sur les fonctions sensitives des nerfs, il subsiste encore plusieurs desiderata, et c'est sans doute une des raisons qui laissent tant de lacunes dans l'histoire des névralgies. C'est à la clinique, dans ces conditions d'obscurité, qu'il faut s'adresser; elle nous permettra d'indiquer quelques points qui me paraissent démontrer que les sensations morbides dans les nerfs sont loin de suivre constamment des lois fixes et invariables qu'on avait empruntées à un certain nombre d'expériences sur les animaux.

Tout en permettant le plus souvent par leur topographie de reconnaître les nerfs affectés, les douleurs s'y propagent tout autrement qu'on ne supposerait d'après les lois connues de la sensibilité. Ce qu'il y a de frappant dans ces caractères de la névralgie, c'est que la sensation perçue n'est pas seulement rapportée à la périphérie du nerf, mais aussi au milieu de son trajet; par conséquent il est survenu dans ce nerf une altération qui le soustrait à la loi de la conductibilité excentrique.

L'étude des symptômes, les effets thérapeutiques indiquent que certaines sciatiques dépendent d'une modification dans la circulation capillaire des nerfs, d'une modification dans le sang.

Sans cesser d'être locales, les sciatiques peuvent s'accompagner de troubles de la sensibilité exagérés ou diminués, de troubles dits nutritifs, herpès, érythème, gangrène, etc.

La lésion du nerf sciatique peut être fugace, susceptible d'une guérison rapide; d'autres fois le nerf s'altère dans son névrilème, dans les tubes nerveux; cette atrophie peut demeurer locale.

D'autres sciatiques résultent de lésions des centres; dans certains cas, le centre devient le moyen de transmission de l'irritation. D'autres fois le nerf est douloureux à la suite d'une lésion centrale. Enfin, dans quelques cas la lésion du nerf se propage au centre et s'altère d'une manière permanente.

La séance est levée à trois heures pour permettre aux membres d'assister à la *séance générale*.

P. S. Ce même jour, samedi 23 août, à six heures du matin, deux cents membres de l'association partaient en train spécial pour la *station préhistorique de Solutré* (Saône-et-Loire). La veille, dans la séance générale, M. l'abbé Ducrot avait donné quelques détails historiques et scientifiques sur l'excursion. Reçus à la gare de Mâcon par une députation du Conseil général du département, les visiteurs se sont rendus en voiture au village de Solutré. Des fouilles avaient été exécutées les jours précédents et en leur présence on a découvert de nouveaux gisements et même un cadavre. Des explications ont été données par M. Ancelin.

Bien que cela sorte un peu du cadre médical, je ne puis passer sous silence la généreuse hospitalité offerte à tous les membres du congrès dans sa propriété de Neuville-sur-Saône, par un riche industriel et artiste de Lyon, M. Émile Guinet. Un grand banquet attendait les visiteurs à leur arrivée et un concert vocal charmait les loisirs de ceux que le magnifique repas, offert à Solutré, laissait attentifs aux charmes de la musique.

JOURNÉE DU 24 AOUT.

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PAR LES VOIES DIGESTIVES : M. CHAUVEAU ET LA COMMISSION.

Le dimanche matin plusieurs membres de la section médicale assistaient avec la commission, nommée l'avant-veille à cet effet, à l'examen des expériences relatives à la *transmission de la tuberculose par les voies digestives*. Sans anticiper sur le rapport qui doit être présenté par M. Perraud, nous mentionnerons les principaux résultats que tous les assistants ont pu vérifier.

Les quatre animaux ont été abattus dans un des amphithéâtre de l'École vétérinaire et l'autopsie en a été immédiatement pratiquée. Le premier veau examiné était un de ceux qui avaient avalé à quatre reprises différentes de la matière tuberculeuse; M. Chauveau, comme nous l'avons dit, avait diagnostiqué sur le vivant des lésions ganglionnaires en raison de l'amaigrissement, de l'état maladif du sujet, de la gêne pour avaler et du gonflement des ganglions sous-maxillaires. En effet ces deux ganglions enlevés sont reconnus malades; on trouve une série de points caséeux, blanchâtres, formant lisérés à la périphérie. Dans la région rétro-pharyngienne, deux énormes ganglions donnent l'explication de cette gêne pour avaler et du léger cornage que présentait l'animal. Ces ganglions ont décuplé de volume; ils donnent au toucher, suivant la très-heureuse comparaison de M. Verneuil, la sensation d'un testicule tuberculeux pris en masse. A la coupe, cette comparaison peut encore être appliquée; ce sont en effet des masses caséeuses, ramollies en plusieurs points, avec quelques parties ulcérées formant cavernes, d'où l'on exprime un pus blanc, jaunâtre.

Ces mêmes altérations se rencontrent à un degré plus ou moins avancé sur la plupart des ganglions mésentériques, médiastinaux et bronchiques. L'intestin présente au niveau de deux plaques de Peyer trois à quatre petits foyers avec ulcération. Sur les deux poumons, principalement sur le poumon droit, on trouve de petits foyers caséeux, en petit nombre relativement à l'intensité de la lésion ganglionnaire, siégeant à la superficie de l'organe.

Un deuxième animal (parmi ceux qui n'ont pas ingéré de la matière tuberculeuse) est sacrifié; les ganglions mésentériques sous-maxillaires sont sains; mais quelques ganglions médiastinaux et bronchiques sont atteints; on trouve également quelques foyers dans le poumon.

Le troisième animal (non inoculé) présente des lésions à peu près identiques au second, toujours localisées à l'appareil respiratoire.

Le quatrième enfin, qui avait été, comme le premier, soumis à l'ingestion de matière tuberculeuse, offre des lésions ganglionnaires multiples comme le premier, quoique à un degré moindre. Disons aussi que cet animal est beaucoup plus fort et plus vigoureux que les trois autres. L'intestin offre une ou deux plaques de Peyer avec points caséeux.

Tels sont les résultats que nous exposons d'après ce que nous avons vu, ne voulant en rien engager dans cet exposé. peut-être incomplet, la personnalité de l'éminent professeur. Un rapport détaillé doit être lu un de ces jours à la section.

Les faits, tels qu'ils se sont présentés, ne paraissent pas au premier abord aussi concluants qu'on pouvait l'espérer. Mais, comme le disait M. Chauveau, cela ne fait que confirmer un

fait dont il a des preuves irrécusables, la tuberculose congénitale; sur deux fœtus nés de parents tuberculeux, il a trouvé en effet tous les signes de lésions pulmonaires tuberculeuses. Du reste, la différence des lésions dans les deux cas nous paraît de nature à entraîner toute conviction, en faisant cette réserve que l'inoculation ou, pour mieux dire, l'ingestion de matière tuberculeuse paraît affecter surtout le système lymphatique. La généralisation de la maladie à ce système est en effet des plus remarquables.

De nouvelles expériences, quoique celles-ci soient loin d'être les premières, viendront, nous l'espérons, confirmer les théories exposées par le savant physiologiste sur un sujet aussi controversé (1).

SÉANCE DU 25 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

REDRESSEMENT BRUSQUE DU GENOU EN DEDANS : M. DELORE. — TRAITEMENT DU CHOLÉRA : M. BLANC.

M. le professeur *Verneuil*, après avoir déclaré la séance ouverte, cède le fauteuil de la présidence à M. Courty.

La correspondance comprend l'envoi de deux mémoires, l'un de M. *Segay*, l'autre de M. *Bonnafont*, destinés, en l'absence de leurs auteurs, à être analysés et présentés par M. le secrétaire.

La parole est donnée à M. *Delore* pour une communication sur le *Redressement brusque du genou en dedans*.

Le genou en dedans, dit l'orateur, s'observe très-communément à Lyon, où le rachitisme et la scrofule règnent sur une vaste étendue. On trouve à l'examen d'un membre atteint de genou en dedans, la courbure postérieure du fémur exagérée, un abaissement de la tubérosité interne, abaissement qui atteint jusqu'à 4 à 5 centimètres. En faisant fléchir la cuisse sur le bassin, cette déformation devient des plus apparentes.

Au tibia, on trouve également une courbure exagérée qui concourt au déjettement du pied en dehors. Ces deux incurvations réunies, tibia et fémur, forment une grande courbure fournie moitié par la cuisse, moitié par le bassin.

Pour remédier à ces déformations, on a songé à employer des appareils; ils empêchent la déformation de se prononcer davantage, mais ils ne la guérissent pas. Blanc, orthopédiste lyonnais, avait imaginé, sans grand succès, de profiter du mouvement en dedans qui se produit dans l'articulation du genou pendant la marche pour guérir le genou en dedans.

Un second moyen consiste dans le redressement lent; c'est un procédé peu applicable, en raison du long séjour au lit nécessité pour sa réussite. Les enfants s'affaiblissent et sont, en outre, par ce séjour prolongé dans les hôpitaux, exposés à contracter une infinité de maladies.

M. Delove emploie le redressement brusque; il l'a pratiqué environ 350 fois, sans avoir jamais d'accidents. Il ne faut pas le faire sur des sujets d'un certain âge (au-dessus de quinze, seize ans), le traumatisme peut alors devenir grave; il l'a cependant fait sur un garçon de vingt ans, et le traitement a si bien réussi que le malade a servi comme mobile pendant la dernière guerre. Il ne l'entreprendrait pas non plus sur des enfants trop débiles; il faut que le sujet ait une certaine vigueur.

Voici comment il exécute ce redressement : l'enfant étant éthérisé (le chloroforme, on le sait, est absolument proscrit à Lyon; à tort, car il me semble avoir entendu parler ces jours-ci d'un cas de mort par l'éther), l'enfant dis-je, étant éthérisé, le membre dévié est étendu sur le bord externe et fixé par un aide. Le chirurgien, par des violences manuelles, progressives et méthodiques, presse sur le genou, en s'aidant, au besoin, du poids de la poitrine; ces efforts sont continués pendant cinq, dix, vingt minutes, suivant la résistance, jusqu'à ce que l'on sente le membre céder. Pendant ces manœuvres, il se produit des craquements dus à des déchirures du périoste, à des décollements osseux. Jamais il n'y a eu de fracture, excepté dans un seul cas, où l'on perçut pendant plusieurs jours la crépitation.

Comment se produit ce redressement? Plusieurs causes y concourent : d'abord la laxité des ligaments, d'autant plus grande que la déformation est plus prononcée; ensuite l'élasticité particulière des os chez les rachitiques, les décollements du périoste, décollements qui remontent quelquefois à une assez grande hauteur. Une dernière cause, de beaucoup la plus importante, est le décollement épiphysaire, qui se produit sur le fémur ou le tibia, ou sur les deux os à la fois, parfois même au péroné; c'est à ce décollement que sont dus ces craquements que l'on entend pendant les manœuvres de redressement. En même temps et sur le côté opposé de l'extrémité inférieure du fémur il se produit un tassement.

Pour maintemir le redressement, il suffit d'un bandage amidonné bien appliqué; les suites locales sont simples; la cicatrisation se fait régulièrement; et après un mois, cinq semaines, le membre est redressé sans autre inconvénient. Le rétablissement des mouvements se fait toujours très-bien et M. Delore n'a jamais vu, à la suite de cette opération, l'allongement du membre être entravé en quoi que ce soit.

— M. le docteur *Blanc*, chirurgien de l'armée britannique, lit un travail sur le *Traitement du choléra*. Dans la séance générale de l'avant-veille, il avait fait part à l'assemblée de quelques moyens prophylactiques généraux, parmi lesquels il place en première ligne l'usage d'une eau potable de parfaite qualité, persuadé que c'est là un des moyens de propagation les plus considérables de cette terrible maladie. Il fait connaître aujourd'hui le mode de traitement le plus employé dans les Indes et dont il a eu personnellement le plus à se louer.

Dans le traitement du choléra, dit-il, il faut avoir grand soin de faire la distinction de quatre périodes qui sont : la première, une période de malaises; la deuxième, de diarrhée dite cholériforme; la troisième de période algide, de collapsus; et enfin la quatrième, de réaction. Nous ne relevons que ce qui concerne le moyen de combattre l'élément putride et infectant. L'agent qui a semblé, d'après M. Blanc, offrir les plus grands avantages, est le chlorure d'alumine. Non-seulement il prescrit l'addition de ce sels aux excréments, mais il l'administre encore à l'intérieur, par la bouche et en lavements avec de la glace.

A. Cartaz.

(*La suite au prochain numéro.*)

P. S. — Nous recevons à la dernière heure le télégramme suivant : « Congrès l'année prochaine à Lille. Vice-président, d'Eichthal; vice-secrétaire, Ollier. »

— Le *Journal de Lyon* annonce que la ville de Genève vient d'adresser à l'Association pour l'avancement des sciences une invitation à une réception qui aura lieu vendredi et qui promet d'être splendide. On offrira le vin d'honneur à l'arrivée des membres. L'Association fera ensuite une promenade autour du lac sur un vapeur qui sera mis à sa disposition. Enfin les membres sont invités à un banquet chez M. Verne.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera. — M. *H. Peyraud* adresse une nouvelle note intitulée : Action toxique des infusions d'absinthe et de tanaisie sur le phylloxera; M. *Fauconnet* une note relative à d'autres procédés de destruction du *Phylloxera*, et MM. *Planchon* et *Lichtenstein* une brochure *sur le phylloxera de 1854 à 1873*.

Eaux minérales. — M. *Garrigou* adresse une brochure intitulée : Généralités sur les eaux minérales des Pyrénées.

Variations de l'hémoglobine dans les maladies. Note de

(1) Renseignements pris ultérieurement, M. Chauveau a appris que, malgré ses ordres formels et en son absence, les animaux avaient été nourris dans le même vase.

M. *Quinquaud*. — « Le chiffre de l'hémoglobine, dosée par la détermination de la quantité maximum d'oxygène absorbé par le sang chez un individu robuste, s'élève de 125 à 130 grammes pour 1000 grammes de sang; chez quelques sujets on trouve 115 grammes sans qu'il en résulte d'état pathologique bien net. Les variations de l'hémoglobine dans les maladies sont nombreuses, et leur étude nous a conduit à certaines déductions qui peuvent servir au diagnostic et au pronostic : 1° le cancer, la chlorose, parfois la phthisie tuberculeuse au troisième degré, sont les maladies qui abaissent le plus le chiffre de l'hémoglobine; 2° lorsque, dans un cas de maladie fébrile aiguë, on hésite entre une fièvre typhoïde et une granulie aiguë, le chiffre de l'hémoglobine est un élément sérieux pour le diagnostic : dans la fièvre typhoïde au douzième jour, l'hémoglobine ne descend guère au-dessous de 115, tandis qu'à pareille époque dans la granulie elle est à 90; 3° dans les cas de certaines tumeurs viscérales, l'hémoglobine peut également servir au diagnostic; ainsi dans la carcinome elle tombe à 40 et même à 38, tandis que dans les autres tumeurs (kystes, tumeurs fibreuses), elle reste aux environs de 80; 4° lorsque chez une femme on hésite entre la chlorose et une tuberculose au premier degré, le dosage de l'hémoglobine peut servir à faire le diagnostic différentiel; ainsi, en moyenne, dans la chlorose l'hémoglobine descend à 57 et la tuberculose à 100 environ; 5° quant à la fièvre typhoïde survenue chez un sujet bien portant, l'hémoglobine tombe à 96, le pronostic est grave. »

SÉANCE DU 18 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND

PHYLLOXERA. — MM. *J. E. Planchon* et *J. Lichtenstein* adressent une note sur la marche de proche en proche du *Phylloxera*.

MAGNÉTISME. — M. *Riche* adresse, de Colmar, une note sur des expériences à effectuer concernant l'action du magnétisme sur les organismes vivants. (*Comm. :* MM. Cl. Bernard, E. Becquerel, Jamin.)

CHOLÉRA. — M. *Ch. Tellier* adresse une note sur l'emploi de moyens préventifs contre le choléra. (Renvoi à la commission du *legs Bréant*.)

VARIATIONS DE L'URÉE SOUS L'INFLUENCE DE LA CAFÉINE, DU CAFÉ ET DU THÉ. Note de M. *Rabuteau*. — Dans la séance du 4 août dernier, M. Roux a présenté à l'Académie les résultats d'expériences tendant à démontrer que le café et le thé augmentent l'urée. Ces résultats étant en opposition avec ceux de M. Rabuteau, il a fait, avec M. Eustradiadès (de Smyrne), des recherches nouvelles.

L'expérience faite par M. Eustradiadès avec la caféine a duré cinq semaines, pendant lesquelles il a suivi un régime moyennement azoté et aussi identique que possible, avec cette différence que, pendant les semaines d'ordre pair, c'est-à-dire la deuxième et la quatrième, il a pris chaque jour la caféine à la dose de 15 centigrammes d'abord, puis, plus tard, à la dose de 30 centigrammes en deux fois. La caféine, dissoute dans un demi-verre d'eau ordinaire, était ingérée le matin, une heure avant le déjeuner, quand il ne prenait que 15 centigrammes, et les autres jours à la même heure et, de plus, à dix heures du soir lorsqu'il en répétait la dose. 15 centigrammes de caféine ont diminué de 11 pour 100 l'urée rendue habituellement par l'expérimentateur, et 30 centigrammes de caféine l'ont diminuée de 28,2 pour 100.

Avec le café en infusion, la diminution de l'urée a été de 15,18 pour 100; en outre, la circulation a été ralentie.

L'expérience faite sur lui-même par M. Rabuteau a été divisée en cinq périodes de cinq jours chacune, pendant lesquelles il a suivi un régime identique, avec cette différence que pendant la deuxième période il a pris le matin, à midi et le soir, chaque fois une infusion de 5 grammes de thé hysan, et pendant la quatrième période il a pris de même une infusion de 5 grammes de café vert.

En prenant la moyenne des nombres 24gr,98, 25gr,00 et 26gr,18, on trouve le nombre 25gr,38, qui indique la moyenne de l'urée éliminée pendant le régime ordinaire. Or, en comparant ce dernier nombre et les chiffres 23gr,64 et 21gr,80 trouvés pendant la troisième et la quatrième période de l'expérience, on trouve que le thé, pris en infusion à la dose de 15 grammes par jour, n'a diminué l'urée que de 6,85 pour 100, tandis que le café vert pris à la même dose a diminué ce principe de 14,11 pour 100. Les effets observés se sont manifestés dès le jour où l'expérimentateur a pris ces deux substances, et ont disparu dès le moment où il a cessé d'en faire usage.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Gard pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de Saône-et-Loire, de la Côte-d'Or et du Gers. (*Commission de vaccine*). — *c*. La deuxième partie du Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique en France. — *d*. De nouveaux médicaments relatifs à une source que le sieur *Troupal* demande à exploiter dans le département du Gard. (*Commission des eaux minérales*.)

L'Académie reçoit un pli cacheté de M. *Davaine*. (*Accepté*.)

M. *Larrey* dépose sur le bureau, au nom de M. *Périer*, un travail intitulé : DES RACES DITES BERBÈRES ET DE LEUR ETHNOLOGIE

M. le Président annonce au début de la séance que l'Académie vient de perdre un de ses membres, *M. Ossian Henry*, qui est probablement mort. On ne sait pas encore exactement.

M. Belhomme prend ensuite la parole pour lire un travail intitulé : RECHERCHES SUR L'IMPORTANCE DES ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES POUR LE PROGRÈS DE LA PHILOSOPHIE ET DE LA SOCIOLOGIE.

Les conclusions de ce travail *original* sont : que la science physiologique est nécessaire pour la connaissance de nos fonctions physiques et morales, — que la philosophie est subordonnée à la science, — enfin, que pour prévenir de nouvelles révolutions, il faut un gouvernement ferme qui favorise la science, la religion, tous les principes d'équité, de justice et l'*ordre moral*. Ce dernier mot n'y est pas, mais certainement c'est un oubli.

M. *Chairou* communique à l'Académie *quelques considérations sur les brûlures faites par le pétrole*; étude clinique faite à l'occasion de l'épouvantable catastrophe arrivée à Rueil dans le courant du mois de juillet.

M. Chairou, qui a soigné les victimes, a étudié avec soin les affreux ravages que peut produire dans l'économie le pétrole enflammé.

Chez tous ces malheureux, il a constaté des brûlures plus ou moins étendues, et plus ou moins profondes, suivant que les flammes avait atteint les vêtements ou les parties découvertes : sur celles-ci, au visage, aux mains, aux bras, l'épiderme était complétement enlevé et par larges lambeaux. Chez un des blessés l'épiderme de la main avait été enlevé comme un gant, on le retrouva dans un seau. — Les ongles étaient déchaussés, les poils, les cheveux, les cils, la barbe, entièrement brûlés, ce qui donnait au visage des malades un aspect étrange.

Parmi les phénomènes généraux, M. Chairou signale la douleur qui, très-faible au moment de l'accident, devenait atroce au bout de quelques heures; — pas de strangurie comme on en trouve ordinairement dans les cas de brûlures très-étendues; — chez tous les blessés un frisson extrêmement violent, de véritables mouvements spasmodiques qui duraient plus ou moins longtemps, — une soif ardente, inextinguible, — des vomissements opiniâtres et extrêmement fatigants, — un délire presque continuel qui, chez quelques malades, dura jusqu'à la mort.

Un fait singulier sur lequel M. Chairou attire spécialement l'attention de l'Académie, c'est la régularité du pouls qui, après une secousse, et des émotions aussi violentes resta calme, régulier, et ne dépassa jamais 80 à 90 pulsations.

Chez d'autres, moins gravement atteints, la brûlure de la

face s'accompagna d'un gonflement énorme des parties atteintes — même tuméfaction aux mains et angioleucite des membres supérieurs, angioleucite peu grave du reste.

Un autre fait à noter, c'est que les blessés trouvaient une odeur et un goût de pétrole à tout ce qu'ils mangeaient ou avalaient; — quand ils fermaient les yeux ils étaient en proie à d'épouvantables cauchemars et se croyaient encore au milieu de la fournaise.

— Après cette intéressante communication qui a été écoutée avec beaucoup d'attention, M. *Demarquay* fait passer sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques d'une femme morte d'une *embolie* à la suite d'une *fracture de jambe*. Une courte discussion s'engage sur cette question, discussion à laquelle prennent part MM. Briquet, Larrey, Depaul, Demarquay, Bourdon et Moutard-Martin; chacun de ces messieurs cite un ou deux cas de guérison d'embolie, et l'on en conclut que, si le fait de la guérison est rare, il est au moins incontestable. La guérison dépendrait surtout du volume et de la consistance du caillot.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KÉRATOCOME — ULCÉRATION REBELLE DU MOLLET COMPLIQUÉE DE NÉVRALGIE.

M. *Abadie* lit une note sur un nouveau traitement chirurgical du kératocome. Cette singulière affection, qui occasionne chez ceux qui en sont atteints des troubles fonctionnels considérables, a été regardée longtemps comme au-dessus des ressources de l'art. Ce n'est que dans ces dernières années que Donders chercha à améliorer la vision de ces malades au moyen de disques sténopéiques. Il est évident, en effet, qu'en plaçant au-devant de l'œil un disque opaque percé d'une petite ouverture, on supprime ainsi l'influence de la cornée défectueuse; de telle sorte que dans ces conditions un œil dont la cornée est conique voit presque aussi bien qu'un œil normal.

C'est dans le même but que Bowman imagina de diminuer l'ouverture pupillaire en la transformant en une fente étroite, résultat qu'on obtient en enclavant l'iris aux deux extrémités du diamètre vertical de l'œil (iridodésis). Mais les dangers qui peuvent résulter plus tard de cet enclavement firent abandonner ce procédé. De Graefe eut alors l'ingénieuse idée de pratiquer une perte de substance dans le tissu cornéen, espérant que la rétraction de la cicatrice amènerait une diminution de la courbure. Ce procédé consiste à tailler un lambeau de 1 millimètre de diamètre au sommet du cône et comprenant les deux tiers de l'épaisseur de la cornée; les jours suivants, on touche avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent la surface de cette ulcération artificielle, de façon à en empêcher la cicatrisation trop rapide. Au bout de trois semaines à un mois, on cesse les cautérisations; la guérison s'effectue, et, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, la cornée perd sa forme conique et s'aplatit.

Au lieu de tailler un lambeau dans l'épaisseur de la cornée, M. Abadie enlève, au moyen d'un trépan oculaire, une rondelle de 1 millimètre 1/2 de diamètre, comprenant toute l'épaisseur du tissu cornéen. Cela fait, il introduit à travers cette large ouverture des ciseaux à iridectomie dans la chambre antérieure et sectionne l'iris dans toute sa largeur. Le traitement consécutif consiste simplement à tenir l'œil opéré pendant quinze jours sous un bandeau compressif. On obtient de la sorte un tissu cicatriciel dont la surface est plus large et l'épaisseur plus grande que dans le procédé de de Graefe et dont les effets de rétraction sont aussi plus considérables. On évite les cautérisations et enfin la fente pupillaire étroite résultant de l'iridotomie contre-balance au point de vue optique ce qu'il y a de fâcheux dans la position de la tache cicatricielle au-devant de la pupille.

M. Abadie lit l'observation d'un malade chez lequel il a appliqué ce procédé avec succès. L'acuité visuelle, inférieure d'abord à 1/10e, s'est élevée à 2/7e, et la lecture, auparavant impossible, se fait couramment à la distance de 12 centimètres.

— M. *Terrillon* fait une lecture sur certains ulcères rebelles du mollet compliqués de névralgie. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Lannelongue et Ledentu.)

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de toxicologie, par Dragendorff, professeur à l'université de Dorpat. Traduit, avec de nombreuses additions, et augmenté d'un Précis des autres questions de chimie légale, par E. Ritter, docteur ès sciences. — 1 vol. Paris, 1873. Savy, éditeur.

L'auteur indique nettement, au début de son livre, quel est le but qu'il se propose. Certainement il serait à désirer que les expertises médico-légales ne fussent confiées qu'à des experts voués spécialement à l'étude des difficiles questions qui se présentent devant les tribunaux. Nulle expérience, nulle habitude des opérations chimiques, nulle aptitude n'est trop grande pour la solution d'un problème où la vie d'un accusé, peut-être innocent, se trouve en jeu. Il n'en est malheureusement pas ainsi, et le juge est souvent obligé de confier l'expertise à des chimistes, qui, malgré une habileté incontestable, n'ont cependant pas fait exclusivement leur spécialité de ce genre de recherches. Le but de M. Dragendorff, en publiant son manuel, est précisément de venir en aide à l'expert, en rappelant à sa mémoire, sous une forme concise et claire, les procédés que l'expérience indique comme étant les meilleurs, sous le double rapport de la facilité de l'exécution et de la sûreté des résultats.

Dans certains pays d'outre-Rhin, les experts sont astreints à suivre d'une manière rigoureuse une marche qui leur est tracée et qu'ils ne doivent pas modifier. En France, un pareil système n'est pas adopté parce qu'il a le défaut de tous les programmes, qui peuvent bien au moment de leur création être au niveau de la science, mais que la marche incessante de celle-ci rend insuffisants le lendemain. Biot les comparaît très-justement à ces statues que les anciens plaçaient aux carrefours pour montrer leur route aux voyageurs, et dont la main indique encore aujourd'hui un chemin qui a depuis longtemps disparu.

Toutefois, il faut bien reconnaître que cette méthode facilite singulièrement la tâche de l'expert, qui hésiterait entre le choix des procédés s'il était livré à lui-même, et qu'il y a intérêt à connaître la marche préférée par une commission formée par les savants les plus compétents. Tel a été, par exemple, en France le résultat des travaux de la commission chargée par l'Académie des sciences d'examiner l'appareil de Marsh. Les conclusions contenues dans son savant rapport sont tellement bien établies qu'il ne viendra à l'esprit d'aucun expert de ne pas s'y conformer.

M. Dragendorff a exposé ces méthodes, et pour compléter son œuvre il a eu le soin d'indiquer les progrès récemment effectués, que ne pouvaient utiliser les anciens programmes, et dont quelques-uns sont une œuvre personnelle. Il insiste avec grande raison, selon nous, sur la nécessité de restreindre le rôle du chimiste à ce qui est exclusivement chimie. Tout ce qui peut faire germer dans l'esprit de l'expert une idée préconçue doit être écarté par lui; il ne doit consulter que ses réactifs et ne connaître de l'affaire que ce qui peut le guider dans ses recherches purement scientifiques.

L'auteur s'est associé à la traduction de son livre dans notre langue, de manière à le perfectionner. Il l'a soumis à une révision complète et enrichie des procédés nouveaux découverts depuis la première publication. Cette traduction peut donc être considérée comme une seconde édition originale à la hauteur actuelle de la science.

Le traducteur ne s'est pas borné à rendre avec clarté le texte original; il a fait les additions nécessaires pour mettre le livre en rapport avec la pharmacopée française, qui diffère de la pharmacopée russe. Ces additions sont placées entre crochets [ ] et faciles à distinguer du texte. Il a également complété quelques lacunes et, sur certains points rendu plus de justice aux toxicologistes français. Sous ce dernier rapport, le traducteur a eu parfaitement raison. Il n'est probablement aucune des personnes qui me font l'honneur de lire ces lignes qui n'ait été frappée de l'oubli presque complet des noms des savants français dans les livres publiés de l'autre côté du Rhin, tandis qu'à côté du fait le plus minime se trouve relaté le nom d'un savant allemand qui l'a découvert. En veut-on un exemple? Dès les premières pages j'apprends que « Schneider a démontré que l'acide arsénieux était facilement éliminé par le rein ». J'avoue humblement que jusqu'à ce jour j'attribuais cette découverte à mon maître Orfila, à qui je l'ai entendu répéter souvent dans les leçons qu'il faisait dans le petit amphithéâtre de l'École à propos de l'affaire Lafarge.

Le traducteur a en outre ajouté un chapitre spécial relatif à l'analyse des aliments, des boissons, des taches de sang et de sperme, à l'examen des écritures falsifiées et à celui du pétrole, qui peut devenir l'objet d'une expertise à cause des accidents que sa plus ou moins grande volatilité peut causer. Grâce à ces additions, l'ouvrage forme un tout aussi complet que possible, et qui peut suffire à l'expert pour résoudre les questions posées ordinairement par les magistrats.

P. Coulier.

VARIÉTÉS.

MUTATIONS DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DES PHARMACIENS DE SECONDE CLASSE.

Le Président de la république française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts;

Vu la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'enseignement de la médecine;

Vu le titre III de la loi du 21 germinal an XI, relatif au mode de réception des pharmaciens;

Vu l'article 188 du décret du 15 novembre 1811;

Vu les articles 55 et 61 de l'ordonnance du 17 février 1815;

Vu l'article 85 de la loi du 15 mars 1850;

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854;

Vu le titre III du règlement d'administration publique du 22 août 1854, et spécialement la disposition de l'article 19, portant que les officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe qui veulent exercer dans un autre département que celui pour lequel ils ont reçus doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude;

Vu l'avis du comité consultatif d'hygiène publique;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique dans sa séance du 21 juin 1873;

Le Conseil d'État entendu, décrète:

Art. 1er — Les officiers de santé et pharmaciens de 2e classe qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine, de l'École supérieure de pharmacie ou de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer.

Art. 2. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et le ministre de l'agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois*.

Fait à Versailles, le 23 août 1873.

Maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta.

Par le Président de la république:

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

A. Batbie.

Choléra. — Le choléra continue de faire en Allemagne d'assez nombreuses victimes. (Voy. au *Premier-Paris*.)

— On écrit de Pesth à la *Gazette de Francfort*: Trois Cours de justice en Hongrie ont ouvert les prisons existant dans leur ressort et ont donné la liberté à tous les prisonniers, même à ceux qui étaient condamnés pour crimes, dans la crainte que les prisons ne devinssent des foyers de choléra.

Le *Lloyd de Pesth* qualifie très-sévèrement cette mesure, qui a été prise, dit-il, sans motif suffisant.

— On lit dans la *Gazette officielle d'Italie*: — « Le ministre de l'intérieur, ayant constaté l'existence du choléra dans la ville de Gênes, arrête:

» Art. 1er. — Les navires partis du port de Gênes après le 1er août seront soumis, à leur arrivée dans les ports et échelles du littoral italien, au traitement sanitaire prescrit dans le tableau des quarantaines du royaume.

» Art. 2. — Les navires provenant des autres ports et échelles du golfe de Gênes, avec patente nette, et traversée sans maladie, seront admis en libre pratique, après une visite médicale préalable.

Art. 3. — Pour les navires partis de Gênes à destination des ports et des échelles de la Sicile, l'ordonnance de santé n° 7 (17 juillet 1873) reste en vigueur.

— Les préfets des provinces italiennes et les maires des villes situées sur la ligne entre la frontière française et Gênes ont publié une circulaire par laquelle ils recommandent à leurs administrés les précautions naturellement indiquées pour prévenir l'invasion de toute épidémie.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté en date du 22 août 1873, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire de médecine et toxicologie de la Faculté de Montpellier. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

M. Nélaton. — La maladie dont M. Nélaton est atteint depuis plusieurs années a pris, récemment, un caractère plus sérieux. Ces jours derniers, néanmoins, un peu d'amélioration s'était produit, grâce aux soins aussi intelligents que dévoués de M. Moutard-Martin. La nuit dernière a été agitée.

— Le *Journal de Genève*, raconte que M. Paul Ragier décédé à Belley le 24 juin dernier, a institué l'Hôpital cantonal de Genève son légataire universel. M. Ragier fait en outre différents legs de charité montant à la somme de 171 000 fr.

Exposition de Vienne. — *Instruments de chirurgie.* — Le *diplôme d'honneur*, le seul qui ait été donné aux fabricants français et étrangers, a été obtenu par M. Collin. Le même fabricant a obtenu également une *médaille de progrès* pour instruments et appareils de secours aux blessés, et une *médaille de collaboration* pour un de ses contre-maîtres.

Une *médaille de progrès* pour instruments et appareils de secours aux blessés, une autre *médaille de progrès* pour instruments de chirurgie, et une *médaille de coopération* ont été données à M. Mathieu.

Enfin une *médaille de mérite* a été attribuée à M. Guéride.

État sanitaire de Paris:

Du 17 au 23 août 1873, on a constaté, pour *Paris*, 841 décès, savoir:

Variole, 0. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 6. — Fièvre typhoïde, 14, — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 27. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 52. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 289. — Affections chroniques, 342, dont 141 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 16.

Sommaire. — **Paris.** Le choléra en Europe. — Le choléra au Havre. — Examens des officiers de santé. — **Travaux originaux.** Ophthalmologie: Quelques faits pour servir à l'histoire de l'extraction de la cataracte par l'incision dite linéaire, ou à petit lambeau, de la cornée, sans iridectomie. — **Congrès scientifiques.** Association française pour l'avancement des sciences. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Bibliographie.** Manuel de toxicologie. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Des médications paradoxales.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 4 septembre 1873.

LE CHOLÉRA A ROUEN ET AU HAVRE.

Le journal LE HAVRE traite d'imaginaires les détails donnés par la GAZETTE HEBDOMADAIRE sur le choléra du Havre. Nous ne ferons à l'optimisme du HAVRE d'autre réponse que la suivante :

« C'est vers la fin du mois de juillet que les premiers cas de choléra ont attiré l'attention du corps médical du Havre, et c'est au commencement du mois suivant que, l'épidémie ayant été confirmée, l'administration des hospices a pris des mesures pour isoler les cholériques des autres malades. Quelques jours après, c'est-à-dire le 8 août, des cas non douteux étaien observés à Rouen, soit dans la ville, soit dans les hôpitaux. A l'Hospice Général de cette ville, situé dans un quartier populeux et malsain, un grand nombre de malades atteints de cette affection ont été admis. Voici, du reste, le relevé qui nous a été communiqué hier par les soins de MM. les internes de l'établissement :

Du 8 août au 2 septembre ont été admis :

Hommes	39
Femmes	23
Enfants	11
Total	73

Ont succombé, 45. — Sont aujourd'hui en traitement, 28.

A l'Hôtel-Dieu, situé dans la partie la plus saine et la mieux habitée de la ville, les admissions ont été beaucoup moins nombreuses et la mortalité moins considérable. Le 2 septembre cet établissement ne contenait que 10 cholériques, tous dans un état qui permettait d'espérer leur guérison.

Depuis le milieu de la semaine dernière, le nombre des personnes atteintes a sensiblement diminué, et les cas n'ont pas présenté autant de gravité.

Quant au Havre, nous avons eu également un changement favorable à noter depuis quelques jours. Faut-il l'attribuer à une forte et fraîche brise du sud-ouest qui n'a pas cessé de souffler pendant toute la semaine dernière? Nous avons déjà dit que jusqu'à présent l'état sanitaire n'avait nullement été en rapport avec l'état atmosphérique, et que l'extension de l'épidémie avait justement coïncidé avec l'abaissement de la température.

A l'hôpital, le nombre des entrées a un peu diminué. Sont en ce moment (2 septembre) en traitement :

Hommes	13
Femmes	10
Militaires	8
Total	31

Chez les hommes et surtout chez les militaires, les cas ont présenté moins de gravité qu'au commencement de l'épidémie; mais il n'en a pas été de même dans la population féminine. Hier encore, deux malheureuses ont été amenées à l'hôpital : la première, qui avait été atteinte subitement à minuit, succombait dans la soirée du même jour à huit heures; la deuxième, qui avait ressenti les premiers symptômes à dix heures du matin, succombait dans la nuit suivante à trois heures. Toutes deux étaient en proie à des crampes violentes, à des vomissements et à la diarrhée pathognomonique. Le corps entier était cyanosé, et l'algidité a persisté jusqu'à la mort, malgré un traitement stimulant des plus énergiques.

Sauf quelques exceptions, la plupart des cas funestes ont été fournis par la partie de la population la moins soumise aux lois de l'hygiène; nous avons cependant quelques observations de malades ayant succombé et appartenant à la classe aisée. Les gens de mer n'ont pas été particulièrement atteints, et les étrangers qui viennent habituellement prendre les bains de mer n'ont fourni, à notre connaissance, aucun cas funeste.

C'est aujourd'hui seulement qu'ont été convoqués les membres du conseil d'hygiène et de salubrité. L'administration préfectorale a semblé ignorer jusqu'à présent la présence de l'épidémie.

La plupart des navires provenant d'Allemagne et de certains autres ports qu'on suppose infectés sont mis en quarantaine. Une note que nous relevons dans le JOURNAL OFFICIEL est ainsi conçue : « Le public est prévenu que les paquebots de la ligne de Hambourg à New-York ont cessé, jusqu'à nouvel ordre, de toucher au Havre pour faire escale à Southampton (Angleterre). » Mais l'état sanitaire du Havre peut-il bénéficier de cette mesure? Il nous arrive par les chemins de fer une foule d'émigrants provenant de pays étrangers et qui ne sont l'objet d'aucune visite. L'épidémie peut se propager par terre aussi bien que par mer, et les mesures de précaution, pour être efficaces et sérieuses, doivent s'appliquer aux gens provenant de toutes les directions. »

J. LUTAUD.

A côté de ces renseignements authentiques, on peut placer ceux que l'honorable M. Lecadre (du Havre) a communiqués mardi à l'Académie de médecine. Nous ne voulons pas plus que lui jeter la panique dans la population; nous espérons, au contraire, qu'au Havre, à Rouen, comme ailleurs, le foyer épidémique ne sera ni très-intense, ni de longue durée. Mais, comme l'a dit M. J. Guérin, les faits sont là, et il vaut mieux les signaler que de se bercer d'illusions.

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, INTRA-PÉRITONÉALE, AVEC FŒTUS DE SIX SEMAINES; PÉRITONITE HÉMORRHAGIQUE AVEC BRIDES ET GROS CAILLOTS HÉMATIQUES; MARCHE CLINIQUE SIMULANT UN ÉTRANGLEMENT INTERNE COMPLIQUÉ D'ACCIDENTS PÉRITONÉAUX. Leçons professées à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (20 et 27 novembre 1872) par M. le professeur BÉHIER, recueillies par les docteurs H. LIOUVILLE, chef de clinique, et STRAUS, chef de clinique adjoint.

(Fin. — Voyez le numéro 30.)

Il me faut maintenant justifier le diagnostic d'étranglement interne que j'ai porté au lit de la malade, et je le fais d'autant plus volontiers que, chemin faisant, j'aurai l'occasion de me livrer à l'analyse clinique d'une maladie qui devait nous préoccuper dans ce cas particulier, je veux parler de l'*hématocèle rétro-utérine*.

Le cas dont il s'agit diffère de l'hématocèle par le mode d'invasion, par la marche et par l'allure du mal, par les symptômes et les principaux signes physiques. Chez notre malade, l'affection a commencé d'une façon lente, insidieuse, médiocre et sans franchise; l'hématocèle, au contraire, a un début brusque; les symptômes péritonéaux éclatent d'emblée et avec leur maximum d'intensité, pour s'atténuer ensuite graduellement si la malade résiste au premier choc. Ici, au contraire, les symptômes ont présenté une marche opposée : faibles et peu inquiétants au début, ils se sont accentués de jour en jour, sans toutefois jamais revêtir le caractère aigu de la péritonite franche.

Les signes locaux ne rappelaient pas davantage le type classique de l'hématocèle. Le col utérin était poussé vers le rectum, comme dans le refoulement fécal; la tumeur perçue dans le cul-de-sac vaginal postérieur ne communiquait pas au doigt qui le pressait ce *frémissement de déchirement de caillot hématique* signalé par M. Puech, et que j'ai eu occasion de constater très-nettement dans une observation antérieure dont je vous ai rendu compte. Au palper abdominal, pas de tumeur franche, nettement limitée, mais un empâtement vague. La douleur, si violente et si exquise au moment de l'invasion de l'hématocèle, a toujours fait défaut. La gêne de la miction, presque constante dans l'hématocèle, ainsi que le ténesme vésical, ont manqué pareillement.

Puisque cette question de l'hématocèle péri-utérine se soulève devant vous, j'en profite pour aborder l'étude de quelques points concernant cette lésion; et vous verrez que, bien qu'on ait beaucoup écrit sur elle, un certain nombre de côtés qui intéressent le clinicien doivent être présentés sous un jour particulier, et à ce titre méritent de fixer votre attention.

Plusieurs théories ont été émises, soutenues chacune par des hommes importants.

Pour les uns, l'hématocèle est due à une congestion exagérée de l'ovaire au moment de la menstruation, congestion aboutissant à l'hémorrhagie (Pollard, Scanzoni, Luton, Puech, thèse de Montpellier, 1858, Laugier).

D'autres ont incriminé la trompe, dont la muqueuse laisserait transsuder un liquide hémorrhagique. Cette opinion, admise partiellement par Bernutz, Puech et par Trousseau, est peu acceptable.

M. Bernutz a soutenu l'hypothèse du *reflux* par la trompe du sang menstruel. Ce reflux peut à la rigueur se produire dans les cas d'atrésie des voies génitales (imperforation de la membrane hymen, absence de vagin, etc.); encore M. Hélie (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1858) a-t-il démontré que dans ces cas le sang ne dépassait pas les trompes et ne pénétrait pas dans l'abdomen.

M. le professeur Richet et son élève Devalz attribuèrent l'hématocèle à la rupture d'une dilatation variqueuse des veines utéro-ovariques, d'une véritable *varicocèle* du ligament large. L'analogie est ingénieuse et la chose est possible, mais elle constitue l'exception.

M. Nélaton et Laugier ont regardé l'hématocèle comme un accident de la ponte spontanée, de l'ovulation mensuelle de la femme. Le pavillon s'adapte maladroitement et le sang provenant de la rupture de la vésicule de Graaf tombe dans le péritoine. On a objecté que l'hémorrhagie qui accompagne la ponte est insignifiante et ne saurait donner lieu à ces collections sanguines qui constituent l'hématocèle. L'objection n'est pas légitime. Rouget a démontré que l'appareil ovarien est un véritable corps caverneux susceptible de se gorger de sang et capable par conséquent de fournir une hémorrhagie abondante. Pouchet a pareillement appelé l'attention sur l'intensité de la congestion ovarique périodique; Raciborski, Bischoff, Ch. Robin, ont rencontré et figuré des caillots hématiques dans l'ovaire de personnes qui se sont suicidées au moment de la menstruation.

Les maladies de l'ovaire, les inflammations chroniques de cette glande, rendent l'hémorrhagie plus facile et plus considérable; il suffit de rappeler à cet égard les faits relatés par Boivin et Dugès, par Duplay père, par Denonvilliers et MM. Bernutz, Nélaton et Fleuriot.

On a aussi invoqué une tendance générale aux hémorrhagies, une sorte d'*hémophilie*. Cette hypothèse a été accueillie avec faveur par Trousseau, dont elle flattait les tendances quelquefois humorales. M. Brouardel a publié un cas d'hématocèle observé dans le cours d'une variole; la *dissolution* du sang, comme disaient les anciens, si fréquente dans cette maladie exanthématique, a pu favoriser la production de l'hémorrhagie.

MM. Gallard et Viguès, poussant plus loin l'opinion de M. Nélaton et de Laugier, ont voulu rattacher l'hématocèle à une *ponte extra-utérine*. D'après cette théorie, l'ovule *non fécondé*, au lieu de cheminer le long des trompes, tomberait dans la cavité péritonéale. Selon M. Gallard, en bien cherchant, on devrait toujours retrouver cet ovule au milieu du caillot. Or, dans l'immense majorité des cas, cette démonstration est impossible. M. Gallard répond que si l'on ne trouve pas, c'est que l'on a mal cherché. Mais lui-même a-t-il toujours été plus heureux que ceux auxquels il adresse ce reproche? Vraie dans quelques cas, sa théorie appliquée à tous les cas est trop exclusive. La ponte extra-utérine est bien une cause d'hématocèle péri-utérine, mais toutes les hématocèles ne reconnaissent pas cette cause unique.

Le fait clinique que j'étudie avec vous en ce moment semble au premier abord militer en faveur de la doctrine de M. Gallard, en ce sens qu'au milieu du caillot sanguin s'est trouvé un ovule fécondé, un embryon; mais en même temps, par les traces non équivoques d'un travail d'organisation, nous avons pu acquérir la preuve que l'*hémorrhagie* est postérieure au développement de l'ovule et qu'elle constitue *un accident de la grossesse extra-utérine*. Nous sommes loin de l'hémorrhagie primitive contemporaine de la ponte péritonéale, ainsi que l'admet M. Gallard, et l'hémorrhagie péritonéale que nous avons rencontrée est une hémorrhagie par rupture d'un organe abdominal, comme celle que l'on rencontre dans les ruptures du foie et de la rate; la différence ici consiste en ce que l'organe, source de l'hémorrhagie, est un organe accidentel, pour ainsi dire, au développement duquel la perte sanguine est consécutive.

On voit donc qu'*on ne saurait invoquer une étiologie univoque* pour l'hématocèle; elle peut provenir d'une hémorrhagie exagérée accompagnant la rupture de l'ovisac, d'une exsudation sanguine de la trompe, d'une rupture de varices ovariques, etc.

L'hémorrhagie émanant de ces diverses sources se produit tantôt rapidement, tantôt successivement et avec lenteur, d'où la présence d'un caillot volumineux, unique, ou de plusieurs caillots juxtaposés.

De toutes les causes d'hématocèle, la plus fréquente à coup

sûr ce sont les *excès de coït* pratiqué au moment de la menstruation; aussi observe-t-on souvent cette affection chez les filles publiques. D'autres fois l'hématocèle a reconnu comme cause l'usage de lotions froides au moment des règles, des traumatismes, des chocs, etc.

Permettez-moi d'ajouter, puisque je viens de vous dire quelques mots de l'hématocèle, que la conduite à tenir est purement expectante : calme, repos au lit, légers toniques. Autrefois M. Nélaton pratiquait la ponction de la tumeur par le vagin, mais elle ne lui a pas réussi. Huguier, qui a imité cette conduite, n'a pas eu plus de succès; aussi M. Nélaton recommande-t-il maintenant l'abstention absolue de toute intervention chirurgicale, et c'est là l'opinion qui a prévalu à juste titre.

Cela dit, revenons à l'histoire de notre malade.

Vous vous rappelez que c'était une *grossesse extra-utérine tubaire*, avec *rupture du kyste* et *hématocèle consécutive*. Ce cas si intéressant vient de nous fournir l'occasion d'esquisser devant vous l'histoire des hématocèles du petit bassin; il nous commande du même coup de vous tracer un tableau rapide des différentes variétés de grossesses extra-utérines; c'est une sorte de revue qui est indispensable pour la notion complète de la question.

On peut classer ainsi les diverses variétés par ordre de fréquence : 1° *grossesse tubaire;* 2° *grossesse abdominale;* 3° *grossesse ovarique;* 4° *grossesse interstitielle.*

1. La *grossesse tubaire* est la variété la moins contestée et la plus facile à interpréter. Le fœtus alors se développe bien évidemment dans la trompe avec son placenta; la muqueuse s'hypertrophie et devient tomenteuse, vascularisée; les veines et les capillaires forment de véritables sinus où s'enfoncent les villosités du chorion. Il n'y a jamais de caduque réfléchie. La couche musculeuse de la trompe s'épaissit, mais médiocrement; quant à la séreuse, elle n'augmente en épaisseur que s'il se produit des péritonites à la suite de ruptures incomplètes. Rarement on constate l'existence d'un véritable placenta, mais seulement des touffes villeuses constituant quelquefois des ampoules multiples (Brouardel).

Ce kyste tubaire arrive rarement au neuvième mois sans se rompre, et même la rupture se fait généralement au deuxième ou au troisième mois, quelquefois au quatrième; cependant, dans les cas de Chandler et de R. Gilman (*Archiv. de méd.*, 1842, t. XIII, p. 100) la rupture n'eut lieu qu'au septième mois. Enfin, Otto Spiegelberg a observé un cas (1870) dans lequel la femme mourut *à terme* au milieu d'un accès d'éclampsie : on trouva la rupture d'un kyste fœtal tubaire et une hémorrhagie abdominale considérable; ce serait le seul cas de grossesse tubaire dans lequel la rupture n'aurait eu lieu qu'à terme; encore faut-il bien remarquer que l'autopsie pratiquée par Waldeyer montra que le kyste occupait le commencement de la trompe droite et se rapprochait par conséquent de la forme interstitielle.

Patuna, dans une lettre à Morgagni, raconte un cas de grossesse tubaire tardive dans son issue qui est devenu célèbre et a été reproduit du reste par tous les auteurs qui ont traité de la question; il s'agit d'un fait de grossesse abdominale dans laquelle le placenta fut trouvé inséré à la face interne de la trompe; c'était là une grossesse tubaire primitive qui s'était changée consécutivement en grossesse abdominale.

2. *Grossesse ovarique.* — On a contesté l'existence de cette variété, malgré les cas récents de Hess (Zurich, 1869), de Ramsbotham et Adams; mais pour ma part, outre ces dernières observations, j'ai relevé les exemples non douteux de Planque, de Varoquier, de Manget, de Krohn, de Léveillé et Mouillet et de Granville. Du reste, ces grossesses ovariennes se terminent aussi par des ruptures du kyste avant le terme de la grossesse; cependant on en a vu arriver sans accident jusqu'au neuvième mois.

3. *Grossesse abdominale primitive.* — Dans ce cas, l'œuf se greffe sur le péritoine, qui s'enflamme consécutivement et lui forme une enveloppe protectrice, un kyste véritable. Cependant il est des cas, comme celui de Lecluyse (Luton, *Société anatomique*, 1858), dans lesquels le kyste faisait absolument défaut; les enveloppes de l'embryon se bornaient alors à l'amnios et au chorion. Schreyer a observé un cas analogue. Dans cette variété, le placenta est circulaire ou étalé; il se fixe indifféremment sur les intestins ou sur la paroi abdominale, en quelque région que ce soit de la cavité péritonéale. Le fœtus est généralement alors placé comme dans la grossesse normale, la tête plonge dans le petit bassin, le dos s'applique à la paroi abdominale et quelquefois c'est le pelvis qui plonge dans l'excavation.

4. *Grossesse interstitielle.* — C'est relativement la forme la plus rare de toutes. Dans ce cas, le fœtus est logé dans la portion de la trompe qui chemine dans l'épaisseur du corps utérin. Carus, Breschet, Albert de Brême et Dugès ont cité de semblables exemples. La femme de Laugier lui-même (*Journ. de méd.*, 1774, t. XLI, p. 156), devenue grosse pour la quatrième fois, vit son ventre se développer surtout du côté droit. Les mouvements du fœtus furent perceptibles le cinquième mois, le travail, arrivé au terme, dura sept jours, avec des pertes considérables; Laugier alla chercher l'enfant et le placenta jusque dans la trompe droite dilatée. La mère guérit, l'enfant mourut une heure après sa naissance. Les détails donnés sur l'observation par Laugier tendent à faire accepter que la grossesse extra-utérine a eu, en effet, le siége qu'il a indiqué.

La classification que nous venons de passer en revue se fonde sur des cas types et qui se rencontrent assez rarement à l'état de pureté; les *formes intermédiaires* sont nombreuses, et notre cas en fait partie; c'est une grossesse *tubo-abdominale.* Comme vous l'avez vu, en effet, le pavillon de la trompe gauche étendait ses franges sur le kyste, avec lequel elles se confondaient, et la trompe gauche de l'utérus, au commencement du kyste, n'avait que 4 centimètres de largeur, tandis que la droite avait 6 centimètres. Le kyste lui-même offrait dans son diamètre transversal 9 centimètres, dont 2 étaient recouverts par la fin de la trompe et par le pavillon. Dans son diamètre vertical, il avait 7 centimètres 1/2. Molm de Coblentz (*Arch. de méd.*, 1838, t. I., p. 361) et surtout Hélie (*Gaz. méd. de Paris*, 1859, p. 432) ont rapporté des faits qui, le dernier surtout, sont semblables à celui que nous venons d'observer.

Il s'en faut que ces diverses grossesses par erreur de lieu, si l'on peut ainsi dire, suivent la même marche et la même terminaison. Les grossesses tubaires et ovariques se terminent généralement (sauf les exceptions mentionnées plus haut) par la rupture du kyste au troisième ou au quatrième mois, et très-habituellement la mère meurt, ainsi que le fœtus. Il n'est pas rare, au contraire, de voir la grossesse abdominale (ainsi que la variété tubo-abdominale) arriver à terme. A ce moment s'établit un véritable *travail*, caractérisé par des contractions utérines, l'expulsion de mucosités sanguinolentes par la vulve, etc., travail qui souvent amène la rupture du kyste et la mort de la mère par péritonite subaiguë. D'autres fois le faux travail s'apaise, la gestation se prolonge, le fœtus finit par succomber, et alors il subit ultérieurement des modifications qui peuvent varier. Tantôt il se momifie ou se crétifie (*lithopédion*), tantôt il reste dans l'abdomen de la mère pour subir d'autres modifications que la conversion crétacée ou indurée. Les fœtus qui ont éprouvé cette dernière altération séjournent souvent assez longtemps dans la cavité abdominale de la mère. Déjà Maniald, dans son traité De partu prodigioso (1616), avait réuni des faits assez nombreux de ce séjour prolongé du produit de la conception altéré dans le ventre de la mère. Je vous signalerai entre autres le cas rapporté par Maurice Cordæus, médecin de Paris, dans lequel le fœtus resta vingt-huit ans dans l'abdomen. Vernier et Mangin (*Journ. gén. de méd.*) ont cité un séjour de trente-trois ans; la tumeur constituée par le fœtus adhérait aux intestins. Vous trouverez dans les Archives de médecine (1856, p. 103) l'analyse d'un exemple emprunté à un journal américain, dans lequel le séjour du

fœtus fut de cinquante ans, et Mosac a montré en 1833, sur une femme de soixante-dix-huit ans, l'existence d'un fœtus de trois mois desséché dans l'abdomen. C'est même à propos de ce fait que, dans la discussion soulevée alors à l'Académie de médecine, Deneux émit une opinion que l'étude à laquelle nous venons de nous livrer ne nous permet pas d'accepter. Suivant lui, toutes ces grossesses extra-utérines, avec séjour prolongé du produit de la conception au delà du terme normal, devraient être rattachées à la variété des grossesses tubaires; les grossesses extra-utérines de la variété dite abdominale étant toujours mortelles, suivant lui. Il se fondait surtout sur une observation produite par Duverney à l'Académie des sciences (1687, t. II, p. 25 des *Mémoires*), dans laquelle un enfant desséché occupait l'une des trompes. Mais ce fait, très-curieux justement par sa rareté, ne peut à lui tout seul faire accepter l'opinion de Deneux. Vous venez de voir, au contraire, que dans les grossesses extra-utérines de la variété tubaire la mort de la mère et de l'enfant est la conséquence ordinaire de la rupture du kyste fœtal du troisième au quatrième mois, tandis que les faits de séjour prolongé que je viens de vous signaler appartiennent à des grossesses abdominales.

Au lieu de rester ainsi indéfiniment, pour ainsi dire, enfermé dans le sein maternel, le fœtus extra-utérin peut, après un temps plus ou moins long, déterminer des accidents particuliers. Ainsi, toléré pendant très-longtemps par le péritoine, il peut tout à coup déterminer une violente inflammation de cette membrane, avec toutes ses conséquences. D'autres fois, le fœtus, après avoir subi de profondes altérations, est évacué au dehors en tout ou en partie par le mécanisme observé pour l'évacuation des corps étrangers et des collections purulentes. Cette expulsion a lieu par des points de l'abdomen assez variables; le plus fréquemment l'ombilic est le lieu par lequel sortent les débris du fœtus. Les faits dans lesquels cette voie d'élimination a été observée sont tellement nombreux qu'on ne peut les citer ici. Le rectum est, après l'ombilic, la voie la plus fréquemment suivie, puis vient la fosse iliaque. Dans ce dernier cas un abcès véritable se montre au niveau de la paroi abdominale de cette région, la peau se gangrène et l'orifice qui résulte de la chute de l'eschare donne issue aux [fragments du fœtus. Cette issue ne s'opère pas d'un seul coup; tout au contraire, c'est lentement que l'élimination a lieu, et elle peut durer pendant des années, soit qu'elle se continue sans interruption, soit qu'elle se produise d'une façon intermittente avec développement d'accidents aigus avant chaque évacuation nouvelle, soit qu'aucun symptôme grave n'accompagne l'issue des fragments du fœtus. Il faut bien savoir en outre que dans les cas où l'expulsion des parties fœtales se produit par l'ombilic ou par les autres points de la paroi abdominale, l'art a dû souvent intervenir par des débridements nécessaires pour l'issue de fragments trop volumineux pour le diamètre de l'ouverture spontanée. Ces débridements ne devront être pratiqués sur le rectum qu'avec la plus sage réserve.

Soit spontanément, soit après l'intervention chirurgicale, les parties évacuées ont pu constituer toutes les pièces du squelette, qui a pu être reconstruit en totalité. Les faits de ce genre sont assez nombreux.

Les régions de la paroi abdominale que je viens de vous indiquer et le rectum ne sont pas les seules voies dans lesquelles s'engagent les fragments du fœtus pour faire issue au dehors. Ces parties se sont fait jour aussi à travers la vessie, soit seule, soit concurremment par un autre organe. Petersen, en effet (*Dublin med. Press*, 1859), a cité une femme chez laquelle les fragments fœtaux sortirent à la fois par le rectum et par la vessie et qui succomba à l'épuisement causé par ce double travail. Leitch a cité un exemple dans lequel un tibia de fœtus faisait le centre d'un calcul vésical.

Les débris de fœtus se sont encore parfois fait jour par le vagin. Delisle, Norman (1829), Grandval (thèse de Paris, 1832) ont rapporté des cas de ce genre qui se sont terminés fatalement. M. Voillemier a été plus heureux dans un fait qu'il rapporte en 1841; la femme chez laquelle il s'était passé a guéri. Il en avait été de même dans un exemple que j'ai trouvé dans les Archives générales de médecine, 1836. Pohl de Prague (*Gaz. méd. de Paris*, 1844, p. 205) a cité également un cas curieux dans lequel, à la fin de la sixième grossesse, une femme de trente-six ans vit s'écouler par le vagin un liquide sanguinolent mêlé de flocons qui parurent des débris de caduque. Au toucher, l'orifice du col était fermé, et dans le flanc gauche on sentait une tumeur formée par la tête de l'enfant. La mère avait une forte fièvre. Quinze jours après, en janvier 1841, un des fémurs du fœtus sortit par le vagin perforé, puis, dans l'espace de deux mois et demi, les autres os des extrémités et ceux du tronc se firent jour par la même voie. En août 1841, nouvelle issue d'autres os. La tête conservait sa position. L'état de la mère était inquiétant. En mai 1842, un abcès formé au-dessous de l'ombilic donna issue aux os du crâne, qui ne purent sortir qu'après un débridement. Un anus contre nature donnant passage aux aliments trois heures après leur ingestion, persista jusqu'à la fin de l'année, moment où la guérison fut complète.

Quant aux faits de Jobert (*Soc. de biol.*, 1850), de Bry (thèse de Paris, 1808, p. 10), de Larrey (*Arch. de méd.*, 1843, t. III, p. 106) et celui qu'ont étudié MM. Chantreuil et Liouville (*Bull. de la Soc. anat.*, 1866), ce sont non pas des exemples de grossesse extra-utérine, mais bien des cas d'*inclusion fœtale*.

Rappelons aussi, pour la singularité du fait, le cas de Skrivan (*Arch. de méd.*, 1852, t. II, p. 352), dans lequel la grossesse extra-utérine siégeait dans un sac herniaire. On fit l'opération, qui donna issue à un fœtus vivant, mais qui mourut quelques temps après; la mère guérit. Enfin, messieurs, dans certains cas rares les fœtus ont été trouvés au nombre de deux dans les cas de grossesse extra-utérine. Je vous citerai plus spécialement les cas de ce genre que l'on doit à M. Oulmont et à M. Fleuriot.

Un fait qu'il est bon de connaître, c'est que les conceptions ultérieures sont assez fréquentes chez des femmes qui portent dans l'abdomen ces produits de grossesse extra-utérine, mais généralement elles succombent dans des temps plus ou moins rapprochés à la suite de poussées péritonéales ou d'infection purulente. Sans grossesses intercurrentes, la péritonite, l'épuisement par une suppuration prolongée ou l'infection purulente, sont les trois ordres d'accidents qui tuent le plus ordinairement les femmes qui portent ces produits attardés de la conception extra-utérine.

On a beaucoup disserté sur les *causes* des grossesses extra-utérines. Il y a d'abord les obstacles mécaniques s'opposant à la progression de l'ovule (adhérences anciennes, bouchon muqueux de la trompe, brides péritonéales). Les abus de coït doivent certainement entrer en ligne de compte. Les auteurs ont surtout insisté sur la portée étiologique des émotions de la femme pendant le coït; on cite surtout l'exemple d'une femme effrayée pendant l'acte vénérien par une pierre lancée dans la chambre, etc.

Les causes de rupture du kyste ont de l'analogie avec celles qui provoquent l'avortement (coït exagéré, coup sur le ventre, chute). Souvent un effort inconsidéré et passager suffit pour amener la catastrophe. J'ai observé à Beaujon une femme atteinte de grossesse tubaire dont le kyste s'était rompu au moment où elle essayait de retenir son chien qui allait mordre un passant.

Dans beaucoup de ces faits de grossesse, on a insisté sur la présence de modifications de l'utérus lui-même, qui retraceraient celles qu'on remarque dans la grossesse normale; ainsi on a dit que cet organe augmentait alors de volume, qu'il présentait à sa face interne une membrane d'apparence analogue à la caduque. Ces changements sont relatés, en effet, dans un certain nombre de faits, mais ils ne sont certainement pas la règle nécessaire. L'observation de notre malade est là pour le prouver. L'utérus, en effet, chez elle, n'offrait aucun développement anormal; la paroi au milieu même de l'organe, n'avait que 1c,8 d'épaisseur, le fond était épais de

1c,5. De l'orifice vaginal au fond on ne comptait que 5c,8, et du fond à l'orifice interne du col 4 centimètres. Enfin la muqueuse, sans changement, était revêtue d'une légère couche de mucus rosé, à peine légèrement sanguinolent.

Le *diagnostic* au début est difficile. Quelquefois rien ne fait soupçonner l'anomalie; la grossesse évolue régulièrement et la rupture du kyste seule vient, mais trop tard, éclairer le médecin. On a noté comme signes de début assez fréquents l'intensité et la ténacité des phénomènes sympathiques; Heine a même décrit une variété de colique utérine particulière, selon lui, à la grossesse par erreur de lieu. En outre, comme l'utérus au début de la grossesse extra-utérine peut subir la plupart des modifications qu'il présente dans la grossesse légitime, il y a là une nouvelle cause de difficulté pour le diagnostic. Lorsque, au contraire, les phénomènes généraux pouvant être rapportés à l'existence d'une grossesse ne s'accompagnent pas du développement régulier de l'utérus, et surtout quand cet organe restant d'un volume restreint eu égard à l'époque de l'apparition des premiers malaises, il y aura lieu de penser au développement extra-utérin du fœtus.

Le toucher peut quelquefois mettre sur la voie. Ainsi le col est, dit-on, dévié du côté du kyste quand la grossesse est tubaire; il est refoulé en avant, a-t-on dit aussi, si la grossesse est rétro-utérine, sorte de variété de siége fort rare. Ailleurs le ventre ne se développe pas exactement sur la ligne médiane; quelquefois, alors qu'ont existé les troubles généraux, on peut, par la palpation et le toucher combinés, nettement reconnaître qu'il existe une tumeur indépendante de la matrice. La vacuité de celle-ci, constatée par le cathétérisme et la constatation simultanée des signes certains de la grossesse (doubles battements, mouvements du fœtus), permettront seuls de lever tous les doutes.

Traitement. — Les indications varient singulièrement, selon la période à laquelle est arrivée la grossesse.

Si l'on parvient à diagnostiquer la grossesse extra-utérine au début, comme l'expérience prouve que, quelle que soit la variété de la grossesse, le fœtus a toutes les chances possibles de périr ultérieurement et d'entraîner la perte de la mère, la nécessité d'empêcher le développement du fœtus et même de provoquer sa mort s'impose impérieusement. Tous les accoucheurs sont d'accord à cet égard; ils sacrifient sans hésitation un fœtus dont la vie impossible causera la mort de la mère; mais les dissidences commencent quand il s'agit de déterminer le meilleur moyen pour arriver à ce résultat sans faire courir de danger à la mère.

Von Ritgen a proposé de détruire le fœtus en soumettant la mère à la *cura famis*, ce moyen n'est presque jamais efficace, il se passe là ce que l'on constate quand la même méthode est appliquée pour les cas de rétrécissement du bassin; généralement alors la santé de la mère se détériore; elle tombe dans un état de maigreur cachectique, tandis que le fœtus continue à prospérer, comme il le fait, du reste, chez les femmes qui mangent peu ou vomissent constamment dans leurs grossesses; c'est donc un mode de traitement aussi dangereux qu'inefficace.

Osiander proposait l'extirpation précoce du kyste par le bistouri. Beaucoup ont reculé depuis devant cette méthode, et on lui a préféré la ponction du kyste, soit comme moyen d'exploration, soit comme manœuvre destinée à produire la mort du fœtus. Martin fit la ponction par l'abdomen; Simpson et Braxton Hicks, par le vagin; les trois malades périrent de péritonite. C'est donc un moyen dangereux et à rejeter.

M. Joulin proposa la ponction *capillaire* avec injection de substance toxique suffisante pour tuer le fœtus sans nuire à la mère; cette tentative a été réalisée avec un plein succès par Friedreich, de Heidelberg (en 1864); M. Kœberlé a réussi pareillement.

Un médecin italien, Bachetti, a employé avec succès le courant électrique (de la pile de Bunsen). Braxton Hicks, en employant le même moyen (électro-puncture et courant galvanique), tua bien le fœtus, mais la mère mourut peu de jours après de péritonite. Aussi M. Duchenne (de Boulogne) rejette-t-il définitivement l'emploi de l'électro-poncture; il conseille l'usage de l'étincelle de la bouteille de Leyde.

Enfin, on a proposé la *compression*, pour réduire et faire avorter le fœtus; le procédé, assez naïf, consisterait à appliquer des sacs remplis de sable sur le ventre de la mère, et à en augmenter le poids graduellement. Ce moyen n'exposerait-il pas aux ruptures, c'est-à-dire précisément à l'accident qu'il cherche à prévenir?

C'est donc à la ponction capillaire et à l'injection de substances narcotiques (1 centigramme de chlorhydrate de morphine) qu'il faut s'en tenir comme au meilleur moyen de provoquer la mort du fœtus dans les premiers temps de la grossesse extra-utérine.

D'autres indications surgissent si le médecin est appelé au moment de la rupture du kyste; il se trouve alors en face du spectacle navrant de l'hémorrhagie interne et de l'imminence d'une péritonite généralisée aiguë. Aussi, des chirurgiens hardis, M. Kœberlé entre autres, n'hésitent-ils pas de recommander, en pareil cas, la *gastrotomie*. L'opération doit se pratiquer avec toutes les infinies et minutieuses précautions dont on doit toujours s'entourer dans l'ovariotomie; on débarrasserait le péritoine du sang qui le remplit, on enlèverait l'embryon et ses enveloppes; à la rigueur même, on pratiquerait l'amputation de la trompe qui contient l'œuf; bref, on procéderait à ce que M. Kœberlé désigne sous le nom de *toilette du péritoine*.

La gravité d'une semblable intervention serait justifiée par la gravité même de la situation à laquelle elle chercherait à remédier; en effet, dans les cas de rupture du kyste et d'hémorrhagie intra-péritonéale, l'issue est presque fatalement mortelle. L'opération conseillée par M. Kœberlé, et avant lui déjà par Velpeau et Kiwisch, est donc faite pour tenter un chirurgien habile, mais je devais vous prévenir de ce qu'un pareil conseil entraîne pour vous de devoirs.

La rupture dont nous parlons se produit habituellement vers le quatrième mois. Si la grossesse a franchi cette époque dangereuse, elle évolue alors presque normalement et arrive généralement à terme. Passé donc le quatrième mois, il n'est plus indiqué de tenter d'arriver à la mort du fœtus, son volume est alors déjà trop considérable pour qu'il soit permis d'espérer qu'il se résorbe après sa mort, sans déterminer d'accidents. Il faut donc le laisser se développer librement et attendre, pour ainsi dire, sa maturité complète pour intervenir et essayer alors de sauver à la fois la mère et l'enfant.

« Quand le terme est arrivé, il faut pratiquer sans hésiter la gastrotomie et extraire l'enfant vivant ». C'est là le précepte que donnent les ovariotomistes modernes. On trouvera ces conclusions très-nettement et très-habilement présentées dans une excellente thèse soutenue, cette année même, devant la Faculté de Paris, par un des meilleurs élèves de M. Kœberlé, M. Keller (*Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie*, thèse de Paris, 1872).

Les chiffres qu'il produit sont véritablement séduisants; ainsi, dans neuf cas de grossesses extra-utérines opérées à terme, on obtint les résultats suivants :

7 enfants sauvés sur 9;

4 mères sauvées sur 9.

En regard de ces faits, M. Keller énumère un peu au hasard il est vrai, huit cas de grossesses extra-utérines abandonnées à elles-mêmes. Naturellement, tous les enfants succombèrent, et des huit mères, une seule guérit (observation de Pfeiffer, de Weimar); les sept autres périrent quatre, dix, quinze jours après le faux travail.

Sans doute, cette statistique est séduisante et milite bien en faveur de l'intervention chirurgicale; mais, messieurs, gardez vous bien de vous laisser éblouir par des chiffres qui sont empruntés à une pratique exceptionnellement heureuse, et rappelez-vous que la gastrotomie restera, malgré tout, l'une des

plus grandes opérations de la chirurgie, et une opération à laquelle, par conséquent, il ne faut recourir qu'en dernier ressort et avec la plus extrême réserve.

Quand le terme est passé et que le fœtus est mort, il n'y a plus à envisager qu'une chose unique, l'existence de la mère. Le fœtus peut, comme je vous l'ai dit, s'enkyster définitivement, et, après s'être converti en adipocire ou en lithopédion, séjourner indéfiniment dans l'abdomen maternel; mais le plus souvent il se produit des poussées inflammatoires, des abcès et des fistules qui évacuent pendant des mois et des années les débris du fœtus. Ce long travail d'élimination et de suppuration épuise souvent la femme et détermine un véritable état de cachexie; d'autres fois c'est une péritonite aiguë qui vient terminer la scène.

Dans ces cas encore, la gastrotomie se trouve indiquée, et c'est même alors qu'elle a donné les plus beaux résultats : sur vingt et une opérations, dix-neuf succès. A ces chiffres il convient d'ajouter cinq exemples, dans lesquels le résultat était encore douteux au moment où l'histoire des malades a été rapportée et sur lesquels aucun renseignement ultérieur n'a été fourni.

Là encore, la statistique est encore plus favorable que pour l'emploi de la gastrotomie dans les premiers temps de la grossesse extra-utérine, mais, là encore, il faut, je crois, ne pas avoir de doctrine absolue, et il ne faut pas avoir systématiquement recours à l'opération une fois le travail bien terminé. Les cas dans lesquels le séjour du fœtus dans la cavité abdominale s'est prolongé sans inconvénient pour la mère ne sont pas rares, je vous l'ai montré; les exemples de guérison complète après l'expulsion spontanée des débris du fœtus ne sont pas non plus l'exception. Aussi, quant à moi, je me déciderais bien difficilement, je dois vous l'avouer, à prescrire la gastrotomie uniquement par le seul fait de la présence du fœtus dans la cavité abdominale de la mère, ou par le seul fait que l'élimination des parties fœtales serait commencée.

Encore une fois, remarquez-le bien, il s'agit d'une opération grave, qui peut être suivie de la mort presque immédiate. Pour la conseiller, j'aimerais mieux attendre que la marche des accidents la rendît nécessaire, et je n'oserais pas la proposer pour une femme bien portante, malgré la présence du produit de la gestation anormale, et qui a peut-être devant elle dix, quinze, trente ou cinquante ans d'une existence tolérable, comme il en a été dans les exemples que je vous ai cités. Je sais bien qu'on me répondra que l'opération aura moins de chances de succès quand il s'est déjà manifesté des accidents. Je le sais, je l'avoue, mais je persiste à trouver lourde la responsabilité d'une telle opération chez une femme bien vivante et devant un avenir qui peut être exempt de tout danger.

Je ne me sens pas même déchargé de tout souci, par cette remarque, très-vraie d'ailleurs, que les adhérences souvent contractées entre le kyste et la paroi abdominale peuvent permettre de pénétrer jusqu'au fœtus, sans entrer, à vrai dire, dans la cavité péritonéale proprement dite. C'est pour s'assurer de conditions analogues que Rousseau et Beauvoisin ont proposé d'employer, pour l'ouverture du kyste, le procédé que Récamier mettait en œuvre pour l'évacuation des kystes hydatiques du foie, et qu'ils ont fait une application de caustique préalablement à la pratique de la gastrotomie. Ce procédé est prudent et paraît avoir réussi à ses auteurs, mais il ne doit pas vous faire oublier les scrupules que j'exprimais tout à l'heure.

Nous voici, messieurs, arrivé à la fin des remarques et des renseignements que le fait de grossesse extra-utérine observée dans notre salle a pu me suggérer. Permettez-moi d'espérer que vous emporterez avec vous, en sortant de cette leçon, quelques notions précises sur la grossesse extra-utérine vraie, sur les différences qui la séparent de l'hématocèle rétro-utérine et que, ce à quoi j'attache surtout une importance considérable, vous serez édifiés sur la conduite que vous aurez à tenir selon les cas plus ou moins analogues à ceux que je vous ai cités.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Association française pour l'avancement des sciences. (Session de Lyon, 1873.) (1)

(Fin. — Voyez le numéro 35.)

SUITE DE LA SÉANCE DU 25 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

LÉSION PARASITAIRE CHEZ LE POULET ; TRANSMISSION PAR LES VOIES DIGESTIVES : MM. ARLOING ET TRIPIER. — RÉUNION DES PLAIES D'AMPUTATION : M. AZAM.

Lésion organique de nature parasitaire chez le poulet. — Transmission par la voie digestive à des animaux de même espèce. Analogies avec la tuberculose. — Les lésions qui font l'objet de cette note ont une grande analogie avec celles de la tuberculose, et ce sont précisément ces analogies qui nous ont engagé à en essayer la transmission expérimentale par les voies digestives.

Notre premier fait fut observé le 19 décembre 1871 sur un poulet dont les issues anormales nous avaient été remises par M. Larroque, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse.

Cet animal avait été sacrifié pour la cuisine. Il présentait : 1° des granulations jaunâtres de la grosseur d'un grain de millet, répandues en nombre prodigieux dans le foie ; 2° quatre tumeurs de la grosseur d'une noisette fixées, soit sur l'intestin grêle, soit sur les cæcums. Ces tumeurs offraient des foyers remplis d'une matière caséeuse épaisse. Différentes coupes du foie traitées par le carmin nous montrèrent des îlots plus ou moins arrondis, incolores au centre, fortement colorés, au contraire, à la périphérie; dans d'autres points, c'étalent des traînées diffuses; ailleurs encore, on trouvait à la place du tissu de l'organe un stroma réticulé en certains points, avec de petits éléments fortement colorés par le carmin. Les tumeurs intestinales étaient identiques. Nous pensâmes tout de suite avoir affaire à la tuberculose, ou bien encore à la leucémie; dans tous les cas, nous tentâmes la transmission par les voies digestives.

Le 20 décembre, un coq bien portant reçoit, sous forme de pâtée, la moitié des organes malades. On l'entretient avec soin pendant soixante-quinze jours, au bout desquels on le sacrifie. L'animal a perdu de son embonpoint. Son foie présente à sa surface et dans son épaisseur des granulations blanchâtres rassemblées en traînées. Ces traînées nous paraissaient formées par un réseau dont les mailles étaient comblées par de petits éléments colorés par le carmin.

Évidemment, il y avait eu inoculation; mais nous étions incertains sur la nature de l'affection et nous regrettions de ne pouvoir continuer nos recherches, lorsque, le 7 mai 1873, M. Larroque nous avertit qu'il tenait de nouveau un poulet malade à notre disposition. Ce poulet nous arrive agonisant. Il est d'une extrême maigreur; il ne tarde pas à mourir, et à l'autopsie on constate, outre des lésions intestinales identiques avec celles du premier sujet, des masses caséeuses dans le poumon droit, une hypertrophie du foie avec des traînées jaunâtres, des granulations nombreuses dans la muqueuse œsophagienne et dans le tissu conjonctif intermusculaire.

Immédiatement nous recommençâmes une ingestion sur une poule aujourd'hui encore en expérience et qui a perdu, depuis le 8 mai, plus de 100 grammes de son poids initial.

M. Balbiani eut l'obligeance d'examiner récemment les lésions du dernier animal, et il a bien voulu nous transmettre une note accompagnée de plusieurs dessins. Dans cette note, M. Balbiani n'hésite pas à regarder ces lésions comme parasitiques; toutes les tumeurs seraient entièrement formées de parasites offrant la plus grande ressemblance avec ceux que

(1) Erratum. — Dans le dernier numéro, au *post-scriptum* du compte rendu de la *séance supplémentaire du 22 août*, au lieu de « *Ce même jour*, samedi, 23 août, » lisez : « Le lendemain, samedi..... »

Eimer a observés chez la souris et qu'il a décrits sous le nom de *Gregorina falciformis*. M. Balbiani aurait vu dans nos pièces la plupart des formes et des états d'évolution de la grégorine, tels qu'ils sont représentés dans le mémoire de Eimer (*Ueber die Ei-oder Kugelformigen sogenannten Psorospermien der Wirbelthiere*, Wurtzburg, 1870).

Enfin, ces jours derniers, en étudiant l'intestin et l'œsophage du même animal, dont les tumeurs avaient été si obligeamment examinées par M. Balbiani, nous tombâmes sur un parasite que nous avons pu suivre depuis l'état de liberté jusqu'à celui d'enkystement et peut-être au delà. Il se présente sous la forme d'une cellule aplatie, ovalaire, allongée, à contenu granuleux et possédant un noyau clair central; une sorte de trompe ou ventouse existe aux deux extrémités du plus grand diamètre; ce dernier mesure 55 millimètres, tandis que le diamètre transversal offre seulement 20 millimètres chez les parasites libres de l'œsophage.

Sur des coupes perpendiculaires des parois œsophagiennes, nous avons pu voir le parasite cheminant par troupeaux de trois à six ou même davantage à travers l'épithélium; arrivés dans le tissu conjonctif sous-épithélial et parfois aussi dans les couches profondes de l'épithélium, les troupeaux se dispersent; alors chaque parasite isolé éprouve une série de transformations qui doivent aboutir à des formes jeunes; c'est ainsi que l'ovale diminue, le noyau disparaît, et que le contenu plus obscur se sépare peu à peu de l'enveloppe à l'une des extrémités du grand diamètre; en même temps l'enveloppe s'épaissit, devient comme fibreuse, le contenu augmente proportionnellement, et dans le point où celui-ci s'est séparé de la paroi apparaissent de petits corps arrondis très-réfringents et se colorant fortement par le carmin. Ce sont là probablement des formes jeunes qui peuvent se répandre dans tout le corps. Quant aux anciens kystes de l'œsophage, leur contenu s'éclaircit, les granulations deviennent plus fines, les parois reviennent sur elles-mêmes; en un mot ils ressemblent aux masses arrondies du poumon, du foie et des tumeurs intestinales.

Nous ferons encore des réserves sur la nature du parasite. Est-ce une grégorine? Est-ce un psorosperme? Nous attendrons pour nous éclairer davantage le résultat des expériences qui sont encore en voie d'exécution.

Pour le moment, nous désirons faire remarquer :

1° Que cette note renferme l'indication d'une maladie parasitique du poulet qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrite.

2° Que cette maladie, par sa localisation presque entièrement viscérale et par la forme de ses lésions, offre de grandes analogies avec la tuberculose, ou même avec la leucémie.

3° Que cette affection est transmissible par la voie digestive aux animaux de la même espèce.

Il reste à l'avenir le soin de décider s'il y a identité entre cette maladie et certaines altérations dites tuberculeuses qui atteignent les mammifères d'espèces différentes. Inutile d'ajouter que c'est dans ce sens que nous comptons dorénavant diriger nos recherches.

— M. le docteur *Azam*, de Bordeaux, vient ensuite faire connaître sa *méthode de réunion des plaies d'amputation*.

La première question à se poser, dit l'auteur, est celle-ci : Faut-il réunir ou ne pas réunir? Je la résous en posant en principe qu'on doit réunir certains éléments et laisser suppurer les autres. Ma méthode, qui, je dois le dire, est le résumé de beaucoup d'autres méthodes, offre des avantages.

En prenant pour type une amputation de cuisse, M. Azam décrit ainsi son mode d'union : Il taille deux lambeaux à peu près égaux; puis, après avoir laissé quelques instants la plaie à découvert, il fait l'hémostase de la façon la plus complète et réapplique ses lambeaux en passant dans le fond de la plaie et en sautoir un tube à drainage lavé à l'eau chaude, pour enlever l'excès de sulfure de carbone; ce tube est fixé sur la cuisse au moyen d'une couche de collodion. Une suture profonde, enchevillée, réunit les deux lambeaux, en prenant la précaution d'arrêter les fils métalliques en les tordant simplement une ou deux fois sur eux-mêmes, afin de pouvoir les relâcher quand survient le gonflement secondaire. Une deuxième suture, superficielle, faite avec le plus grand soin, termine le pansement. Les lambeaux, de cette façon, sont unis dans la partie superficielle et profonde, et il ne reste qu'un passage pour la suppuration osseuse; la réunion complète par première intention est impossible; il est chimérique, je dirai plus, il est dangereux de la chercher.

Le pansement est terminé par une application légère d'ouate et un petit bandage assez serré et assez solide. Après trois ou quatre jours, M. Azam enlève les sutures superficielles; au dixième, le drain; et ses opérés, pansés ultérieurement avec l'alcool ou la ouate (M. Azam proscrit absolument l'eau et les éponges), sortent guéris *complétement* au bout de *quinze* jours en moyenne.

Aucune injection n'est poussée dans le drain; l'auteur y voit l'inconvénient ou d'introduire avec l'eau des substances septiques ou, par seule action mécanique, de déchirer les bourgeons et de détruire le commencement de cicatrisation.

Parmi les faits remarquables qu'est venu nous apporter le chirurgien de Bordeaux, nous citerons celui d'une amputation de jambe guérie (et par guérie il faut entendre cicatrisée, guérie absolument) au onzième jour, d'autres au treizième, au quinzième jour; une jeune fille amputée de la cuisse pour une tumeur blanche du genou était guérie le seizième jour.

En somme, que l'on considère la méthode de M. Azam, ainsi que lui-même le fait, comme une espèce d'occlusion formant une plaie sous-cutanée, ou qu'on la regarde comme une réunion par première intention incomplète, les résultats favorables obtenus dans un milieu hospitalier (hôpital Saint-André, de Bordeaux) méritent d'appeler l'attention des chirurgiens sur ce procédé d'union des plaies d'amputation.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 25 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR COURTY.

RÉUNION DES PLAIES D'AMPUTATION : MM. VERNEUIL, LE DENTU, DIDAY, FOCHIER, COURTY ET OLLIER.

La communication de M. le docteur Azam est devenue le sujet d'une discussion importante.

M. le professeur *Verneuil*, qui prend le premier la parole, résume à grands traits, dans une improvisation magistrale, l'historique de cette question du pansement des plaies d'amputation.

J'avais, dit-il, l'intention de parler de la réunion immédiate en général; je voulais protester contre la généralisation de cette méthode et soutenir que si dans certaines conditions déterminées elle réussissait bien, dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, elle échoue lorsqu'on est, comme nous le sommes, placé dans des milieux défavorables.

Je me bornerai, pour restreindre le débat, à suivre M. Azam dans l'étude du pansement des plaies d'amputation.

Cette question fort ancienne, et cependant toujours à l'ordre du jour, prouve que nous ne sommes pas beaucoup plus avancés qu'autrefois. Cela tient à ce qu'on ne s'est pas bien entendu sur la valeur des mots. Par plaie d'amputation, on peut entendre une plaie par instrument tranchant, régulière, méthodique, intéressant des tissus variés et présentant plusieurs formes que l'on peut ramener à deux types principaux, concave et angulaire. Le foyer renferme du tissu cutané, des muscles, des os et des vaisseaux, formant au centre une cavité virtuelle.

Étant donnée cette plaie, quels sont les divers modes de traitement qui ont été appliqués? On a pu songer d'abord à laisser la plaie exposée à l'air; mais ce procédé est rempli d'inconvénients : il laisse une surface étendue, douloureuse, avec suppuration considérable, et retarde la cicatrisation; il n'a

qu'un avantage, celui de la non-rétention des produits de la plaie.

Le premier moyen de protection dont l'emploi s'est perpétué jusqu'au premier tiers de ce siècle, est le pansement simple. Je me bornerai à dire que c'est un moyen illusoire.

Un second moyen de protection fut la réunion immédiate; ses avantages sont la suppression de l'inflammation, l'absence de suppuration, l'avancement de la guérison; mais l'inconvénient que cette méthode présente, c'est que pour les amputations elle est impossible ou se réalise à peine.

Du parallèle de ces avantages et de cet inconvénient devait naître une idée, celle de la réunion partielle, qui restreint le temps nécessaire à la guérison par la diminution de la surface de la plaie; mais ces procédés de réunion ne tiennent pas compte de la rétention du pus dans le foyer. La méthode présentée par M. Azam remédie à cet inconvénient.

A côté de ces moyens de protection il s'est produit dans ces dernières années deux méthodes qui ont surtout en vue, et c'est là la question capitale, de se défier du milieu dans lequel on opère et l'on traite ses blessés et de s'en mettre à l'abri. En effet, sur 20 amputés qui mourront à la campagne, 19 seront morts du fait de la blessure, tandis que dans les hôpitaux 1, 2 meurent de leur blessure, 3 à 4 par défaut de constitution et 15 sur 20 seront victimes de l'influence du milieu.

Le premier de ces moyens est le pansement de Lister, pansement répété, dans lequel on poursuit sans relâche l'agent délétère, infectieux. Lister prétend avoir ainsi une inflammation modérée, une suppuration nulle ou à peu près, une absorption insignifiante; mais aussi la guérison est lente.

Pendant que Lister cherchait à détruire le germe *in situ*, Laugier avec la baudruche, Chassaignac avec le diachylon, imaginaient de mettre la plaie à l'abri par des pansements par occlusion. Cette idée fut fécondée dans ces derniers temps par A. Guérin, à qui nous devons le pansement ouaté.

Il s'agit donc d'établir le parallèle entre ce pansement et la méthode préconisée par M. Azam. Ce qui peut nous diriger, c'est de chercher la source du danger. Or, je n'apprends rien que n'aient déjà mis clairement en relief les discussions ouvertes à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie en disant que les milieux dans lesquels nous sommes placés sont détestables à Paris. Qu'on regarde l'Hôtel-Dieu de Lyon, superbe monument, exécrable hôpital, plus mauvais encore que l'Hôtel-Dieu de Paris; qu'on regarde une foule de grands hôpitaux : autant de nécropoles assermentées. Si je me plais à reconnaître que dans un milieu salubre la méthode de M. Azam est absolument acceptable, je crois fermement que dans un milieu insalubre, tel que ceux que je viens de citer, les conditions seront tournées contre le chirurgien. Aussi, malgré l'inconvénient du pansement ouaté, c'est-à-dire une guérison lente, je donnerai la préférence à cette méthode. La durée de la cure ne peut être mise en parallèle avec la sécurité.

M. le docteur *Le Dentu* appuie l'argumentation de M. Verneuil en disant que toute considération thérapeutique doit avoir pour base la considération du milieu. Si tel moyen est bon à Paris, c'est-à-dire dans un milieu malsain, *à fortiori* le sera-t-il dans des conditions de milieu favorable. Ces conditions sont telles que sur trente-cinq amputations de jambe ou de cuisse pratiquées au Creusot, on n'a pas eu à déplorer un cas de mort. Les bons résultats fournis par l'emploi du pansement ouaté, la simplicité de ce pansement, doivent en définitive lui donner le pas sur toute autre méthode et le faire adopter d'une façon générale.

M. le docteur *Diday* rappelle, comme présentant quelques points d'analogie, la méthode de pansement de Dupuytren, où la mèche de charpie figure le drain de M. Azam.

M. le docteur *Fochier* a l'avantage sur ses collègues de Lyon d'exercer dans un hôpital placé dans des conditions hygiéniques relativement bonnes (hôpital de la Croix-Rousse). Depuis longtemps, il fait une double suture, superficielle et profonde, en laissant pour la suppuration osseuse une voie libre au moyen de la mèche, qu'il trouve préférable au drain, parce que celui-ci se bouche assez facilement et ne remplit dès lors plus son indication.

M. le professeur *Courty* redoute l'occlusion; aussi n'a-t-il pas recours au pansement ouaté. Il a obtenu une fois une réunion immédiate très-complète, mais il est de l'avis de ses collègues sur l'infidélité de cette méthode. Sa grande préoccupation est d'assurer l'immobilité la plus absolue, et pour cela il s'est souvent servi de la grande gouttière de Bonnet.

M. le docteur *Ollier* a dans le temps essayé d'obtenir l'occlusion au moyen d'un bain huileux dans lequel plongeaient les plaies. L'huile était enfermée dans un sac de baudruche qui était liée au-dessus de la plaie. Ce procédé, que nous avons vu appliquer pendant que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Ollier, n'est applicable d'une façon générale qu'à des plaies des extrémités. Le chirurgien de Lyon l'a abandonné, car au bout du douzième, du quinzième jour, les plaies étaient blanchâtres, atones et ne présentaient plus de vitalité bourgeonnante. Actuellement, il emploie le bandage ouaté en assurant l'immobilité plus parfaite au moyen d'une couche de silicate; mais depuis ses premiers essais il a modifié un peu son mode d'emploi. Désirant ne pas enfermer dans le bandage les premiers produits qui s'écoulent de la plaie, il place un drain dans le fond, rapproche les lambeaux, et ce n'est qu'au troisième jour qu'il applique son bandage ouato-silicaté.

SÉANCE DU 26 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DIDAY.

AUTOPLASTIE EXPÉRIMENTALE : M. LE DENTU. — APPAREIL A DOUBLE BALLON POUR L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA : M. CHASSAGNY. — DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE : M. A. MOLLIÈRE.

La séance est ouverte à dix heures un quart.

L'excursion à la Voulte (Ardèche) nuit un peu à l'affluence des membres à cette séance. Partis, en effet, à six heures du matin, les cent cinquante touristes, *quorum pars minima fui*, ne sont rentrés à Lyon qu'à trois heures du matin. Ce retard un peu inattendu n'a pas détruit la bonne impression rapportée de la visite aux usines de la compagnie et de la magnifique réception faite à l'Association française.

M. le docteur *Le Dentu* fait une communication orale sur un procédé d'autoplastie conjonctivale appliqué au traitement du symblépharon. Rappelant en quelques mots les diverses méthodes chirurgicales qui ont eu pour but de remédier à cette difformité, celles qui luttaient contre la cicatrisation par des moyens violents, tels que la rupture des adhérences, celles qui y remédiaient par différents procédés autoplastiques, M. Le Dentu a imaginé, pour le cas qui lui était soumis une variété de procédé qu'il décrit de la façon suivante :

« J'avais à opérer un jeune homme qui, à la suite d'une brûlure par la chaux, avait une adhésion cicatricielle de la paupière inférieure à la moitié du globe de l'œil, remontant aux deux tiers de la cornée. Il pouvait distinguer la forme des objets, mais les détails échappaient à la vue. Il avait été déjà traité par un autre procédé qui n'avait donné aucun résultat. J'eus alors l'idée de prendre à la partie supérieure de la conjonctive un grand lambeau en pont et de le porter à la partie inférieure du globe. Je disséquai, pour cela, la partie adhérente à la cornée, en l'isolant largement de chaque côté: j'avais ainsi un cul-de-sac à deux surfaces cruentées. Portant alors le bistouri sur la conjonctive à la partie inférieure du bulbe, je la détachai en remontant par une incision demi-courbe portant à 2 millimètres au-dessus de la cornée. Par une deuxième incision curviligne au-dessus, je pus détacher le lambeau conjonctival et le rabattre entre les deux faces saignantes de la première dissection. La partie supérieure du bulbe est alors dénuée de conjonctive, mais les deux surfaces sont séparées.

Je fis cinq points de suture en bas et trois en haut. Jusqu'à présent (huitième jour) tout va bien, et il y a lieu d'espérer une réussite complète.

M. le docteur *L. Tripier* a la parole pour une communication sur les amputations à lambeaux périostiques.

» Dans une communication faite l'année dernière au Congrès de Lyon, et intitulée : De la reproduction des extrémités articulaires des os longs après les amputations, j'ai cherché à établir que chez les animaux, et en se plaçant dans des conditions convenables, on pouvait après les désarticulations reséquer les têtes osseuses et en obtenir d'autres ayant absolument le même type. Or, à cette époque, je me plaçais surtout au point de vue de la physiologie générale. Quant aux applications pratiques, elles étaient reléguées au second plan, ou plutôt je n'envisageais que la désarticulation du genou, précisément parce que mes expériences avaient presque exclusivement porté sur la reproduction de l'extrémité inférieure du fémur. Depuis lors, j'ai pu faire des tentatives analogues sur l'extrémité inférieure de l'humérus, ainsi que sur celle des os de l'avant-bras et de la jambe.

» Mes recherches ne sont pas encore terminées en ce qui concerne les désarticulations du poignet et du cou-de-pied; mais, pour ce qui est de la désarticulation du coude, je crois pouvoir aujourd'hui formuler aussi nettement mon opinion que je l'ai fait l'année dernière pour la désarticulation du genou. En effet, en procédant, à peu de chose près, de la même façon, je suis arrivé à un résultat tout aussi beau. Ceux des membres de la section des sciences médicales qui sont allés dimanche dernier à l'École vétérinaire ont pu voir le chien dont je vais présenter les pièces. Il y a trois mois et demi environ, cet animal fut amené pour être abattu. Il avait reçu une charge presque complète de grenaille dans l'avant-bras droit. Après l'avoir examiné, je pensais que c'était là une excellente occasion d'appliquer la même opération qui m'avait déjà donné de bons résultats sur le lapin et surtout sur le chat. Ainsi qu'on pourra le constater pièces en main, non-seulement je suis arrivé à obtenir une régénération osseuse, ce qu'il était facile de prévoir; mais la forme et la longueur sont si bien reproduites qu'on pourrait, à ne considérer que les deux humérus, contester que j'aie enlevé 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'un d'eux. Voici la façon dont j'ai procédé :

1° Désarticulation du coude à lambeau antérieur;

2° Décollement du périoste et de toutes les parties fibro-tendineuses, à partir des surfaces articulaires jusqu'à 3 centimètres au-dessus du bord interne de la trochlée;

3° Section de l'os;

4° Suture à points coupés de la gaîne synoviale du triceps (fils métalliques capillaires);

5° Rapprochement par suture sur la ligne médiane, et d'avant en arrière de la gaîne périostique;

6° Rapprochement semblable des deux lambeaux cutanés.

Dans le premier temps, je fais tomber l'avant-bras et la main. Ces parties ne pouvant que gêner ultérieurement dans le manuel opératoire, il est préférable de s'en débarrasser immédiatement. Sur l'homme et dans le cas où l'on supposerait qu'une résection est encore possible, il est évident qu'on pourrait tout d'abord faire aux téguments une incision latérale coudée en arrière, puis on procéderait à la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. Alors, si les dégâts du côté des parties molles paraissaient trop considérables (déchirures profondes, blessures des gros vaisseaux et des nerfs), on compléterait le petit lambeau postérieur, et l'on terminerait par le grand lambeau antérieur qu'on taillerait de dedans en dehors, ou mieux de dehors en dedans pour la peau, et de dedans en dehors pour les autres parties.

Dans le deuxième temps, il est indispensable de procéder avec beaucoup de ménagement, soit pour enlever exactement tous les tissus adhérents à l'os, soit surtout pour éviter les déchirures d'abord, puis le décollement de la gaîne périostique.

Nous faisons la même recommandation pour le troisième temps.

Dans le quatrième temps, on se propose d'isoler complétement de la grande plaie la gaîne synoviale du triceps. Pour cela, nous n'avons trouvé rien de mieux jusqu'ici que la suture. Ni l'extirpation, ni la cautérisation, ne peuvent être mises ici en parallèle. La meilleure preuve que nous réussissons avec la suture, c'est qu'il n'y a pas de fusées purulentes, et que la cavité séreuse persiste. Nous recommandons surtout de multiplier les points.

Dans le cinquième temps, nous façonnons, en quelque sorte, le moule de la partie à reproduire; or, en rapprochant par deux points de suture médians et d'avant en arrière la gaîne périostique, nous obtenons un moule complet représenté en haut par la section de l'os, à la périphérie par la gaîne périostique renflée à sa partie inférieure; enfin, en bas par l'extrémité de cette même gaîne libre et développée sur les parties latérales (condition favorable pour l'écoulement du pus), rétrécie au contraire et comme étranglée au milieu, dans le point correspondant à la suture.

Dans le sixième temps, nous cherchons à empêcher le grand lambeau de remonter en avant sans empêcher l'écoulement du pus, qui se fait, dans ce cas, sur les parties latérales.

Si nous avions à pratiquer de nouveau cette opération, nous fixerions par deux points de suture le tendon du triceps à la partie moyenne du grand lambeau. Nous espérerions ainsi remédier à la rétraction de ce tendon et assurer la fixation du grand lambeau à la partie postérieure du membre.

Nous ferons remarquer en terminant que les insertions musculaires ont conservé leurs rapports exacts et que le moignon est bien matelassé. Il s'ensuit donc qu'ici, de même que pour le genou, avec notre procédé opératoire, on évite tous les inconvénients de la désarticulation, et cependant on en conserve tous les avantages.

— M. le docteur *Chassagny* fait, à l'aide de son appareil à double ballon, une démonstration de la méthode qu'il applique dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Nous renvoyons le lecteur à la lettre qu'il a adressée à M. Chantreuil et publiée dans le journal du docteur Verrier. L'auteur énumère là les avantages et le mode d'application de son procédé; il apporte quelques nouveaux faits à l'appui de ses conclusions.

— M. le docteur *D. Mollière* relate trois expériences relatives à la déviation de la colonne vertébrale. Il sectionne sur un lapin trois nerfs intercostaux; malgré la suture exacte, il se produit un abcès qui s'ouvre au dixième jour. Huit mois après cette opération, l'auteur trouve sur la colonne une déviation latérale légère. Il se demande, en face de l'insuccès de deux autres expériences, si la déformation doit être attribuée à la lésion nerveuse ou à la suppuration. Les expériences doivent être continuées.

Séance supplémentaire du 26 aout. — Présidence de M. le professeur Verneuil.

Pratique civile : M. Séguin. — Conditions hygiéniques du travail du cœur : M. Marey. — Appareil pour l'étude des mouvements respiratoires : M. Marey. — Climat du midi de la France : M. Pétrequin. — Encombrement charbonneux des poumons : M. Riembault. — Électrothérapie : M. Dagrève.

M. le docteur *Séguin*, délégué du congrès médical des États-Unis, demande la nomination d'une commission pour réglementer d'une façon uniforme l'observation des malades dans la pratique civile et utiliser les nombreux matériaux scientifiques qui se perdent de ce côté. Il présente en même temps quelques modèles de notes, un thermomètre à l'usage des gens du monde, à la portée des personnes les moins versées dans les connaissances médicales.

M. *Marey* appuie cette proposition. Il serait bon, dit-il, d'avoir des tables qui permissent de prendre complétement

l'observation de la maladie. Il existe de grandes divergences dans les notations thermométriques ou autres, qui cesseraient d'exister par ce moyen.

— M. *Marey* expose ensuite ses recherches sur *les conditions dynamiques du travail du cœur*. Les mouvements du cœur sont, dit-il, dépendants de conditions qui font varier leur fréquence; ces variations semblent soumises à des lois très-compliquées et se ramènent, en réalité, à des lois assez simples. Je posais autrefois ce principe: toutes choses égales du côté de l'innervation, le cœur bat d'autant plus vite qu'il a plus de facilité à se vider. Cyon, excitant le nerf qu'il qualifie de dépresseur, trouve que les battements se ralentissent à mesure que la pression baisse. Or, dans le système circulatoire, la pression est très-inégale dans les différents points; car la pression a deux facteurs; d'une part, l'impulsion cardiaque, de l'autre, la résistance des petits vaisseaux. En examinant l'influence de ces deux facteurs indépendamment l'un de l'autre, on trouve que, si l'on ne tient compte que de l'impulsion cardiaque, avec une pression forte on a une accélération des battements; avec une pression faible, un ralentissement; si au contraire, laissant de côté l'influence du cœur, on ne s'occupe que de la pression terminale, résistance des petits vaisseaux, on a, avec une pression forte une diminution du nombre des battements; avec une pression faible, une augmentation.

Or, lorsqu'on soustrait le cœur à l'influence nerveuse, il n'est plus soumis qu'à la deuxième cause modificatrice de la pression, l'obstacle apporté par les petits vaisseaux, et il est facile dans ce cas de vérifier la loi énoncée plus haut. Partant de ces données, si le nerf de Cyon était réellement un nerf dépresseur, au lieu de ralentir les battements il devrait les accélérer.

— Une deuxième communication de M. Marey a trait à un appareil pour l'étude clinique des mouvements respiratoires. Cet instrument fort ingénieux, dont nous ne pouvons exposer ici les détails et le mécanisme, appliqué sur la poitrine du sujet en observation, enregistre lui-même les diverses phases de l'inspiration et de l'expiration.

— M. le docteur *Pétrequin* lit un mémoire intitulé Recherches expérimentales sur le climat du midi de la France; il en tire quelques conclusions au point de vue de l'hygiène pendant la saison d'été dans ces pays.

— M. le docteur *Riembault* (de Saint-Étienne) rapporte les conclusions d'un mémoire qu'il a présenté à la Société de médecine de Saint-Étienne sur l'*encombrement charbonneux des poumons* chez les mineurs. Il demande qu'on recherche si les houillères grasses favorisent plus que les houillères maigres cette pénétration de l'organe respiratoire, et si l'on ne trouverait pas dans un état hygrométrique différent la cause de cette affection.

— M. le docteur *Dagrève* communique deux observations de sa pratique relatives à l'emploi de l'électricité.

SÉANCE DU 28 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

DALTONISME CHEZ LES EMPLOYÉS DE CHEMIN DE FER : M. FAVRE. — TRAITÉ DES MALADIES ARTICULAIRES : M. COURTY. — MALADIE NOUVELLE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS : M. LAROYENNE. — ALLONGEMENT ET RACCOURCISSEMENT APPARENTS DANS LES COXALGIES : M. VERNEUIL. — ORDRE DU JOUR RELATIF A L'HÔTEL-DIEU DE LYON.

— M. le docteur *Favre* fait part à la section de ses recherches sur les cas de *daltonisme chez les employés de chemin de fer*. Il a pu facilement, à titre de médecin de la compagnie de Paris-Lyon, étudier cette question si importante au point de vue de la sécurité générale. Sur 1196 sujets examinés à cet égard de 1864 à 1868, il a trouvé 13 daltonismes rouges et 1 vert; sur 728 sujets de 1872 à 1873, 42 cas de daltonisme plus ou moins prononcé. L'auteur évalue à près d'un million le nombre de personnes en France atteintes de cette affection. Il signale comme une cause fréquente les traumatismes, les maladies graves, fièvre typhoïde, syphilis, etc. Pour le cas particulier dont il s'occupe, on ne peut remédier aux dangers terribles que peut entraîner ce trouble de la vision et dont on a eu malheureusement de funestes exemples, qu'en pratiquant un examen fréquent chez les employés qui sont plus particulièrement destinés à se servir des signaux colorés (mécaniciens, aiguilleurs, etc.).

— M. le professeur *Courty* lit un court mémoire destiné à montrer l'importance de l'immobilité et de l'attitude naturelle dans le traitement des maladies articulaires. Par attitude naturelle, il entend la position réclamée par le membre pour être à l'état de repos, de laxité, le plus parfait (extension pour le genou, angle droit pour l'articulation tibio-tarsienne, etc., etc.).

— M. le docteur *Laroyenne* vient entretenir la section d'une maladie nouvelle qu'il a observée sur dix-huit nouveau-nés. Cette affection qu'il a rencontrée dans le dernier semestre de l'année 1872 et qu'il ne connaissait pas auparavant, est caractérisée par une teinte spéciale, jaune olivâtre, répandue sur une grande partie de la surface cutanée; les extrémités et les lèvres sont au contraire violacées; la conjonctive présente une teinte subictérique. Cette maladie survient assez brusquement, a une marche rapide (la mort arrive en 36, 48 heures), est accompagnée de peu de fièvre : 1 degré d'élévation; la température baisse environ de 2 degrés quelques heures avant la mort. Mentionnons enfin que les langes souillées par l'urine sont tachées d'une auréole sanglante. A l'autopsie, les viscères, foie, rate, poumons, ne présentent qu'une congestion intense sans altération particulière; les vaisseaux contiennent un sang noir, poisseux; le liquide céphalo-rachidien présente une couleur chocolat; on trouve parfois dans le péricarde un liquide identique. Le rein présente dans le bassinet un caillot grenu, sanguin, plus ou moins volumineux; enfin, la vessie contient une urine sanglante, d'où les taches observées sur le linge.

M. *Parrot* a observé un cas de maladie semblable; Berckmann avait étudié les coagulations des veines émulgentes à la suite des catarrhes intestinaux; Pollack enfin a publié des observations analogues qu'il explique par un excès de tension dans le rein, mais sans en donner la cause. D'après ces observateurs, il semble qu'on doive tout faire dériver du catarrhe intestinal. Mais M. Laroyenne fait remarquer avec juste raison que des enfants faibles ou forts, mais non diarrhéiques, sont pris subitement et meurent en quelques heures; d'autre part, qu'on a une contre-épreuve probante, c'est que les nombreux sujets atteints de diarrhée cholériforme à la même époque n'ont jamais présenté les altérations qu'il a rencontrées dans cette maladie.

— M. le professeur *Verneuil* fait ensuite une communication orale sur les *causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparents dans la coxalgie*. Dans la difformité qui accompagne le plus souvent la coxalgie, il y a lieu de distinguer la déviation fémorale et la déviation pelvienne, bien qu'elles se combinent dans la plupart des cas. Les déformations apparentes se rapportent à deux formes : l'allongement apparent du membre avec abduction, rotation en dehors, projection en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure et abaissement du bassin; le raccourcissement apparent avec adduction, rotation en dedans, projection en avant de l'épine iliaque, élévation du bassin. Quelle est la cause qui amène à un moment donné le passage d'un type à un autre? Pourquoi tel malade qui présentera au début un allongement (apparent) aura-t-il plus tard un raccourcissement? Martin et Collineau l'ont expliqué en disant que si l'affection siége dans les parties molles, il y aura allongement; au contraire, si l'articulation elle-même est atteinte, on aura un raccourcissement. Bonnet et Valette, dans leur article du Dictionnaire, l'attribuent à l'attitude vicieuse du malade dans

son lit; cette explication, vraie au début, puisque par un changement de position on peut corriger la difformité, n'est pas suffisante à une période plus avancée.

La cause unique est le mouvement de bascule du bassin, et ce mouvement est lui-même dû à une contracture du muscle carré des lombes et des muscles rachidiens. Dès lors, suivant que la contracture siégera du même côté que l'affection articulaire ou du côté opposé, on aura un allongement ou un raccourcissement.

Quelle est la cause elle-même de cette contracture? M. Verneuil l'ignore et n'émet aucune hypothèse à ce sujet. Mais, possesseur de la cause indirecte de la déformation, il peut dès lors y remédier plus efficacement; pour cela, plaçant son malade sur le dos ou sur le ventre, il appuie le genou sur la région convexe, c'est-à-dire du côté opposé à la contracture, et par des manipulations graduées en saisissant le sujet par les épaules et par le bassin, il fait peu à peu disparaître cette espèce d'ensellure latérale et par cela même la contracture. Un bandage appliqué après ces manœuvres aura alors une efficacité réelle et rétablira l'attitude normale, sans crainte de récidive.

— Dans cette même séance, à la suite d'une visite à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de la Charité, sur la proposition du bureau, les membres de la section ont voté un ordre du jour dont voici la substance :

L'Hôtel-Dieu de Lyon, construction merveilleuse au point de vue architectural, ne répond nullement aux besoins de l'hygiène et aux conditions de salubrité requises par les services chirurgicaux. Quelles que soient les améliorations qu'on y apporte, la transformation ne modifiera jamais les causes d'insalubrité actuelles, et elle n'en fera jamais qu'un hôpital médiocre. Les mêmes considérants s'appliquent à l'hôpital de la Charité, où l'on voit sévir fréquemment dans les services de la Maternité des épidémies meurtrières.

Cet ordre du jour a été voté à l'unanimité après une série d'observations présentées par MM. Verneuil, Diday, Gayet, Marmy, Texier, Bruch, Seguin, et qui toutes ont mis en évidence les défauts de construction et d'aménagement de l'Hôtel-Dieu.

— N'oublions pas de mentionner en terminant une excursion scientifique des plus intéressantes faite en ballon, et qui était une des gracieusetés offertes par M. Guimet aux membres de l'Association.

A. Cartaz.

P. S.—Au sujet de cette excursion, de son but scientifique et des incidents qui ont marqué ce périlleux voyage, nous pouvons donner les renseignements suivants, puisés à très-bonne source.

Elle a eu lieu le 28 août à onze heures du matin, sous la direction de M. Poitevin fils, aéronaute. Dans la nacelle avaient pris place MM. Charles Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Institut; Samuel Pozzi, aide d'anatomie à la Faculté, interne (*médaille d'or*) des hôpitaux de Paris; Henry Coutagne, docteur en médecine de Lyon; Estienne, fermier du parc de la Tête d'or, rédacteur du Salut public de Lyon. Malheureusement les voyageurs sont partis dans de très-mauvaises conditions: Le ballon de M. Poitevin ayant été déchiré dans une première tentative de gonflement, trois jours auparavant, on avait dû avoir recours à un assez médiocre aérostat, *le Duquesne*, qui n'avait pas servi depuis le siége de Paris. En outre, le temps était détestable; un orage s'était déclaré au moment du départ et la pluie tombait avec abondance. Cependant les voyageurs, munis de nombreux instruments d'observation, n'ont pas hésité à se confier à l'habile aéronaute. Ils ont rapidement atteint une hauteur de 2200 mètres, et s'y sont maintenus sensiblement durant plus d'une heure. C'est à cette altitude qu'ils ont pu faire diverses expériences : — Recueillir les gaz de la respiration; — faire pénétrer l'air dans un ballon Pasteur; — noter le nombre des pulsations du pouls et des mouvements respiratoires; — prendre des tracés sphygmographiques. Les résultats importants de cette étude seront ultérieurement publiés.

A une heure cinq minutes, le ballon ayant perdu une notable quantité de gaz et le lest étant presque épuisé, on dut se résigner à la descente. Elle s'effectua au bord du lac des Rousses (Jura), près de la frontière Suisse, brusquement et non sans dangers, vu le mauvais état du ballon dont quelques organes importants étaient endommagés. La nacelle éprouva un choc très-violent, et fut traînée pendant quelques mètres; à ce moment l'aéronaute et M. Charles Martins reçurent tous deux à la jambe gauche de fortes contusions, heureusement sans gravité, mais qui obligeront l'éminent professeur de Montpellier à garder le repos pendant quelques semaines. (Voyez, pour l'excursion à Genève, aux *Variétés*, p. 584.)

Section d'anthropologie.

SÉANCE DU VENDREDI 22 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BROCA.

ETHNOLOGIE : M. LAGNEAU. — FOUILLES DANS DES GROTTES ET DOLMENS : MM. CHAUVET, DE LA BLANCHÈRE, TOPINARD. — CHEVAUX TROUVÉS A SOLUTRÉ : M. TOUSSAINT. — LE PRÉCURSEUR DE L'HOMME : MM. DE MORTILLET ET HOVELACQUE.

La séance est ouverte à huit heures et demie du matin, sous la présidence de M. Broca, élu la veille. M. le docteur Prunières (de Marvejols) avait été nommé vice-président, et MM. Cartailhac et Pozzi, secrétaires.

M. *Lagneau : Recherches ethnologiques sur les populations du bassin de la Saône et des autres affluents du cours moyen du Rhône.* — Il semble que dans les temps préhistoriques, au moins trois races distinctes aient existé dans la région orientale moyenne de notre pays, l'une très-ancienne, très-dolichocéphale, au front très-déprimé, aux arcs sourciliers saillants; une autre au crâne globuleux, brachicéphale, à la face large et courte; la troisième dolichocéphale, au crâne moins allongé que la première, aux arcades sourcilières peu saillantes, à la face orthognathe et étroite.

Depuis les temps historiques, cette région, entièrement comprise dans la Celtique qui s'étendait de la Garonne à la Seine, de l'Océan aux Alpes, était habitée par de nombreux peuples, les Æduens, les Séquanes, les Ambarres, les Aulercs Brannovics, les Cimbres, les Ségusiens ou Ségusiaves, les Allobroges, les Ceutrons, etc.

L'ethnogénie de ces peuples paraît avoir été principalement, mais non pas uniquement celtique. César, en faisant remarquer que les habitants de la Gaule celtique se donnaient à eux-mêmes le nom de Celtes, *Celtæ*, alors que les Romains leur appliquaient celui de Gaëls, *Galli*, semble révéler le mélange des Celtes et de Gaëls que Diodore de Sicile a grand soin de distinguer; le nom de Celtes, Κελτοί, appartenant aux peuples qui habitaient au-dessus de Marseille dans l'intérieur des terres jusqu'aux Alpes; celui de Gaëls ou Galates, Γαλάται, aux peuples habitant au delà de la Celtique, les pays maritimes s'étendant de l'Océan aux monts Hercyniens, actuellement les montagnes du Hartz.

Pour se rendre de ces régions septentrionales dans le sud-est de notre pays et au sud des Alpes, ces Gaëls, *Galli*, d'abord si redoutés de Rome, durent remonter le bassin de la Seine et arriver par celui de la Saône et du Rhône jusqu'aux différents passages leur permettant de franchir cette chaîne de montagnes. On s'explique donc facilement que plusieurs peuplades septentrionales se soient fixées dans ce dernier bassin d'une grande fertilité.

Les Séquanes, qui avaient anciennement habité les bords de la Seine, *Sequana*, paraîtraient avoir été refoulés, ou se seraient spontanément portés plus au sud-est; car à l'époque

romaine ils occupaient à l'est de la Saône toute la vaste région dont *Vesantio*, Besançon, était la capitale.

Les Aulercs Brannovics, qui habitaient au sud-est des Æduens, n'étaient qu'une des quatre fractions du peuple Aulerc dont les trois autres, les Aulercs Eburovics, les Aulercs Cénomans, et les Diablindes, étaient restés en grande partie au nord de la Loire dans les régions dont *Mediolanum*, *Suindinum* et *Nœodunum*, actuellement Évreux, le Mans et Jublains étaient les capitales.

Ces Séquanes, ses Aulercs Brannovics et quelques autres peuples paraissant immigrés dans la région baignée par la Saône et le Rhône, qu'ils soient des Celtes vaincus, repoussés des régions plus septentrionales, qu'ils soient des Gaëls, Belges, semblent donc témoigner du refoulement et du mélange de ces peuples dans cette région dont la population dut être en grande partie celtique, mais aussi en grande partie gaëlique.

La race celtique, occupant anciennement le pays, paraît avoir dû être caractérisée par une tête plus ou moins globuleuse, une taille peu élevée, des cheveux bruns.

La race des conquérants Gaëls ou Galates occupant antérieurement les régions maritimes du Nord, mais ayant envoyé des migrations successives vers le midi, aurait eu la tête plus ou moins allongée, la taille élevée, les cheveux blonds, la peau très-blanche, et les autres caractères anthropologiques de la race germanique septentrionale.

D'ailleurs, à cette même race germanique septentrionale paraît devoir être rapporté un peuple nombreux, les Burgondes, *Burgundiones*, qui après avoir antérieurement habité les rives de la Vistule et les bords de la mer Baltique, par migrations successives, traversèrent la Germanie pour pénétrer dans les Gaules au commencement du ve siècle après J. C. Ces immigrés du Nord, à la haute stature, auraient encore de nombreux descendants dans quelques-uns des départements qui, comme ceux du Doubs, du Jura et de la Côte-d'Or, se feraient remarquer par la taille élevée de leurs jeunes hommes.

M. *Abel Hovelacque* fait observer que l'on croit que les Slaves ont pénétré jusque dans les régions que nous habitons aujourd'hui; on dit même que certains d'entre eux se seraient avancés jusque dans le Rouergue; n'est-il pas probable, ajoute M. Hovelacque, que dans la vallée de la Saône on peut trouver des traces de ces migrations?

M. *Lagneau* répond qu'il ne connaît pas beaucoup de documents sur ce sujet. Au ve siècle, lors de la grande invasion des Barbares, les Vandales, comme on le sait, furent au nombre des peuples qui s'abattirent sur l'Occident. On a beaucoup discuté la question de savoir si les Vandales étaient des Germains ou des Slaves (Wendes). Ces Wendes se seraient étendus des bords de la Vistule jusque dans le pays qui s'appelle aujourd'hui le Mecklembourg. En 1867, au congrès d'archéologie et d'anthropologie préhistoriques à Paris, M. Virchow nous parla de Wendes qui se nommaient Serbes ou Sorabes. Les Slaves s'avancèrent jusqu'à l'Elbe, et toute la région orientale à cette rivière formait sous Charlemagne un *cercle de Slavonie* où se trouvaient compris les Ruges, les Obotrites, etc. On faisait tant de prisonniers par là, qu'on confondit le nom de Slaves avec celui d'esclaves. Certains de ces prisonniers étaient emmenés en Lorraine, à Verdun, où on les faisait eunuques afin de les revendre aux riches Maures d'Espagne. Il faut encore ajouter qu'à l'époque de l'invasion des Barbares, il y eut des tribus sarmates parmi les envahisseurs. On connaît des préfets et des lettes sarmates parmi les fonctionnaires de l'Empire d'Occident. Enfin M. Ciran attribue à ces Slaves l'origine du nom du village de Sermoyères (Ain) qui occupe l'emplacement d'un camp de Sarmates.

M. *Broca*. Des crânes dits burgondes trouvés par M. Brulé, à Dijon, et très-dolichocépales, ont été comparés par M. Lagneau aux crânes de Scanie en Suède, publiés par Retzius. Or, ces derniers crânes ne sont en réalité qu'à peine dolichocéphales; il ne faudrait donc pas les rapprocher de ceux de Dijon. A propos de crânes acrocéphales de la région de la Saône, M. Lagneau rappelle les contrées de l'orient de l'Europe où l'on en a trouvé. Pour moi, ces déformations artificielles du crâne constituent un caractère ethnique, et la déformation du crâne de Voiteure n'est pas la même que celle des autres crânes cités qui sont macrocéphales. Ceux-ci ont été trouvés au Caucase, en Crimée, sur les bords du Rhin, et sont semblables à ceux du Languedoc qui ont subi la déformation dite toulousaine. Il y aurait ainsi lieu de croire qu'une même peuplade a emporté avec elle du Caucase en Aquitaine ce mode de déformation. Il est donc très-utile de distinguer celle ci de l'acrocéphalie qui provient d'un aplatissement du derrière du crâne.

M. *Gosse* rapporte qu'il a trouvé dans les Vosges un exemple d'acrocéphalie; il ajoute que ce mode de déformation devait être un usage des Sarrasins, car il se retrouve en Kabylie; mais qu'il ne connaît pas cet usage chez les Huns.

M. *Lagneau*, répondant d'abord aux observations de M. Broca, rappelle un travail de Beddoe sur des matelots suédois des provinces méridionales, dans lequel il est constaté chez ceux-ci une dolichocépalie accentuée. Cependant d'autres crânes attribués aux Burgondes ne présentent pas ce caractère; ceux de Ramasse, par exemple, seraient plutôt brachycéphales, et ceux de Bel-Air seraient mésaticéphales; mais il pourrait se faire qu'il y eût parmi ces Burgondes de nombreux représentants des races antérieures. En ce qui concerne la déformation dite toulousaine dont a parlé M. Broca, ajoute M. Lagneau, on sait que les Volxes Tectosages qui occupaient Toulouse lors de la conquête des Gaules par les Romains, prétendaient être venus du nord de la Belgique. Au reste, l'acrocéphalie est bien la suite d'une déformation systématique autre que celle dite toulousaine, et qui pourrait avoir été un usage des peuples des bords du Danube. Sidoine Apollinaire dit expressément que les Huns avaient la coutume de se déformer la tête de cette façon.

—Diverses communications auxquelles le défaut d'espace nous empêche de nous arrêter sont faites, tant dans cette séance que dans la séance de l'après-midi du même jour, par MM. Chauvet, de la Blanchère et Topinard, sur le résultat de fouilles opérées dans la grotte de la Gelie (Charente), dans un dolmen de Saint-Geniez-des-Bois (Aveyron) et dans le cimetière burgonde de Ramasse (Ain). M. Toussaint lit un rappport sur les chevaux trouvés à Solutré, et MM. de Mortillet et A. Hovelacque chacun un travail sur le précurseur de l'homme à l'époque tertiaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

PHYLLOXERA. — Communication de M. *Dumas* et de M. *Lichtenstein*.

EAUX POTABLES. — M. *E. de Laval* envoie un exemplaire d'une pétition adressée au conseil municipal de Paris, à l'effet d'obtenir la proscription des tuyaux de plomb pour la distribution des eaux destinées aux usages alimentaires. Nous avons parlé de cette pétition dans un de nos derniers numéros. (Renvoi à la section de médecine.)

CRÉTINISME. — M. *le ministre de l'agriculture et du commerce* adresse, pour la bibliothèque de l'Institut, le deuxième volume (deuxième partie) du Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France : enquête sur le goître et le crétinisme; rapport par le docteur Baillarger.

SUR L'INFLUENCE QUE LES CHANGEMENTS DANS LA PRESSION BAROMÉTRIQUE EXERCENT SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE. Douzième note de M. *P. Bert*. — « J'ai prouvé, dans plusieurs de mes notes précédentes : 1° Que, lorsque l'oxygène arrive chez un chien à la quantité de 28 à 30 volumes pour 100 volumes de sang artériel, l'animal est pris de convulsions, qui deviennent mortelles à la dose de 35 volumes environ; 2° que ces convulsions, si varié qu'en soit le type, proviennent d'une excitation directe de la moelle épinière, comme le montrent leur cessation sous l'influence des anesthésiques, et leur non-apparition dans un membre dont le nerf moteur a été préalablement coupé. On pourrait donc comparer l'oxygène à un poison du système nerveux, son action paraissant se rapprocher beaucoup de celle de la strychnine; mais, d'autre part, j'ai fait voir que, dès le but de l'attaque convulsive, la température de l'animal s'abaisse de plusieurs degrés. Il y a donc, dans les actes intimes de la nutrition, une altération profonde, ce qui n'a pas lieu dans les simples empoisonnements par les substances convulsivantes. On peut dès lors supposer que l'appareil si extraordinaire des convulsions n'est qu'un épiphénomène, une manifestation, si l'on peut ainsi parler, par la moelle épinière, du trouble général de l'organisme, comme il arrive dans les asphyxies et les hémorrhagies rapidement mortelles. »

Le sang n'est pas altéré; l'oxygène ne forme pas avec lui une combinaison plus stable que l'oxy-hémoglobine, car à la pression ordinaire l'oxygène se dégage. On est donc amené à penser que c'est l'excès d'oxygène dans la profondeur des tissus eux-mêmes qui altère les phénomènes chimiques de la nutrition. L'action toxique apparaît à un certain degré de sursaturation des tissus. Elle se fait sentir de même sur les invertébrés; dans l'oxygène comprimé, les insectes meurent plus rapidement que les arachnides et les myriapodes, ceux-ci plus que les mollusques et les vers de terre. Elle s'applique aux grains comme aux plantes elles-mêmes : les sensitives périssent rapidement à 6 atmosphères de pression dans l'air ordinaire, à 2 atmosphères dans l'air suroxygéné.

« Et maintenant quelle est la nature générale de l'altération des phénomènes nutritifs sous l'influence de cet excès d'oxygène imprégnant les tissus? Je suis autorisé à dire que la plus évidente manifestation est une diminution dans l'intensité des phénomènes d'oxydation. En effet : 1° si l'on fait respirer un animal dans un certain volume d'air, d'abord à l'état normal, ensuite pendant l'empoisonnement par l'oxygène, on voit qu'il absorbe beaucoup moins d'oxygène, dans un temps déterminé, pendant la seconde période que pendant la première; 2° si l'on analyse les gaz du sang artériel d'un chien qui vient d'avoir des convulsions dues à l'oxygène et qui respire depuis quelque temps à l'air libre, on n'y trouve plus que des quantités extraordinairement faibles d'acide carbonique (25, 20, 15 volumes pour 100 volumes de sang); 3° la proportion d'urée produite s'abaisse considérablement, sous l'influence de l'air comprimé; je l'ai vue tomber chez un chien, dans un cas, de 21 grammes à 16; dans un autre, de 12 grammes à 4, après un séjour de sept heures, à 8 atmosphères.

» Ainsi, très-faible absorption d'oxygène, très-faible production d'acide carbonique et d'urée, diminution, en un mot, de tous les processus chimiques consécutifs à la fixation d'oxygène dans l'organisme, telle est la conséquence de la sursaturation d'oxygène; et, à la suite, vient tout naturellement l'abaissement de la température...

» En un mot, un grand nombre de phénomènes chimiques du groupe des fermentations, que leur résultat soit une oxydation, un dédoublement, une simple hydratation, sont ralentis, sinon même arrêtés complétement par l'oxygène sous pression. Il n'est donc pas étonnant que les actes nutritifs des animaux et des végétaux soient de même arrêtés et que la mort s'ensuive. Mais la diminution dans l'intensité des actes nutritifs ne peut tout expliquer. L'asphyxie lente, les basses pressions barométriques les diminuent aussi, et cependant ne donnent pas des convulsions pouvant durer plusieurs heures, des accidents qui persistent alors même que la quantité d'oxygène absorbée pendant un temps donné est redevenue normale. Les grains d'orge arrêtés par le vide dans leur évolution n'y meurent pas, tandis qu'ils meurent dans l'air comprimé. Il y a donc ici, dans les actes physico-chimiques de la nutrition, non-seulement une diminution de quantité, mais aussi une modification de qualité; pour pouvoir aller au delà, pour préciser la nature de ces altérations dans les processus chimiques, il faudrait connaître ceux-ci à l'état normal mieux que nous ne les connaissons aujourd'hui. »

DE L'ASTHME D'ÉTÉ OU FIÈVRE DE FOIN (*hay asthma*, *hay fever* DES ANGLAIS) COMME ENTITÉ MORBIDE. Mémoire de M. *E. Decaisne*. (Extrait par l'auteur.) — « De l'étude que j'ai faite, depuis huit ans, de cinquante et un malades, présentant tous les symptômes plus ou moins accusés de l'affection désignée sous les noms d'*asthme d'été*, *catarrhe d'été*, *fièvre de foin* (*hay asthma*, *hay fever* des Anglais), je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

» 1° Cette affection attaque indifféremment les individus qui font la récolte du foin et ceux qui restent complétement étrangers à ce genre de travail, ceux qui sont exposés aux émanations des plantes fourragères et ceux qui en sont préservés. En un mot, sans vouloir nier absolument chez un certain nombre de sujets l'influence, dans une certaine mesure, des poussières ou émanations des plantes fourragères comme cause aggravante des accidents, elles ne jouent là, pour moi, qu'un rôle très-secondaire.

» 2° L'ensemble des symptômes de cette maladie se montre en toute saison, à la suite d'insolations et de refroidissements, le corps étant en sueur, et, en particulier, chez les emphysémateux exposés ou non à des poussières ou à des émanations irritantes.

» 3° La périodicité annuelle, dont on a voulu faire un des caractères de la maladie, ne me paraît pas prouvée, la plupart des malades que j'ai observés restant pendant plusieurs années indemnes de tous accidents.

» 4° Quant à la dyspnée, qu'on regarde en général comme un signe pathognomonique de l'asthme de foin, elle n'est, pour moi comme pour quelques auteurs, que l'extension plus ou moins accentuée de l'irritation qui affecte la conjonctive et la muqueuse nasale et pharyngée, comme cela arrive à des degrés divers dans la grippe, sans qu'il soit permis de voir là une variété de l'asthme idiopathique.

» 5° Je pense que l'affection désignée sous les noms d'*asthme d'été*, *catarrhe d'été*, *fièvre de foin* (*hay fever*, *summer catarrhe* des Anglais) doit être regardée comme une fièvre catarrhale, influencée et modifiée dans ses causes multiples, dans sa marche et selon les aptitudes individuelles, par les conditions atmosphériques qui produisent les affections aiguës des bronches.

» 6° Enfin j'estime que l'asthme dit d'*été* doit être rayé du cadre nosologique comme entité morbide. »

EXPÉRIENCES SUR LE SCOLEX DU *Tænia mediocanellata*. Note de M. *Saint-Cyr*. — Il résulte de ces expériences sur le veau et la génisse, que le développement des œufs du *Tænia mediocanellata* recueillis chez l'homme et ingérés par ces animaux donnent lieu à la formation de cysticerques différents de ceux qui vivent chez le porc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Trois lettres de rappel relatives à des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales situées à Mourra (Gers), Balaruc (Hérault) et Saint-Andéol-de-Bourlenc. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Une caisse d'échantillon d'eau provenant de la source dite de Pardino, que M. *Garelli*, vice-consul de France à Alexandrette, possède dans la commune de Terrano, et pour laquelle il sollicite une demande d'exploitation.

L'Académie reçoit : Une lettre de M. le docteur *Quinquand* sur l'étude de l'hémoglobine dans les maladies et la série zoologique.

EMBOLIES. — M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre

de M. le docteur Bouillon-Lagrange père sur deux nouveaux cas d'embolies suivis de guérison : l'un chez un homme de trente-six ans, robuste et jouissant ordinairement d'une bonne santé, à la suite d'une contusion violente du mollet droit, épanchement sanguin qui ne présente rien de particulier; huit jours après, le malade est pris subitement de syncope et d'hémorrhagie pulmonaire ; il se rétablit de ces accidents, et quelques jours après apparaît brusquement une hémiplégie incomplète qui s'améliore peu à peu et avait disparu au bout d'un mois. M. Bouillon-Lagrange explique tous ces accidents par la pénétration d'embolies dans le cœur et le poumon et par la migration d'un fragment embolique vers le cerveau par les artères carotides.

L'autre cas se rapporte à une femme affectée de varices de la jambe gauche et d'oblitération de la veine crurale, et chez laquelle on constate des troubles cardiaques et pulmonaires « dus évidemment », dit l'auteur, à la migration d'un caillot sanguin.

A l'occasion de cette lecture et de la dernière communication de M. Demarquay, M. Gosselin présente quelques réflexions fort judicieuses. Il fait remarquer que ces faits d'embolies dans les cas de fractures ne sont pas étonnants et s'expliquent facilement par la coagulation du sang des veines qui avoisinent les parties fracturées. C'est à ces phlébites qu'il faut attribuer les douleurs et l'œdème que présente le membre malade dans le cours do la consolidation. Il suffit de mouvements brusques ou prématurés pour détacher ces caillots peu consistants ou peu adhérents aux vaisseaux et donner lieu à des embolies. De là l'indication bien nette d'imposer aux malades le repos le plus absolu jusqu'au quarantième et même au cinquantième jour de la fracture. Il pense que dans le cas de M. Demarquay, la malade a dû imprimer trop tôt des mouvements à sa jambe, car elle n'était encore qu'au trentième jour.

CHOLÉRA. — M. le secrétaire lit ensuite une lettre où M. Lecadre résume sous forme de propositions ses observations sur l'épidémie de choléra qui sévit en ce moment au Havre.

M. Lecadre n'admet pas l'idée d'importation et rejette la version qui veut que le choléra ait été apporté dans la ville par un matelot de l'*Ammonia*. Ce matelot n'est pas mort du choléra, mais d'une dysentérie qu'il avait depuis pluisieurs mois. « Tout prouve, dit-il, que ce choléra est né sur place. » La mortalité pendant le mois d'août a été de 110, que M. Lecadre divise ainsi : « 91 avaient de 5 ans à 90 ans, et 19 de 1 jour à 5 ans. » On ne saisit pas très-bien tout d'abord les raisons qui ont fait choisir à M. Lecadre ces limites bizarres de 1 jour, 5 ans et 90 ans : mais c'est qu'il a voulu faire un groupe à part des tout jeunes enfants.

Quant à la maladie en elle-même, elle a présenté les mêmes symptômes que dans les invasions précédentes, mais avec moins d'intensité et de gravité. La durée était un peu plus longue et la diarrhée précédait toujours l'apparition des accidents ultimes. Comme toujours, ce sont les pauvres, les malheureux vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, qui ont été le plus frappés.

Une discussion s'engage après cette lecture sur la question de savoir si c'était le choléra nostras ou asiatique. Pour M. Briquet, c'est le choléra nostras. M. Larrey pense qu'il ne faut se prononcer qu'avec réserve, car bien des cas ont été signalés comme des cas de choléra qui ne l'étaient pas.

M. Delpech pense de même. En somme, actuellement il est difficile de se prononcer sur l'existence du choléra, surtout à Paris.

M. *J. Guérin* répond que les faits sont là.

Est-ce du choléra nostras ou asiatique? La question est difficile à résoudre, la limite entre les deux étant difficile à fixer, puisque c'est une question de nombre ; choléra sporadique s'il y a 3 ou 4 cas, épidémique ou asiatique quand il y en a 50 à 60. Le principal, c'est d'avertir les populations contre le danger qui les menace.

M. *Delpech* croit qu'il est inutile d'effrayer le monde si le mal est passager, surtout quand on connaît l'influence de la peur sur le développement de la maladie.

M. *Bouley* fournit quelques renseignements en faveur de l'idée de l'importation du choléra au Havre, et après un échange d'observations et de réflexions entre MM. J. Guérin, Briquet et Delpech, l'Académie décide qu'on mettra la question du choléra à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Ce n'est pas trop tôt, car voilà au moins cinq ou six ans que le bureau de l'Académie propose la question chaque année, et jusqu'à présent personne ne s'était décidé à demander la parole.

En terminant la séance, M. le président confirme la mort de M. Ossian Henry, et fait hommage d'une biographie de M. Louis par M. Woillez.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE ET DES ACTES OFFICIELS DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE. — Paris, J. B. Baillière, 1873.

Le premier volume de ce recueil, publié par ordre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, a paru en 1872. Le second volume, qui vient d'être livré au public, est divisé en neuf sections dont voici les titres : 1° services sanitaires extérieurs; 2° conseils d'hygiène et de salubrité des départements; 3° épidémies, endémies, maladies contagieuses; 4° salubrité et police sanitaire; 5° hygiène industrielle et professionnelle; 6° denrées alimentaires et boissons; 7° exercice de la médecine et de la pharmacie; 8° eaux minérales; 9° art vétérinaire, épizooties, maladies transmissibles des animaux à l'homme.

Il nous est impossible d'analyser, même succinctement, les travaux nombreux et si intéressants renfermés dans ce volume. Nous nous contenterons donc do citer les plus remarquables de ces travaux, qui ont particulièrement pour objet la médecine humaine. De M. Fauvel, la série des rapports qui font connaître l'organisation des services quarantenaires en Turquie, sur le littoral asiatique de la mer Noire et sur la frontière turco-persane, ainsi que les conditions sanitaires de l'empire ottoman et l'état de la question d'endémicité de la peste. Ces rapports sont accompagnés de deux cartes parfaitement gravées des lieux dont parle l'auteur. De M. Tardieu nous avons trois rapports : rapport sur le projet de création d'un cimetière pour la ville de Paris sur le territoire de Méry; rapport sur l'enquête relative à la profession de mouleur en cuivre ; rapport sur la fabrication et l'emploi des allumettes chimiques.

A côté de ces travaux, nous signalerons enfin le rapport de M. H. Bouley sur la conférence sanitaire internationale tenue à Vienne en 1872, concernant la peste bovine.

NOTES ON SMALL-POX AND ITS TREATMENT by W. GAYTON. Londres, 1873. Chez J. et A. Churchill.

L'auteur reproduit en grandeur naturelle neuf tableaux représentant les tracés de la température et du pouls dans divers cas de variole discrète, confluente, hémorrhagique et maligne. Ces tracés seront sans doute appréciés des amateurs. Les notes en elles-mêmes n'ont pas une grande importance; elles paraissent être simplement destinées à faire passer les tableaux.

TRAITÉ DE DIAGNOSTIC MÉDICAL de RACLE. 5e édition, revue par MM. les docteurs CH. FERNET et STRAUSS. 1873. — Chez J. B. Baillière.

Le TRAITÉ DE DIAGNOSTIC do Racle fait aujourd'hui partie de nos classiques et trouve sa place, à ce titre, dans toutes les bibliothèques d'étudiant. Il importe que de pareils ouvrages, faits sur un plan excellent et dans un rare esprit de méthode, soient maintenus au niveau de la science et rajeunis par quelques additions devenues nécessaires.

Ce travail, pour la 5e édition, a été confié à MM. Fernet et Strauss. On ne pouvait mieux choisir. Le livre de Racle doit à cette féconde collaboration l'exposé des recherches les plus récentes sur la pathologie de la moelle (paralysies, contractures, ataxie, tremblement, troubles trophiques, etc.).

L'étude de la température dans les maladies a été complétée ; les altérations microscopiques du sang dans les maladies, les procédés les plus usuels d'analyse des urines sont exposés avec les développements nécessaires. Nous ne faisons qu'indiquer les principales additions. L'ouvrage, grâce à ces heureuses retouches, présente un intérêt nouveau qui le recommande aux lecteurs.

VARIÉTÉS.

Exposition universelle de Vienne.

Jusqu'ici aucun journal, soit scientifique, soit politique, n'a donné une liste exacte et complète des récompenses décernées à la suite de l'Exposition. En ce qui concerne les récompenses susceptibles d'intéresser le corps médical et pharmaceutique, la liste que nous publions ci-après a été dressée d'après des documents authentiques.

Diplômes d'honneur.

Deuxième groupe. — *Pasteur* (travaux sur les vins et sur les vers à soie).

Douzième groupe. — Le Cercle de la librairie. — Hachette et Cᵉ.

Quatorzième groupe. — *Collin* (instruments de chirurgie). — *Nachet* (microscopes).

Seizième groupe. — *Bonnefond*, administrateur-directeur de la Compagnie française du matériel des chemins de fer (voitures d'ambulances). — Société de secours aux blessés et malades de terre et de mer.

Médaille de progrès.

Armet de l'Isle (sulfate de quinine). — *Benas* (sondes). — *Boissonneau* (yeux artificiels). — *Bourgogne* (préparations microscopiques). — *J. Casthelaz* (produits chimiques). — *Collin* (instruments et appareils de secours aux blessés). — *Cournerie et fils* (iode et iodure de potassium). — *Gaiffe* (appareils médicaux électriques). — *Kellner* (voitures d'ambulances). — *Mathieu* (instruments de chirurgie et appareils de secours aux blessés : deux médailles). — *Nativelle* (digitaline). — *Rottensteims* (produits spéciaux pour l'hygiène de la bouche). — *Tulrich* (écorchés : modèles de médecine opératoire). — *Tissier aîné et fils* (iode et iodures). — *Trouvé* (appareils électro-médicaux).

Médailles de mérite.

Adrian et Cᵉ (produits pharmaceutiques). — *Billaud-Billaudot et Cᵉ* (produits chimiques). — *Chorrière* (appareils de sauvetage pour les incendiés et les asphyxiés). — *Devillemur* (dents artificielles). — *Dubose et Cᵉ* (produits chimiques). — *Guéride* (instruments de chirurgie). — *Hottot* (produits pharmaceutiques). — *Le Perdriel* (tissus pharmaceutiques). — *Mulatier-Sitvant*, de Lyon (gouttières). — *Mulaton*, de Lyon (acide tartrique). — *Poulenc et Wittmann* (produits chimiques). — *Rigaud et Leconte* (produits pharmaceutiques). — *Rôques et Cᵉ* (iode et camphre). — *Rousseau et fils* (Produits chimiques). — *Vergne et Chose* (instruments de chirurgie en gomme élastique). — *Werber* (orthopédie).

Diplôme de mérite.

Desjardins (yeux artificiels). — *Desnois et Cᵉ* (emplâtres). — *Faure et Darasse* (droguerie). — *Groussin* (berceaux d'enfants). — *Fayart*, de Lyon (produits spéciaux). — *Ferrand* (appareils de sauvetage pour les noyés). — *Fumouze* (produits pharmaceutiques). — *Levadour* (sangsues artificielles et dentiers). — *Levasseur* (produits pharmaceutiques). — *Limousin* (appareils d'inhalation). — *Thévenot* (perles médicinales). — *Viel* (perles médicinales).

Médailles de coopération (pour contre-maîtres).

Collin (instruments de chirurgie). — *Mathieu* (*idem*).

A l'occasion des indications données dans notre dernier numéro au sujet des récompenses décernées à MM. Collin et Mathieu, celui-ci nous adresse la lettre suivante :

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, le 29 août 1873.

Messieurs,

Je vois dans le numéro de ce jour de votre estimable journal la liste des récompenses décernées aux exposants français à l'exposition de Vienne. Je suis étonné d'y voir figurer mon nom, attendu que j'ai refusé officiellement toute espèce de récompense, pour un motif dont la valeur n'échappera à personne.

Proposé par le jury du groupe pour un diplôme d'honneur, le jury de notre classe, appelé à se prononcer, m'a déclaré être incompétent pour juger la grande collection d'instruments anthropologiques du cabinet des hautes études de Paris, *collection spécialement française*, fabriquée et exposée par moi pour la première fois et destinée à donner un grand essor à une science encore nouvelle.

Je pourrais également citer ici une grande quantité d'instruments nouveaux, dont le mérite est resté lettre close devant l'incompétence du jury.

Veuillez agréer, etc.

Mathieu.

En attribuant à M. Mathieu des médailles *de progrès* et *de mérite*, nous étions parfaitement exacts. Nous n'avons pu parler que de ce que nous connaissions, à savoir : le résultat brut des délibérations des jurys; mais nous sommes heureux de pouvoir dire aujourd'hui que, en effet, le jury du quatorzième groupe (instruments de chirurgie, télégraphie, optique, etc.) avait proposé pour le *diplôme d'honneur* MM. Collin, Marey et Mathieu (M. Marey n'exposait pas personnellement, mais ses appareils d'enregistrement figuraient dans la vitrine de M. Bréguet, lequel se trouvait hors concours comme membre du jury). Est-ce la section de laquelle relevaient les instruments de chirurgie qui a repoussé, en ce qui regarde notre habile fabricant, la proposition du groupe? Nos informations sont absolument contraires à cette supposition. La section aurait, au contraire, partagé l'avis du groupe. M. Marey, de son côté, n'aurait pas rencontré plus d'opposition. Mais ce serait le conseil des présidents de groupe réunis qui, appelés à se prononcer sur la distribution des *diplômes d'honneur*, n'aurait maintenu cette distinction qu'à M. Collin et l'aurait refusée aux deux autres candidats.

Ce n'est pas nous, on le comprend, que cette décision peut satisfaire. Nous en ignorons le motif. Nous ferons seulement remarquer que le conseil des présidents, convoqué à plusieurs reprises et toujours ajourné, n'a été réuni que dans les premiers jours d'août, alors que les Français qui en faisaient partie avaient presque tous dû quitter Vienne.

Le choléra en Hongrie et a Vienne. — Les détails suivants nous ont été transmis par un confrère des plus distingués et qui a pu juger des choses sur place. Nous les publions néanmoins sous réserve.

A Bude-Pesth, il se présente 60 à 75 cas par jour; la mortalité est de 65 pour 100 à peu près; quelquefois un peu moins. Dans les campagnes, l'épidémie est bien plus intense et bien plus meurtrière que dans la capitale. Il est mort jusqu'aujourd'hui *soixante mille* individus du choléra, en Hongrie seulement, sans compter les provinces annexes de ce que l'on appelle la couronne de Saint-Étienne. Dans la Basse-Hongrie les populations sont décimées. La panique empêche les marchés qui sont le seul moyen de commerce dans ce pays là, et la ruine s'ajoute à la maladie, sans compter que la récolte est mauvaise.

Voilà les tristes impressions que je rapporte. Tout cela est l'exacte vérité, qu'on se plaît à dissimuler, je ne sais pourquoi. Je suis de ceux qui croient qu'il faut toujours avoir le courage de mettre le doigt sur la plaie.

A Vienne le choléra a réellement diminué; mais l'Exposition en a effroyablement souffert. Sur les 17 millions de florins déposés par la ville; il n'est rentré qu'un million et peut-être cent mille florins en plus. C'est pitoyable. L'Exposition est cependant bien belle. Mais la panique a tout tué. On a compté sur un mouvement d'au moins vingt à trente mille étrangers devant arriver à Vienne, par jour, et il n'en arrive pas un millier; les hôtels sont vides.

Choléra. — La commission allemande du choléra travaille très-activement à Berlin; après l'achèvement de ses travaux, que l'on attend pour cette semaine, M. le professeur Hirsch, l'un de ses membres, se rendra dans le bassin de la Basse-Vistule pour faire une enquête personnelle de Thorn à Dantzig, sur la marche qu'a suivie le fléau dans cette contrée.

Quant à l'action du choléra à l'orient de l'Europe, on écrit du Bas-Danube à la *Gazette de Carlsruhe*, que le fléau a enlevé à Chumla (Turquie) 1184 personnes du 2 au 31 juillet.

En Bulgarie, la mort a fait aussi une riche récolte; en Serbie, la maladie n'existe qu'à l'état sporadique; en Roumanie, elle a disparu à peu près partout.

— Le choléra continue de sévir dans la partie méridionale de la Suède. Il y a eu un nouveau décès le 7 août à Hœganaes, en Scanie, et il y a eu le 8 jusqu'à 7 cas de mort. Il y a eu également un nouveau décès à Helsingborg.

— On signale l'apparition du choléra à Saint-Pétersbourg. Toutefois, les cas sont très-peu nombreux.

— On lit dans le *Sémaphore* de Marseille : Nous avons dit la semaine dernière que le paquebot des Messageries maritimes, venant de la Chine, avait été astreint à une quarantaine d'observation à son arrivée à Marseille. La quarantaine était motivée par la constatation, sur la patente de santé du navire, de la présence du choléra à Singapore.

—*Malte, 1er septembre :* Une quarantaine de cinq jours est établie sur les navires provenant de Marseille et autres ports français de la Méditerranée, et de vingt et un jours sur ceux qui viennent de Hambourg, des ports du Danube, des ports turcs de la mer Noire, des ports vénitiens, autrichiens et des ports du golfe de Gênes.

— On mande de New-York, le 2 septembre : Le choléra a éclaté avec une violence inouïe à Paris (État du Maine), Millesburg, Stanford et dans le Kentucky. Toutes les personnes atteintes sont mortes.

—La *Gazette officielle* publie l'arrêté suivant : Le ministre de l'intérieur d'Italie,

Considérant que le choléra de Gênes n'a qu'un faible degré de caractère épidémique, arrête : Pour les navires visés par les dispositions de l'article 1er de l'ordonnance de santé maritime, n° 9, on comptera dans la période de quarantaine les jours employés pour la traversée (30 août).

LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE, *Association française contre l'abus des boissons alcooliques*, vient d'arrêter les sujets qu'elle se propose de décerner en 1874 et 1875. En voici le programme :

Prix à décerner en 1874.

Première question. — Déterminer à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 1500 francs.

Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette première question pourront être traités isolément.

Deuxième question. — Conseils au peuple sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques et les avantages de la tempérance.

Le prix sera de 500 francs.

Prix à décerner en 1875.

Première question. — Montrer, par des recherches statistiques circonscrites à un arrondissement ou à un canton et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

Deuxième question. — Étude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Troisième question. — Étudier les Associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

Quatrième question. — De l'organisation des centres de réunion pour les ouvriers des villes et des campagnes, et de leur utilité au point de vue de la tempérance.

Pour chacune de ces quatre dernières questions, le prix sera de 500 francs.

Le programme détaillé de ces divers sujets de prix a été publié pour la première question (prix de 1874) dans le n° 1 des Bulletins de la Société et pour les cinq autres dans le n° 3.

NOTA. — Les mémoires, écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, à Paris, pour les prix de 1874, avant le 1er janvier de la même année, et pour ceux de 1875 avant le 1er décembre 1874.

ÉCOLE D'ALFORT. — L'École vétérinaire d'Alfort, dont la création remonte à 1765, a été instituée pour fournir des vétérinaires à l'agriculture, et subsidiairement à l'armée.

Un édit de 1774 y a institué 20 places d'élèves militaires ; le nombre a été porté à 40 par une ordonnance du 26 juillet 1826 qui est encore en vigueur aujourd'hui. Au début de l'institution, les élèves militaires s'engageaient à servir dans l'armée pendant un temps déterminé ; cette obligation a été supprimée par un décret du 28 janvier 1852.

La durée des études est de quatre années ; l'année scolaire commence le 1er octobre.

Les dépenses occasionnées par les élèves vétérinaires entretenus aux frais du budget du département de la guerre consistent en achats de trousseaux, de livres et instruments, en frais de diplôme, de masses d'entretien et de bureau. Elles s'élèvent pour chaque élève, pendant les quatre années de séjour à l'École, à la somme de 1500 francs, décomposée ainsi qu'il suit : Achat de trousseau et suppléments, 470 fr.; achat de livres, 354 fr.; frais de diplôme, 100 fr.; masse d'entretien, 438 fr.; frais de bureau, 90 fr.; frais divers, 48 fr. Total, 1500 fr. — Soit, par année, 375 fr.

(*Journal des Débats.*)

CAISSE DE SECOURS DE L'ARMÉE DU NORD. — Tout récemment a eu lieu, sous la présidence de M. A. Houzé de l'Aulnoit, la réunion de l'*Assemblée générale des caisses de secours des mobiles et des mobilisés de Lille.* Une première réunion avait eu lieu le 12 mai 1872, dans laquelle M. Houzé de l'Aulnoit avait fait ressortir tout le bien déjà réalisé par l'institution, et proposé, de concert avec MM. les administrateurs, de maintenir le fonctionnement de la Caisse. La dernière séance a mieux montré encore l'utilité d'une création dont le succès appartient en grande partie, comme en a témoigné l'assemblée elle-même, au zèle et au dévouement de notre distingué confrère de Lille. L'assemblée a autorisé le maintien et le fonctionnement des caisses de secours : les distributions sont assurées pendant une année encore par un actif de 1100 francs.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Les membres de l'Association se sont rendus à Genève sur l'invitation qui leur avait été adressée. Samedi, ils se sont embarqués sur le vapeur *le Léman*. Le conseil d'État et le conseil administratif étaient représentés par leurs présidents et par quelques délégués. Les invités de l'Association ont visité Evian. Au retour et avant de débarquer, M. Würtz a adressé aux autorités genevoises des paroles de remerciment. M. Vautier a répondu au nom du conseil administratif. Les membres de l'Association ont visité ensuite le musée de l'Académie, la bibliothèque, le cabinet de physique, les amphithéâtres, les collections lacustres, etc., etc. La plupart d'entre eux sont repartis le jour même pour Lyon.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du Président de la République, en date du 18 août 1873, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Cordier (Alexandre-Florimond-Achille), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Cocud (Emmanuel), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe (choix) : M. Giard (Jean-André-Théophile), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté) : M. Schreiner (Benjamin-Constant), médecin-major de 2e classe. — (Choix) : M. Balley (François), médecin-major de 2e classe.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE DANS LES INDES. — Le gouvernement du Bengale a ordonné l'extension des Écoles de médecine indigènes à Calcutta, à Dacca et à Patna.

On apprendra aussi avec plaisir que le vice-roi recommande aux magistrats d'interdire la promenade de *Jaggernaut (le seigneur du monde)*, dans laquelle le fanatisme religieux pousse des hommes et surtout des femmes à se jeter sous les roues du char sacré, et même à y précipiter leurs enfants.

État sanitaire de Paris :

Du 24 au 30 août 1873, on a constaté, pour *Paris*, 841 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 30. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 35. — Dysentérie, 9. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 41. — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 19. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 238. — Affections chroniques, 333, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 17.

SOMMAIRE. — **Paris.** Le choléra au Havre. — **Cours publics.** Clinique médicale : Grossesse extra utérine, intra-péritonéale, avec fœtus de six semaines ; péritonite hémorrhagique avec brides et gros caillots hématiques ; marche clinique simulant un étranglement interne compliqué d'accidents péritonéaux. — **Congrès scientifiques.** Association française pour l'avancement des sciences. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — **Bibliographie.** Index bibliographique. — **Variétés.** Exposition universelle de Vienne.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 11 septembre 1873.

Académie de médecine : LE CHOLÉRA : M. J. GUÉRIN. — LE CHOLÉRA DANS LA SEINE-INFÉRIEURE. — CAS DE CHOLÉRA A PARIS. — LA SANTÉ PUBLIQUE DANS L'ARMÉE.

Le choléra.

La voilà donc enfin, — et il ne fallait pas moins pour cela que la pression des événements, — la voilà venue devant l'Académie, après une longue attente et de nombreuses péripéties, cette discussion du rapport de M. Briquet et de celui de M. Barth, dont le premier, lu à l'Académie au mois de novembre 1865, est relatif au choléra de 1849, et dont le second, lu au mois de mai 1869, concerne les épidémies de 1854 et de 1865. M. J. Guérin, en prenant le premier la parole, en déclarant à peu près stérile l'usage qui a été fait jusqu'ici de la masse énorme des documents recueillis, en annonçant de nouvelles interprétations et des solutions personnelles, détournera sans doute plus ou moins le débat du terrain des rapports, pour l'amener sur le sien propre. L'orateur s'est moqué par anticipation des « allégations contradictoires » entassées sur la plupart des points importants de l'histoire du choléra, notamment sur l'importation par navires, et restées sans portée scientifique faute d'avoir été éclairées, vivifiées, éprouvées par *les principes*, en lesquels seuls réside la vérité. Ce sont donc les principes de la science qui vont dénouer les difficultés pendantes. Nous le souhaitons fort pour notre part, quoiqu'il nous soit difficile de ne pas songer que les principes, à moins qu'ils ne soient d'ordre logique ou mathématique, ont coutume de se contredire et de se quereller encore plus que les faits.

Du reste, contrairement à ce préambule, ce sont surtout les faits, autrement dit des allégations de faits, qui ont fourni le fond du discours prononcé mardi dernier et ayant trait exclusivement à la diarrhée prémonitoire. M. Guérin, remontant à 1832, et passant cette fois avec goût sur la part qu'i peut avoir prise à la découverte de ce prodrome (1), a résumé les principaux documents qui tendent à établir l'existence constante ou à peu près constante du flux intestinal plus ou moins longtemps avant la confirmation du choléra. On eût souhaité qu'il portât la même attention sur d'autres documents qui sont en désaccord avec les premiers; les uns se contentant d'élever à 10 pour 100, par exemple, la proportion des cas foudroyants (Barwell, in *The Lancet*, 4 février 1854); les autres affirmant, pour certaines localités au moins, l'absence presque complète de toute période prodromique (Ch. Pellarin, Académie des sciences, 2 octobre 1865, et *Rapports* de plusieurs médecins envoyés à Varsovie, tels que Foy et Keraudren). M. Guérin ne sent-il pas que s'il plaçait ces *allégations* à côté de celles qu'il a rappelées à la tribune, il se trouverait précisément en présence d'*allégations contradictoires* tout à fait comparables à celles qu'il se plaint de voir sortir trop souvent du flanc des navires.

Hâtons-nous de le dire, c'est uniquement pour la sincérité du débat que nous nous permettons cette remarque. Personnellement, nous croyons que la vérité est du côté de M. Guérin, et qu'une observation très-attentive, dans nos contrées du moins, réduirait à un chiffre extrêmement minime le nombre des choléras véritablement foudroyants. Mais le fait n'aurait pas une grande importance s'il n'avait qu'une signification symptomatique et n'apprenait rien ni sur l'étiologie, ni sur la thérapeutique. Presque toutes les maladies aiguës ont des prodromes; mais ce qu'on appelle de ce nom n'est souvent qu'une des premières manifestations d'une maladie déjà déclarée et en marche; c'est, si l'on nous passe la comparaison, la lueur d'un foyer invisible. A l'existence d'un frisson, d'une violente céphalalgie, du lumbago, de vomissements opiniâtres, on reconnaît l'incubation de la variole; cela

(1) Voy. sur ce point *Gazette hebd.*, 1865, p. 805.

FEUILLETON.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Une visite à la Faculté de médecine de Kiel.

Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques correspondances sur les curiosités étrangères que je visiterai; je crois répondre à votre désir en mettant au net mes notes de voyages au fur et à mesure, de manière à vous donner, par les détails, une idée plus vivante de l'enseignement médical allemand, et je me permets de renvoyer vos lecteurs pour les généralités aux nombreux rapports officiels ou officieux qui ont été publiés en France à ce sujet. D'ailleurs, avec le peu de temps et de livres dont un voyageur dispose, il serait difficile d'écrire *ex professo* sur la science allemande, et comme souvent c'est sur le champ de bataille qu'on a le moins de renseignements sur les mouvements des armées, je vous prie d'avance de m'excuser si je vous envoie comme dernières nouveautés des modes de traitement ou des observations déjà consignés à votre bureau d'informations médicales. *Nil novi sub sole.* En vous transmettant ainsi au courant de la plume mes notes de voyage, il va sans dire néanmoins que je n'ai pas oublié les rigoureux principes de l'école d'observation. Pardonnez-moi, messieurs, cette introduction un peu trop *subjective;* je vous promets désormais de me renfermer dans les limites d'une stricte *objectivité*, pour parler le langage des Germains.

Kiel est, avec Königsberg, l'université la plus septentrionale de l'Allemagne. Quoique la ville soit petite (31 000 hab.), elle est le rendez-vous de 250 étudiants, dont 60 à 70 environ étudiants en médecine. La Faculté de médecine jouissait déjà d'une grande réputation lorsque Kiel était la capitale du duché de Holstein; il suffit de citer, parmi les professeurs qui se sont succédé dans cette ville, Stromeyer et Langenbeck pour la

donne-t-il le moyen d'enrayer la maladie? Non; la variole est déjà commencée et elle suivra son cours. De même pour la scarlatine; de même pour le typhus, pour la fièvre typhoïde, etc. Si le choléra est un empoisonnement, la diarrhée n'est qu'un symptôme, et dès lors il est malheureusement probable que l'action du poison devra s'épuiser sur l'organisme, quoi qu'on fasse, et ne pourra aucunement être conjurée ni enrayée par un ensemble de moyens dirigés, non contre la cause du mal, mais contre un de ses effets. Veut-on prendre une maladie qui ne soit ni septique, ni virulente, et en rapprocher le choléra? La pneumonie aussi a ses prodromes, parmi lesquels la toux, la sécrétion muqueuse des bronches, ce qu'on appelle le rhume. Assurément, si l'on s'applique à réprimer aussitôt ces premiers accidents, on aura quelque chance de prévenir le développement complet de la pneumonie. Dans quelle proportion pourtant? Les praticiens peuvent le dire, hélas! Certes M. Guérin ne se contenterait pas de ce maigre lot, lui qui attribue à l'art le pouvoir assuré de prévenir le choléra par le seul traitement du flux entérique préliminaire.

D'ailleurs, pour notre confrère, le choléra est bien l'effet d'un agent toxique introduit dans l'économie. Aussi n'est-ce pas pour essayer d'atteindre le poison dans la profondeur des viscères qu'il intervient, mais bien pour en faciliter l'élimination en entretenant, en augmentant la diarrhée. Ici se présente une objection des plus graves. Depuis que l'attention des médecins a été fortement attirée, grâce surtout à M. Guérin, vers la diarrhée prémonitoire, on a apporté en tout pays, notamment en Angleterre, un soin extrême à en surveiller les premières atteintes; on l'a traquée de rue en rue, de maison en maison; mais pourquoi faire? Pour la *supprimer* immédiatement; pour la supprimer par l'opium, par les teintures, par la liqueur de Jérémie et toutes les *cholera-mixtures* qui fleurissent dans la pharmacologie de nos voisins. Et cela a été fait systématiquement sur des milliers, sur des centaines de mille individus. Et l'on a cru par ce traitement, comme M. Guérin par les purgatifs, avoir préservé du fléau une partie de la population!

Vraiment, par un moyen ou par un autre, l'art a-t-il une grande prise sur le développement d'un accès cholérique? En famille, cette question peut être posée. Théoriquement, une réponse affirmative serait permise si l'on était assuré que le choléra fût produit ou par des ferments qui, en se multipliant, aggraveraient le mal d'une manière continue et rapide, ou par des matières septiques introduites dans le sang au cours de la diarrhée prodromique. On pourrait espérer atteindre les ferments, prévenir cette septicémie, par des moyens internes, et aussi en traitant la diarrhée le plus tôt possible; mais en la traitant pour l'arrêter et non pour l'entretenir. En fait, la question est plus difficile à éclaircir qu'elle n'en a l'air. Il y a des diarrhées simples d'intensité diverse; des cholérines d'intensité diverse, des choléras algides d'intensité diverse. En pleine épidémie, des masses d'individus, dans la classe ouvrière notamment, gardent la diarrhée pendant nombre de jours, de semaines même, sans aucun traitement, sans aucune précaution hygiénique et ne prennent pas le choléra. Le choléra confirmé lui-même guérit tout seul. Cette maladie a la même situation, nous allions dire la même indépendance, que toutes les autres vis-à-vis la thérapeutique. Elle se joue souvent de ses prétentions, en guérissant sans elle comme en s'aggravant malgré elle. Dans ces conditions aléatoires, ce que le praticien sage a, selon nous, de mieux à faire, c'est de suivre l'indication la plus naturelle, et, puisque la diarrhée est une prédisposition au choléra, de supprimer au plus tôt et par n'importe quels moyens la diarrhée. Est-ce à dire que de ces moyens les purgatifs sont absolument exclus? Nullement. Ils réussissent souvent, on le sait, à arrêter la diarrhée catarrhale ou la diarrhée bilieuse; ils peuvent donc être de mise (pourvu qu'ils ne soient pas drastiques), quand les selles liquides ont l'un de ces deux caractères; non, encore une fois, dans un but d'élimination, mais dans un but de suppression et au même titre, par exemple, que l'opium ou le rathania.

Cette question de la période prémonitoire du choléra est le thème d'une vieille querelle entre M. Guérin et la Gazette hebdomadaire. L'orateur n'ayant rien ajouté à ses argumentations précédentes, nous n'avons pu rien changer non plus à nos convictions. Il nous serait agréable que, dans la suite du débat, l'accord pût se faire un peu mieux entre ses opinions et les nôtres.

Le choléra dans la Seine-Inférieure.

Malgré les affirmations de quelques personnes mal informées ou incompétentes, la présence du choléra dans le département de la Seine-Inférieure n'est plus un fait contesté; les renseignements authentiques que nous avons déjà communiqués et

---

chirurgie, Griesinger et Frerichs pour la médecine, Michaëlis pour l'obstétrique. L'annexion n'a point éteint la vie universitaire, et la Faculté de médecine actuelle a à sa tête des hommes qui se sont fait un nom chacun dans leur branche, et dont la plupart des travaux sortent de l'hôpital de l'université de Kiel. Le professeur de clinique chirurgicale *Esmarch* est bien connu en France par l'opération qui porte son nom pour remédier à la constriction des mâchoires, ainsi que par la petite brochure sur le premier pansement sur le champ de bataille traduite par le professeur Verneuil; c'est lui qui a traité les affections chirurgicales de l'abdomen dans l'Encyclopédie de Pitha et Billroth. Ses deux publications sur les maladies articulaires sont fort estimées, la dernière surtout (*Ueber Gelenkneurosen*) a trait à une partie jusqu'ici peu explorée du domaine de la chirurgie. Stromeyer a publié tout dernièrement une brochure sur le même sujet, en rappelant les recherches bien connues de Brodie sur les névroses articulaires et donnant à l'appui une série d'observations fort intéressantes prises dans la pratique privée. Le traitement étant absolument opposé à celui des inflammations articulaires, on comprend de quelle importance pratique est le diagnostic de ces affections encore mal déterminées, mais dont l'existence ne peut être mise en doute après la lecture des faits rapportés. L'hystérie paraît jouer un rôle important, et le traitement moral a suffi dans bien des cas à guérir des malades condamnés à l'immobilité depuis des années par la douleur et l'ordre de leur médecin. Le professeur de clinique médicale *Bartels* est, comme Esmarch, un Schleswig-Holsteinois; vous voyez que la centralisation prussienne ne s'est pas encore trop fait sentir à Kiel. Bartels est un bon *clinicien;* il professe une grande estime pour Trousseau et a adopté plusieurs de ses vues médicales. Il est un des rares médecins allemands qui déclarent ne pouvoir faire la distinction entre la diphthérie et le croup, et qui depuis de longues années pratique la trachéotomie sur une large échelle. Son travail sur le croup (*Ueber die häutige Bräune*, in *Deutsch. Arch. für klin. med.*, Bd II, 1866) est une

la lettre envoyée à l'Académie de médecine par M. Lecadre ne laissent aucun doute à cet égard. Mais on se rabat maintenant sur cette allégation que l'épidémie est née au Havre sous l'influence de conditions météorologiques et hygiéniques, au lieu d'avoir été importée. Nous avons affaire, dit-on, au choléra nostras, et non au choléra indien. Cette question n'a maintenant, au point de vue pratique, qu'une importance secondaire; mais, en réalité, que veut-on dire? Quelle différence essentielle y a-t-il entre le choléra indien et l'autre? Aucun auteur n'a jamais pu le dire. D'un autre côté, personne n'ignore que le choléra fait actuellement de nombreuses victimes en Allemagne, en Autriche, en Italie et dans presque tous les autres points de l'Europe avec lesquels le Havre est en relation continuelle; pourquoi donc aller assigner à l'épidémie actuelle une origine locale lorsque tout porte à croire qu'elle a une autre source? Comment expliquer du reste la présence du fléau à Montivilliers, Harfleur, Sanvic et autres villes voisines qui, par leur situation hygiénique, ne prêtent nullement à son développement? La maladie n'a-t-elle pas éclaté à Rouen quelques jours après avoir fait sa première apparition au Havre? Il nous paraît inutile d'insister davantage sur ce point; nous dirons seulement que les nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à ce jour se rapportent tous à l'affection décrite par les auteurs sous le nom de *choléra indien*.

Dans sa lettre à l'Académie, l'honorable correspondant affirme que les cas ont été remarquables par la bénignité des symptômes. Nous sommes malheureusement en mesure de contredire formellement cette assertion, et nous possédons, à l'appui de ce que nous avançons, 45 observations où la durée totale de la maladie n'a pas dépassé 30 heures en moyenne. Nous passons sous silence les cas nombreux où les malades ont succombé dans la période de réaction, quelques jours après la première attaque. Si, avant d'adresser sa note, l'honorable correspondant de l'Académie de médecine avait consulté ses confrères qui, par leur position dans les hôpitaux ou ailleurs, étaient à même d'apprécier les choses, il partagerait évidemment notre opinion.

Une grande partie des malades amenés à l'hôpital étaient si gravement atteints qu'ils succombaient avant d'avoir été l'objet de la visite quotidienne des chefs de service. Au Havre, où le chiffre moyen des décès est d'environ 200 par mois, la mortalité s'est élevée à 488 pendant la durée du mois d'août, ce qui fait une augmentation mensuelle de 288. Nous croyons qu'après de tels faits il n'est plus possible de croire à la bénignité des accidents et au peu d'importance de l'épidémie. Nous nous gardons de l'exagération, et nous considérons qu'il serait coupable de répandre inutilement l'émoi dans la population; mais comme la maladie en question n'est plus un secret pour personne, nous sommes persuadé qu'il est de notre devoir de faire connaître la vérité au public compétent.

Du reste, nous avons tout lieu de croire que l'épidémie va suivre maintenant une marche décroissante. Les nouvelles que nous recevons de Rouen ne sont pas plus alarmantes, sans être satisfaisantes toutefois. L'épidémie, qui avait sensiblement diminué au commencement de la semaine dernière, semble sévir maintenant avec un peu plus de vigueur. Les cas ont continué d'affecter une forme assez grave, et plusieurs malades ont succombé quelques heures après l'apparition des premiers symptômes. La mortalité relative paraît pourtant en voie de diminution. Voici le relevé des cas observés dans les hôpitaux de cette ville pendant cette dernière semaine (du 1er au 7 septembre):

A l'Hospice général:	Entrés	30
	Décédés	18
	En traitement	12
A l'Hôtel-Dieu:	Entrés	27
	Décédés	3
	Sortis guéris	7
	En traitement	17

Au Havre, le nombre des admissions à l'hôpital a un peu diminué, mais la forme asphyxique qui domine fait toujours beaucoup de victimes. Nous signalons avec satisfaction l'absence de nouveaux cas chez les militaires; tous ceux qui sont en ce moment en traitement à l'hôpital peuvent être considérés comme hors de danger. Pendant cette dernière semaine, nous avons observé chez les femmes 7 cas remarquables par la gravité des symptômes et le peu de durée de la maladie (24 heures en moyenne depuis la première attaque jusqu'au décès).

L'observation suivante nous paraît digne d'intérêt. Le 30 août, un individu atteint de choléra est admis à l'hôpital; il avait déjà perdu de la même maladie un de ses enfants âgé de quatorze ans, et il amenait avec lui une petite fille âgée de neuf ans, en bonne santé et ne présentant aucun symptôme

---

intéressante monographie sur les cas de diphthérie observés à Kiel, mais ne présente pas grand' chose de neuf pour des Français, notre littérature médicale étant fort riche sur ce sujet. Ses travaux les plus estimés sont : La pneumonie catarrhale, un des premiers travaux importants sur cette matière en Allemagne (*Virch. Arch.*, Bd XXI, Heft 1 u. 2), un autre sur le traitement de la *pleurésie* (*Deutsche Klin.*), où il recommande vivement la thoracocentèse, enfin une exposition très-lucide des derniers travaux sur les maladies des reins dans les Klinische Vortraege de Volkmann.

Le professeur de gynécologie et d'obstétrique *Litzmann* est le digne successeur de Michaëlis, et connu, comme lui, par ses recherches sur les rétrécissements du bassin (*Das Enge-Becken*, monographie).

Le professeur de clinique ophthalmologique Völkers, et le professeur d'anatomie pathologique Heller sont encore jeunes et ont été nommés récemment.

L'hôpital est le centre de la vie médicale; tous les cours, sauf ceux d'anatomie normale et de physiologie, sont donnés, soit au lit du malade, soit dans des auditoires situés près des salles. Rien de plus riant que le parc ombragé de bouleaux et de pins. Il est situé hors de la ville, sur une colline qui domine la superbe rade de Kiel, et dans lequel sont disséminés les divers bâtiments universitaires; on peut dire que les malades ici sont logés comme des princes. Les bâtiments sont de construction récente et fort bien aménagés au point de vue hygiénique. Il y a quelques contrastes intéressants à noter : une grande simplicité dans les lits, les chaises et l'ameublement en général, par contre un grand luxe d'air et de propreté, l'eau et le gaz à tous les étages, des lieux d'aisances très-raffinés, beaucoup de petites chambres et peu de grandes salles, disposition qui permet d'isoler les malades et remplace avantageusement les rideaux; la ventilation se fait par les poêles et les fenêtres. La maternité est dans un bâtiment séparé des salles de médecine et de chirurgie. Un peu plus loin les pavillons des petites véroles, qui sont très-sévèrement isolées,

qui pût donner l'éveil. Le père fut placé dans une salle de cholériques et sa fille envoyée dans un asile destiné aux enfants sains. Pendant quatre jours la petite fille jouit d'une santé parfaite, mais au bout de ce temps elle fut subitement atteinte de diarrhée et de vomissements; elle fut immédiatement transportée dans le service de M. le docteur Déro, où elle succomba en présentant les symptômes les plus caractéristiques du choléra indien. La durée totale de la maladie avait été de trente-six heures. Tout porte à supposer que cette enfant, qui paraissait saine au moment de son entrée à l'asile, portait en elle le germe de la maladie. Elle sortait d'une maison infectée par le choléra, et tous les autres membres de sa famille avaient été atteints. Il semble résulter de cette observation que des personnes peuvent présenter les apparences de la plus parfaite santé, échapper ainsi à la vigilance des visites sanitaires et répandre le *contagium* dans le milieu sain où une trompeuse sécurité les avait laissé pénétrer.

Le conseil sanitaire du Havre s'est réuni mardi dernier sous la présidence de M. le sous-préfet. Il est vraiment regrettable que ce corps, animé des plus sages intentions, n'ait qu'une autorité très-restreinte auprès de l'administration. Il n'est convoqué que lorsque M. le sous-préfet le juge convenable, et ses avis ne sont reçus qu'à titre consultatif. Sur la proposition de M. Quesnel, le conseil a émis un vœu pour demander la révision du régime sanitaire, qui n'est certainement pas en rapport avec la science et avec l'extension de nos relations maritimes. Le système est incomplet et inefficace; il oppose un sérieux obstacle au commerce du pays, et il n'apporte nullement la solution du difficile problème qui consiste à subordonner les intérêts du commerce à ceux de la santé publique.

J. Lutaud.

Cas de choléra à Paris.

D'après les relevés officiels communiqués au commencement de la séance de l'Académie de médecine par M. Delpech, il y a eu à Paris, du 3 au 8 septembre inclusivement, environ 60 décès cholériques, tant en ville que dans les hôpitaux. En ville, le nombre des décès a été de 34, répartis dans les divers arrondissements; dans les hôpitaux, le chiffre de la mortalité n'a pas été moindre de 25 sur un total de 47 cas.

La santé publique dans l'armée.

Nous avons pris quelques renseignements au sujet de l'état sanitaire de l'armée, et nous sommes heureux de dire que, jusqu'à présent, les manifestations cholériformes qui s'y sont produites ne dépassent pas sensiblement la mesure de celles qu'on y observe chaque année en été. Dans les camps aux environs de Paris, la tendance aux gastro-entérites aiguës avec vomissements est très-accusée, et nous savons qu'il en est de même à Lyon, au camp de Sathonay. A Paris même, dans la garnison, tout le mois d'août s'est passé sans que le Val-de-Grâce reçût un seul de ces cas de choléra sporadique qu'on y rencontre d'ordinaire dans cette saison et qui guérissent à peu près certainement, et jamais on n'y a vu moins de malades. Dans les huit derniers jours, il y est entré 14 militaires atteints d'accidents cholériques plus ou moins caractérisés; un seul a succombé.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale.

De l'immobilisation dans le traitement des fractures compliquées, par M. Cadiat, interne des hôpitaux.

Les observations qui vont suivre, prises dans le service de M. de Saint-Germain, se rapportent à plusieurs cas de fractures compliquées fort graves. Du mois de mars au mois de décembre 1872, il s'est présenté sept de ces fractures. Dans chacune, le foyer était si largement ouvert qu'on ne pouvait même pas penser à l'occlusion de la plaie, sauf dans une occasion, mais il y avait alors communication avec l'articulation tibio-tarsienne. La plupart présentaient de tels désordres que l'amputation avait paru tout d'abord la seule ressource : broiement des os, des muscles; décollement de la peau, déchirée dans certains cas sur une grande étendue, rien n'y manquait, sauf la rupture des vaisseaux principaux du membre, pour faire de ces blessures des accidents irrémédiables, et alors que l'amputation, pratiquée à peu près à la même époque, et dans le service, pour des cas analogues, l'infection purulente et l'érysipèle, qui n'ont cessé de régner dans les salles Saint-Ferdinand et Saint-Christophe, emportaient tous les opérés, ces blessés ont guéri avec une facilité étonnante, sans aucun accident inflammatoire, sans qu'il y ait eu à peine un abcès à ouvrir, un séquestre à enlever.

En lisant ces observations, on verra que les succès obtenus

---

tandis que les croups, assez fréquents à Kiel, sont traités dans les salles ordinaires. J'en demandais la raison au professeur Bartels, qui me répondit n'avoir jamais observé de cas de diphthérie pris dans les salles et ne croit qu'à la contagion immédiate par le contact des fausses membranes sur les voies aériennes, dont il est lui-même une preuve, heureusement vivante. La scarlatine et la rougeole n'ont pas sévi assez fortement ici pour nécessiter l'isolement. En chirurgie, on n'isole que les cas de pourriture d'hôpital. La séparation a été essayée sans succès pour l'érysipèle et depuis lors abandonnée. *L'institut pathologique*, quoique petit, est abondamment pourvu de microscopes et de cabanes pour les animaux à expériences. Le parc contient encore des baraques pour les malades chirurgicaux, les maisons des professeurs, et un peu plus loin un bâtiment pour la clinique ophthalmologique.

Entrons maintenant, si vous le voulez bien, et passons successivement en revue les diverses parties de l'enseignement médical. Je prendrai comme type une de mes journées les plus chargées et y condenserai mes observations de la semaine. Elle commence à sept heures du matin par un *Demonstrations Kurs* à l'Institut pathologique. Voici en quoi cela consiste. Le professeur Heller exhibe quelques-unes des pièces de la collection, en accompagnant cette démonstration de dessins explicatifs au tableau et de préparations microscopiques; il saisit l'occasion pour donner à propos de chaque lésion une courte notice sur cette partie de la pathologie. Les élèves sont divisés en plusieurs groupes, de façon que chacun puisse voir et toucher, et pendant que le professeur répète la démonstration aux uns, les autres examinent les préparations microscopiques.

A neuf heures commence la clinique d'accouchements. Ici rien de bien nouveau pour ceux qui ont suivi l'excellente clinique du professeur Depaul. Le système est le même : examen au lit des malades et à l'amphithéâtre pour les cas particulièrement remarquables et facilement transportables. C'est surtout pour l'enseignement de l'obstétrique que l'on peut se

n'ont tenu qu'à la manière dont on a fait l'immobilisation, et non aux pansements, qui ont varié avec chaque malade.

La plupart des appareils généralement adoptés maintiennent les fragments en place, mais n'en immobilisent pas toutes les parties. Le mouvement paraît avoir cessé, mais il persiste à l'état imperceptible. Ce qu'il faut, c'est l'immobilisation exacte, mathématique et constante de toutes les parties, c'est une roideur absolue de l'appareil; il faut que le membre soit moulé dans une enveloppe complétement rigide, et il faut même qu'avant que l'appareil soit posé, pendant son application, qui doit être faite à temps réglés comme une opération, depuis le moment où le blessé est relevé jusqu'au jour de sa guérison définitive, il n'y ait aucun mouvement, aucune douleur provoquée. Alors le travail de réparation se fera sans trouble.

L'idée de l'immobilisation est bien ancienne sans doute; il n'est pas un auteur qui n'en parle; et cependant, en regardant de près la plupart des appareils posés sur les fractures, surtout sur les fractures compliquées, on peut voir que cette immobilisation tant recommandée n'existe bien souvent qu'en apparence.

Les moindres mouvements du blessé, les chocs sur le lit, mais avant tout la contraction musculaire, agissent pour imprimer aux os brisés des oscillations insensibles. En supprimant presque complétement ces influences, ce qu'on a cherché à réaliser dans ces observations, on a vu les plaies des os se comporter comme les plaies des autres tissus.

Nous n'avons employé que des moyens bien connus, ceux que l'on trouve partout; mais dans chaque cas, nous avons étudié avec soin leur application en vue de cette immobilisation parfaite, qui nous semblait être le point capital, la seule chose vraiment indispensable pour assurer la guérison.

Obs. I. — Alexis Godet, charretier, âgé de quarante-cinq ans, est apporté à l'hôpital le 10 mars 1872; on vient de le retirer de dessous sa voiture avec la jambe broyée.

Par une large plaie de 3 à 4 centimètres de long, siégeant au tiers inférieur, le tibia fait une saillie considérable en avant, à travers la peau décollée. Au-dessous on sent plusieurs fragments. Considérant ces graves lésions et, de plus, l'état des parties molles, l'attrition considérable que les tissus ont dû subir en raison de la cause vulnérante, M. de Saint-Germain hésita longtemps à tenter la conservation. Cependant le membre, après réduction du déplacement, est installé dans une gouttière et soumis à l'irrigation continue.

Malgré l'influence de l'eau froide, des accidents inflammatoires se développent. On est obligé d'ouvrir plusieurs abcès au voisinage de la plaie; il devient même nécessaire de passer un drain qui remonte sur la face interne du tibia jusqu'au tiers supérieur. Au milieu de ces désordres l'aspect des plaies ne s'améliore pas; la consolidation ne fait aucun progrès; les douleurs restent très-vives. Au bout de quarante jours, on remplace l'irrigation par des cataplasmes et l'on change la gouttière. Cette manœuvre fait beaucoup souffrir le blessé et détermine une nouvelle poussée inflammatoire. C'était la seconde fois que pareille chose arrivait. Le mouvement était donc plus nuisible que toutes les autres influences. Mais les grands déplacements n'étaient pas les seuls à réveiller les souffrances. Les moindres chocs portant sur le lit, un effort du blessé pour soulever sa tête, pour tousser, se moucher, retentissaient douloureusement dans le foyer de la fracture. En observant attentivement de très-près, on parvenait à saisir, à chaque sensation douloureuse, un mouvement imperceptible entre les fragments.

En supprimant ces mouvements, quelque faibles qu'ils fussent, on pouvait donc espérer supprimer la douleur, et avec elle les accidents inflammatoires.

En plaçant du genou à l'extrémité du pied une forte attelle plâtrée collant à la peau, moulée exactement sur les saillies osseuses des parties saines, formant, pour ainsi dire, un squelette extérieur aussi rigide que l'os qui était brisé, ce résultat pouvait peut-être être atteint.

On posa donc une première attelle sur la face antérieure de la jambe, disposée de façon à s'appuyer sur les parties que la contraction des muscles tendait à rapprocher. Aussitôt qu'elle fut sèche et maintenue par des bandelettes, toute douleur cessa. Ce n'était certainement pas l'immobilité parfaite qu'on aurait désirée, et cependant le résultat passa toute espérance. Le blessé put le jour même se remuer un peu sans souffrir.

Soulevant alors le membre en prenant la première attelle comme point d'appui, on en plaça deux autres. L'inflammation disparut avec la douleur, et dès lors la guérison fit des progrès rapides, sans qu'aucun accident vînt l'entraver de nouveau.

Enfin, le 15 juillet, le blessé quitta l'hôpital, en marchant avec des béquilles.

Dans cette première observation, on a vu les accidents cesser au moment même où l'immobilisation est obtenue; dans celle qui va suivre on verra qu'avec un appareil placé de la même façon, pendant les premiers jours tout va bien. L'appareil se dérange, les attelles ne tiennent plus, les accidents se montrent immédiatement. On rétablit l'immobilisation, et aussitôt la cicatrisation de la plaie reprend son cours régulier.

Obs. II. *Fracture du péroné avec subluxation du pied. Saillie de la pointe de la malléole interne à travers les téguments.* — Louise Chauvin, quarante et un ans, entrée le 1er juin. On applique trois attelles plâtrées: une antérieure, une externe et une postérieure. Occlusion immédiate avec de la baudruche collodionnée. Le sang, qui coule en abondance, décolle la baudruche. On panse alors avec des roudelles d'amidon maintenues par une légère compression. Aucun accident dans les jours qui suivent. Pas de douleurs.

Le 8 juillet douleurs, malaise, rougeur diffuse au-dessus de la plaie. Depuis quelques jours, léger mouvement fébrile. Attribuant ces accidents au ramollissement des attelles, on en fait de nouvelles très-épaisses qu'on applique par dessus les premières, et alors, comme chez le sujet de la première observation, les accidents inflammatoires cessent aussitôt.

Là où la rougeur diffuse s'était montrée, on sent, le 28 juillet, une fluctuation manifeste. Une incision fait écouler une cuillerée de sérosité purulente.

Au milieu du mois d'août, la petite plaie de la malléole est fermée; mais une eschare, formée sous le talon, retient le malade à l'hôpital jusqu'à la fin d'octobre.

---

rendre compte de l'importance des petites universités. Le nombre des accouchées, il est vrai (ce qu'on appelle ici *das Material*), n'est pas grand, mais du moins on profite de tout; chaque élève, à son tour, est chargé de surveiller un accouchement et de prendre en grands détails l'observation, dont il rend compte le matin à la clinique. La fièvre puerpérale est rare ici et presque toujours sporadique; d'ailleurs on prend de grandes précautions contre l'infection, on ne peut toucher une femme sans s'être lavé les mains dans une solution de permanganate. Les autopsies sont faites par le professeur d'anatomie pathologique et jamais par les élèves. Une fois l'accouchement terminé, on laisse la femme tranquille et on ne la touche, à moins de circonstances particulières, qu'après la première semaine des couches, pour savoir quand elle pourra se lever. Il va sans dire que chaque femme a ici son appareil à irrigation vaginale et que l'on ne voit pas, comme dans certaines maternités, l'infirmière donner les injections à toute une salle avec la même seringue. Les élèves sages-femmes, qui sont ici en général des femmes de la campagne, servent d'infirmières et sont chargées de prendre trois ou quatre fois par jour la température des accouchées sous la direction de l'*Assistent-Artzt*. Auprès de chaque femme en travail se trouve une élève sage-femme et l'élève en médecine qui est chargé de l'accouchement. Un bassin avec une tête de fœtus, ainsi qu'un manuel d'obstétrique, sont toujours dans la chambre. Les élèves sages-femmes font toutes les délivrances ordinaires. On emploie maintenant toujours la méthode de *Crédé*, ou expulsion du placenta par expression.

Parmi les malades de la clinique gynécologique, j'ai remarqué un cas fort curieux d'absence complète de l'utérus chez une jeune fille de vingt ans, forte et bien constituée avec tous les attributs de son sexe; on ne peut par le toucher rectal rien trouver qui rappelle les ovaires, et comme tous les signes d'une fluxion cataméniale sont absents, il est probable que les ovaires font défaut. J'ai vu appliquer, pour un cas de prolapsus utérin avancé, le badigeonnage du vagin à la teinture d'iode,

Enfin, dans les premiers jours de novembre, elle peut marcher, mais avec une ankylose à peu près complète de l'articulation tibio-tarsienne qu'on ne réussit pas à rompre.

OBS. III. *Fracture de jambe des deux os par un arbre de machine. Plaie de 15 centimètres occupant la moitié de la circonférence du membre, profonde en avant où le tibia coupé fait saillie, n'intéressant que la peau en arrière.* — Daverdon, dix-huit ans, entré le 3 août. On applique deux attelles fort solides, et par dessus un appareil ouaté remontant jusqu'au pli de l'aine, fortement serré, comme le fait M. Guérin.

Le 10 août, attaque de rhumatisme articulaire généralisé, avec épistaxis très-abondantes épuisant le malade. On a été plusieurs fois sur le point de faire le tamponnement.

Traitement. — Sulfate de quinine et quinquina en poudre à forte dose.

Malgré ces accidents si graves, du côté de la fracture il ne se passe rien d'extraordinaire; les douleurs, qui ont diminué le premier jour avec l'application de l'appareil, ne se réveillent pas; elles cessent peu à peu, et lorsqu'on retire la ouate, un mois après, on retrouve une plaie bourgeonnante, les os recouverts et un commencement de consolidation.

Les attelles sont maintenues. Un pansement à l'huile phéniquée remplace la ouate. La plaie se rétrécit progressivement, et le 8 décembre la consolidation est assez avancée pour que le blessé puisse marcher sans béquilles.

Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que la compression de la ouate par dessus les attelles n'a été nullement douloureuse. On verra à la fin comment, avec des plaies aussi larges, on a pu néanmoins établir des attelles.

OBS. IV. *Coup de pied de cheval. Luxation du coude en avant, avec fracture de l'olécrâne, plaie au niveau de la fracture, communiquant avec l'articulation.* — Jean Bovet, cocher, cinquante ans, entré le 29 juin. Le bras est demi-fléchi. Au-dessus de l'épicondyle on sent la cupule du radius, dans laquelle on enfonce le doigt. En arrière, un enfoncement considérable au niveau de la plaie qui correspond à la fracture de l'olécrâne. M. de Saint-Germain, en étendant le bras du blessé, fit la réduction. Un flot de sang sort par la plaie au moment où les surfaces articulaires reprennent leurs rapports normaux. Le malade est conduit dans la salle et pendant le trajet la luxation se reproduit. Elle est réduite de nouveau. On immobilise aussitôt avec deux attelles de carton pliées à angle et l'on applique un appareil ouaté.

4 juillet. Aucune souffrance depuis le jour de l'accident.

Le 26 juillet, on ôte l'appareil; le pus que l'on trouve est en quantité très-faible. La plaie devait être cicatrisée depuis quelque temps déjà. Le radius est en place; on peut lui imprimer quelques mouvements de rotation. Quinze jours après l'accident, le blessé se levait et se promenait dans le jardin.

Cette observation présente un double intérêt, puisque jusqu'au TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE de Nélaton, il n'existe qu'un seul cas dans la science de ce genre de luxation.

La guérison dans ces deux cas aurait pu être attribuée à l'emploi de la ouate; mais en voici deux au moins aussi graves pour lesquels ce pansement n'a pas été employé et où l'on a obtenu cependant les mêmes résultats.

OBS. V. *Plaie de 14 centimètres de long, occupant la face postérieure externe et interne de l'avant-bras. Cubitus entièrement coupé.* — Hippolyte Portier, quarante-cinq ans, entré le 28 septembre. On applique deux attelles plâtrées. Les pansements sont faits successivement avec l'huile phéniquée et le vin aromatique.

Le 3 octobre apparaît de la pourriture d'hôpital. On met du citron plusieurs jours. Au dixième jour, on reprend l'huile phéniquée.

Le blessé se lève au bout de quinze jours, jamais de douleur. Il sort de l'hôpital au bout de vingt-quatre jours. Guérison complète le 15 novembre.

OBS. VI. *Fracture de jambe causée par la chute d'une pierre de taille. Plaie allant du milieu de la jambe à quelques centimètres du cou-de-pied, mesurant 12 centimètres de long, de forme losangique. Plusieurs fragments.* — Victor Gobeau, trente-neuf ans, entré le 1er septembre 1872. Gonflement du genou et de l'articulation du pied. Peu d'hémorrhagie. Une gouttière a été installée pendant vingt-quatre heures. On met des attelles plâtrées le lendemain au nombre de trois. Les pansements sont faits avec de la charpie imbibée d'huile phéniquée, la plaie à découvert.

Le 6 octobre, enlèvement des attelles; il y a un commencement de consolidation. La plaie est réduite à une ligne saillante de bourgeons charnus que l'on panse à l'onguent Canet.

Le 9 décembre, départ du malade pour Vincennes, avec une demi-ankylose de l'articulation tibio-tarsienne.

OBS. VII. *Fracture de jambe comminutive, au tiers inférieur, avec plusieurs plaies étroites en avant, la peau enlevée en arrière sur une large étendue.* — Paul Rémy, cinquante-deux ans, apporté le 16 juillet 1872. Sa jambe a été broyée par la roue d'un tonneau d'arrosage. On applique deux attelles plâtrées très-solides, de la cuisse au bout du pied, avec un appareil ouaté par dessus. Cessation immédiate des douleurs.

Le 25 juillet, attaque de *delirium tremens*. Traitement par l'alcool (60 grammes) et l'opium (15 centigrammes).

Le 5 septembre, enlèvement de l'appareil ouaté. La peau est tombée en avant. Cavité énorme, au fond de laquelle sont des esquilles. Toutes les parties du membre en très-bon état. On replace le même appareil; mais le malade, qui était déjà assez usé avant sa blessure, et de plus alcoolique, s'épuise peu à peu. La diarrhée survient; il meurt dans les derniers jours de décembre.

Ainsi, cinquante jours après l'accident, cette jambe, littéralement broyée, avait été conservée sans aucune souffrance pour le malade, et était en assez bon état pour que l'amputation ait pu encore être pratiquée.

Dans toutes ces observations, on peut voir que le pansement de la plaie n'a été qu'accessoire. L'occlusion immédiate n'a jamais pu être faite. L'alcool camphré, l'huile phéniquée, le coton, ont été employés tour à tour.

On n'a cherché qu'une chose, l'immobilisation, mais une immobilisation soigneusement étudiée, aussi parfaite que possible.

Nous avons pensé, en effet, que les accidents des fractures tenaient, non à la nature du tissu lésé, mais aux influences extérieures qui agissaient plus puissamment sur les os.

Longtemps on a cru que leur dénudation s'accompagnait nécessairement de leur nécrose. Aujourd'hui il semble rester

---

qui a été, paraît-il, fortement recommandé par un médecin russe. Je ne sais si ce traitement est aussi employé en France et si l'on en a observé des résultats aussi favorables que l'inventeur.

A dix heures commence la clinique médicale. Les malades ont été examinés auparavant par les *Assistenten;* les plus intéressants sont présentés à la clinique, interrogés par un des élèves, *Practikanten*, et fournissent au professeur l'occasion de rappeler aux élèves les éléments du diagnostic et du traitement. J'ai vu passer devant mes yeux, en une séance, toute une série d'affections syphilitiques de la bouche, depuis la simple plaque muqueuse jusqu'à la perforation du palais, la gomme de la langue et du pharynx. Le *mal napolitain* ne reconnaît ni les frontières naturelles, ni le principe des nationalités. Le professeur fait remarquer à ce sujet qu'il est tout à fait de l'avis de Ricord pour la longueur du traitement spécifique, et rappelle à ce propos ce que Ricord a dit l'année dernière à Birmingham : « Je n'entreprends plus de cure si le malade ne s'engage pas d'avance à suivre pendant six mois le traitement mercuriel, et pendant six autres mois le traitement par l'iodure de potassium. » La clinique se termine par la visite au lit du malade. Je vous cite en courant les cas les plus intéressants et les observations du professeur : 1. Un enfant de deux à trois ans, qui a été *trachéotomisé* il y a cinq jours pour un croup et qui va bien; la canule a été enlevée le troisième jour. *Bartels* fait remarquer à ce sujet qu'il a employé les frictions mercurielles à hautes doses (l'enfant a eu 50 grammes d'onguent napolitain en onction). Il est un des rares médecins qui croient encore à l'efficacité du mercure contre la diphthérie, et il l'emploie systématiquement dans tous les cas; la friction est préférée à la voie interne, parce qu'elle permet en fort peu de temps de faire absorber une quantité considérable de mercure sans occasionner de diarrhée, qui déprime toujours les forces des malades. On ne peut nier que ce mode d'administration ne soit parfaitement rationnel du moment qu'on attribue au mercure une action salutaire contre

encore quelque chose de ces idées. On est disposé à voir en eux des tissus n'ayant pas une vie active. Leur structure, la présence de ces aréoles, de ces canalicules, toujours béants, la théorie de la résorption du pus par les vaisseaux, tout cela semble expliquer pourquoi les plaies des os sont plus graves que celles de même étendue des autres tissus, et empêcher d'en chercher une véritable explication, qui est peut-être beaucoup moins loin qu'on ne pense.

Il est certain que la dureté des os les rend plus sensibles à l'action des chocs. Les frottements rudes entre les surfaces de section, leurs rapports avec les muscles qui les tiraillent sans cesse et déchirent ainsi les vaisseaux nouveaux qui tendraient à se former, les placent mécaniquement dans une situation toute différente pour accomplir le travail de réparation.

La contraction musculaire agit constamment pour détruire l'immobilité et avec une puissance dont on ne se rend suffisamment pas compte en posant des appareils de fracture; sans quoi on emploierait des moyens de contention beaucoup plus énergiques. Les muscles, s'insérant en moyenne au cinquième de la longueur des leviers qu'ils meuvent, exercent sur leurs points d'insertion des efforts cinq fois plus considérables que les résistances qu'ils ont à vaincre. Le triceps fémoral, dans l'effort qu'un homme pesant 60 kilogr. fait pour se soulever sur une cuisse, développe donc une force de 300 kilogrammes. Et à supposer qu'il porte un fardeau aussi lourd que lui, on trouverait 600 ou 800 kilogrammes.

Le squelette est disposé de façon à résister à de si prodigieux efforts. Qu'il vienne à se rompre en un point, les fragments séparés deviennent alors le jouet pour ainsi dire des masses musculaires, en dépit de tous les appareils qui ont la prétention de les immobiliser. Mais l'équilibre rétabli vis-à-vis des autres tissus par une immobilisation complète et permanente, la contraction musculaire vaincue, peut-on savoir si l'os brisé se comportera autrement qu'eux? Les faits que nous citons semblent prouver le contraire. Nous avons toujours vu, une fois les différentes parties du membre reliées de façon à ne plus faire qu'un tout rigide, que l'on pouvait soulever, déplacer en tous sens, sans faire souffrir le blessé; nous avons toujours vu, disons-nous, que la cicatrisation de la plaie s'est effectuée régulièrement sans aucun trouble. Il a semblé que la présence de l'os n'ait rien ajouté à la gravité de la blessure.

En outre des fragments, il y a encore dans les fractures compliquées un autre élément qu'il importe aussi de tenir à l'abri de toute agitation. C'est le sang épanché qui existe toujours en abondance dans les interstices musculaires. Les parties exposées à l'air se décomposent. Les mouvements des muscles les mélangent avec celles qui sont plus loin et la fermentation putride, gagnant de proche en proche, développe dans toute l'étendue du membre ces redoutables phlegmons gangréneux qui apparaissent dès les premiers jours.

Pour obtenir cette immobilisation, tous les moyens ont été employés, mais les meilleurs de ceux que l'on emploie habituellement sont certainement les attelles plâtrées. Collant à la peau, se moulant sur les saillies osseuses des parties saines, où elles prennent leurs points d'appui; elles résistent avec une force considérable dans le sens de leur longueur pour empêcher le rapprochement des fragments, et la pression qu'elles déterminent est si bien supportée, qu'on peut appliquer par dessus des appareils ouatés. L'appareil de Scultet et surtout les gouttières sont bien loin de les valoir pour le traitement des fractures compliquées. Avec les gouttières, les pansements sont difficiles; le glissement du corps vers le pied du lit tend sans cesse à faire chevaucher les fragments; le pus s'y accumule, et si on ne les change pas sans cesse, elles deviennent nécessairement de véritables foyers d'infection. Avec les attelles on peut employer tous les modes de pansement : l'occlusion immédiate si la plaie est petite, et dans le cas où l'occlusion est impraticable, l'appareil ouaté de M. Guérin dont la pression sur le plâtre moulé n'est nullement douloureuse.

Mais quel que soit l'appareil, l'immobilisation peut n'être qu'apparente; les os peuvent paraître maintenus à un examen superficiel et les attelles dont nous nous sommes servi ne valent pas mieux que le reste, si leur disposition n'est pas étudiée avec soin; si les effets de la contraction musculaire peuvent se faire sentir, s'il reste de la douleur spontanée ou provoquée par les mouvements, signe qui témoigne pour nous de la mobilité des fragments.

Nous allons exposer maintenant la façon dont nous avons appliqué les attelles et les diverses dispositions que nous avons adoptées. Pour obtenir une immobilité complète, il suffit de l'avoir dans trois directions perpendiculaires entre elles. C'est un principe de mécanique que nous n'avons pas à démontrer ici. Or, les attelles ne résistent efficacement que dans deux sens, placées de champ ou dans leur longueur. Un membre assujetti complétement sur deux attelles dont les plans forment un angle droit n'est plus susceptible d'aucune déformation.

Le difficile est d'obtenir dans la pratique ces deux plans d'immobilisation.

Trouver d'abord aux deux extrémités du membre des points d'appui pour poser l'attelle qui doit empêcher tout rapprochement entre les parties qui sont au-dessus et au-dessous de la fracture. Au membre inférieur à la jambe la chose est facile; à la cuisse, par une disposition que nous exposerons plus loin, on peut encore y arriver. Mais au bras, nous ne voyons encore rien de bien commode et d'efficace, il faudrait autour du thorax une cuirasse rigide sur laquelle l'appareil prendrait ses points d'appui, car du côté de l'épaule rien n'est fixe, ni l'omoplate, ni la clavicule, ni même les côtes qui se déplacent à chaque effort respiratoire.

---

le développement des fausses membranes. Bartels avoue d'ailleurs lui-même que cette médication n'est point indifférente, et que dans un ou deux cas il a observé une anémie profonde avec hémorrhagie par diverses voies et une convalescence fort longue. — 2. Un beau cas de *scorbut* avec épanchements sanguins sous-aponévrotiques et articulaires (genou, etc.). Bartels dit que l'étiologie dans ce cas est très-obscure. Il a observé un cas de scorbut des plus caractérisés chez une dame de haute volée qui vivait dans les conditions en apparence les plus favorables, mais qui ne se nourrissait que de viande et prenait fort peu d'exercice. Il a une grande confiance dans le jus de citron, quoiqu'il ne connaisse pas les belles recherches de Chalvet sur l'influence des sels de potasse contenus dans les légumes et les fruits, et la diminution de la potasse dans le sang sous l'influence d'une mauvaise alimentation. — 3. Un cas de vraie *néphrite rhumatismale;* albuminurie dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, sans endocardite, et par conséquent sans embolie. — 4. Une *endocardite à frigore* chez une jeune femme de vingt-cinq à trente ans; c'est la première bien constatée qu'il ait observée. L'endocardite a entraîné à sa suite des symptômes graves d'asystolie.

Après la visite, le professeur se rend avec ses élèves à la salle d'autopsie, où le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même l'ouverture du corps et dicte à mesure le procès-verbal à l'élève chargé du cas. Le jour où j'étais là il s'agissait d'un superbe fongus hématode malin des parois de la vessie; on avait diagnostiqué un cancer des reins, erreur bien pardonnable pour quiconque connaît les difficultés de ce diagnostic. Le fait intéressant de l'autopsie était la présence de noyaux secondaires dans les points où le fongus avait été en rapport direct avec les parois de la muqueuse vésicale.

A midi commence la clinique chirurgicale du professeur Esmarch. Ce qui frappe le plus un étranger à Kiel, c'est la prépondérance des maladies scrofuleuses, soit parmi les consultants, soit parmi les malades de l'hôpital. Les lupus, les

A la jambe une attelle antérieure très-épaisse, moulée sur le genou et sur le dos du pied triomphe complétement de la contraction musculaire. Cette attelle antérieure a, de plus, l'avantage de pouvoir toujours être posée sans déplacer le membre et une fois solidifiée, elle sert à le soulever pour installer les autres. Joignant à cela une attelle latérale interne ou externe, l'immobilité est assurée. Lorsque le fragment supérieur est trop court, il s'agit d'ajouter un demi-anneau embrassant les tubérosités du tibia.

Nous avons mis pour la cuisse d'abord un bandage de corps formé d'une épaisse couche d'ouate et de bandes. L'attelle plâtrée a la forme d'une croix. La branche horizontale est collée sur le bandage du corps. Elle ne passe pas en arrière, la branche verticale descend sur la face externe de la cuisse, s'appuie sur le genou et vient insensiblement sur le dos du pied.

Ces attelles sont très-épaisses, et de cette façon le bassin et le membre inférieur sont reliés si solidement, que saisissant l'attelle au niveau de la cuisse, on peut faire tourner le malade dans son lit sans rien déplacer.

Dans le cas de larges plaies, ou lorsque la peau était malade en un point, on faisait au-dessus une sorte de pont. Au moment de poser l'attelle imbibée de plâtre liquide, on recouvrait ces parties d'un tampon d'ouate sur lequel on mettait un carré de toile gommée. L'attelle, se moulant sur le tout, décrivait une sorte de pont plus ou moins haut sans compromettre la solidité de l'appareil.

Un des grands avantages de l'appareil Scultet, c'est la facilité avec laquelle on le pose. La réduction étant faite, le genou et le pied maintenus par des aides, le chirurgien est sûr que rien ne bougera pendant qu'il applique ses bandelettes et ses attelles. Aussi nous en sommes-nous servi pour appliquer les attelles plâtrées. La jambe étant posée sur un appareil de Scultet recouvert de taffetas gommé, on met les attelles imbibées de plâtre liquide. On ferme par-dessus le carré de taffetas l'appareil de Scultet comme on a l'habitude de le mettre, et une heure après, lorsqu'on le retire, on trouve le membre, immobilisé par le plâtre, dans la position exacte où on l'a laissé.

Telle est, en résumé, la manière dont nous avons opéré. Ce sont là, comme on le voit, des moyens bien simples, et si nous publions ces observations, ce n'est pas tant pour faire connaître des procédés qui ne sont certainement pas nouveaux, que pour en montrer les résultats.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VERNEUIL.

A propos de la résection du maxillaire inférieur.

Monsieur,

La Gazette médicale de Paris vient de publier, par la plume de M. le docteur Muron, les procédés nouveaux que vous mettez aujourd'hui en usage pour la résection des maxillaires. En modifiant les méthodes anciennes, vous avez eu pour but, si je ne me trompe, d'éviter la pénétration du sang dans la cavité buccale, et par conséquent les syncopes, les accidents asphyxiques, etc., et, qui plus est, de rendre possible l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération. Pour ce, vous opérez, nous dit M. Muron, *hors de la bouche*, exécutant tous les temps de l'opération : dissection, dénudation, sections osseuses, avant d'inciser la muqueuse buccale.

La modification que je voudrais introduire dans le manuel de l'amputation du maxillaire inférieur, et que je viens aujourd'hui soumettre à votre approbation, a aussi pour but de transporter la scène pathologique *hors de la bouche*. Elle n'a du reste rien d'incompatible avec la méthode nouvelle; on pourrait même dire, jusqu'à un certain point, qu'elle en est un complément. En effet, si vous vous proposez d'obvier à un accident primitif, l'écoulement du sang, j'ai la prétention, moi, de combattre un accident consécutif, l'écoulement du pus, ou plutôt des produits de la plaie. Et je dois dire en passant que, grâce à vos travaux, on sait aujourd'hui que c'est surtout pendant les premiers jours qu'il importe de lutter contre cet accident. N'est-ce pas pendant les premiers jours que les produits des plaies ont leurs propriétés septiques les plus funestes ?

Eh bien ! pour rendre la plaie extra-buccale après l'amputation du maxillaire, il suffit de faire une *suture profonde*, de réunir la portion linguale de la plaie avec sa portion jugale. Cette suture est, je crois, toujours possible, facile même, et je me suis maintes fois assuré sur le cadavre qu'elle est encore applicable après la désarticulation de tout une moitié du maxillaire inférieur.

Je n'ai encore eu qu'une seule fois l'occasion de la mettre en pratique sur le vivant, et dans un cas essentiellement défavorable. Néanmoins, j'ai réussi à séparer la bouche de la plaie extérieure pendant les cinq premiers jours. Mais comme je me suis trouvé là en présence de difficultés toutes particulières, j'ai pu me convaincre de la facilité avec laquelle cette manœuvre doit s'exécuter dans les cas simples.

---

nécroses et les tumeurs blanches forment certainement ici plus de la moitié du *Material*. Le traitement chirurgical qu'on leur oppose était tout nouveau pour moi, quoiqu'il soit probablement déjà familier à quelques-uns de vos lecteurs; le mot allemand de *Abkratzen* peut se traduire assez bien par abrasion ou grattage; c'est une extension de la méthode d'évidement préconisée par Sédillot pour l'évidement du calcanéum. Le professeur Esmarch ne fait plus de résection réglée, mais cherche à conserver le plus possible de l'articulation malade, après avoir enlevé, par la cuiller de Bruns ou de Volkmann, toutes les granulations, et reséqué, avec le couteau ou la pince de Lister les protubérances osseuses cariées. Ces opérations sont très-laborieuses et fort longues mais donnent de bons résultats; j'ai vu dans le service quatre genoux reséqués de cette façon qui étaient en pleine voie de guérison. Après avoir mis à nu l'articulation par une incision convenable, on enlève avec une gouge qui a la forme d'une cupule de gland de chêne (Bruns) ou de bateau (Volkmann), toutes les parties cariées; on perfore, s'il le faut, de part en part, l'extrémité cariée et on laisse dans le trajet un drain de *silk protective* de Lister à l'acide phénique. Pour ces opérations quelque peu longues et laborieuses, le professeur se sert depuis quelques semaines d'une large bande de caoutchouc compressive enroulée à la racine du membre, qui empêche toute perte de sang et permet de disséquer les parties comme sur le cadavre. Cette compression est très-efficace et tout à fait inoffensive, s'il faut en juger d'après l'expérience d'un mois. Je me permets d'attirer tout particulièrement l'attention des chirurgiens français sur cette nouvelle modification de la compression dans les opérations. La bande de caoutchouc employée est un tube aplati auquel on fait faire plusieurs tours à la racine du membre sur lequel on veut opérer; la gangrène ou la thrombose que l'on pourrait craindre théoriquement à la suite d'une compression si énergique et si longue (je l'ai vue durer presque une heure), n'ont point été observées; elle a suffi dans des amputations de cuisse et a paru même plus par-

Il s'agissait d'un vieillard plus que septuagénaire, porteur d'un cancer de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Néoplasme mal limité, phénomènes inflammatoires concomitants, téguments altérés, débilité profonde... N'en était-ce pas assez pour arrêter les plus téméraires? Mais le malheureux était tourmenté par des douleurs tellement atroces, et sa tumeur ulcérée répandait dans sa bouche des produits si fétides, que je me décidai à entreprendre une opération palliative. Je lui extirpai toute la portion de la mâchoire qui est comprise entre la deuxième incisive et la branche montante, par une incision longitudinale suivant le bord inférieur de l'os.

J'ai dû sacrifier plusieurs lambeaux de muqueuse jugale, presque toute la muqueuse gingivale, une partie du plancher de la bouche. Néanmoins j'ai pu pratiquer ma suture profonde sans la moindre difficulté. J'ai passé cinq ou six points de suture métallique profonde.

Le soir même, le malade pouvait tirer la langue sans difficulté, et pendant tout le temps que la suture a tenu, lorsqu'on lui demandait s'il avait *la bouche mauvaise*, s'il sentait un goût désagréable, il répondait par la négative; sa langue était rose et fraîche, et cependant un liquide sanieux et fétide s'écoulait en abondance par la plaie extérieure. Malheureusement, la réunion ne s'est maintenue que pendant les cinq premiers jours. Mais alors la plaie était rose et vermeille, couverte de bourgeons charnus, et le pus peu abondant qu'elle sécrétait avait pris son écoulement vers l'extérieur.

L'opération palliative a fait cesser les douleurs; celles-ci avaient pour point de départ une compression du nerf dentaire inférieur par le néoplasme. L'examen anatomique m'a permis aussi de constater que j'avais eu affaire à un épithélioma lobulé. Pendant les premiers jours, le malade reprit ses forces, et je pus croire un instant que l'opération, entreprise dans le but de soulager seulement, allait amener une guérison; mais il tomba bientôt dans l'adynamie. Je me hâtai de l'envoyer à la campagne, où j'ai appris plus tard qu'il avait succombé.

Il eût été, j'en conviens, de beaucoup préférable d'attendre quelque peu et d'apporter non une seule observation, mais un faisceau de faits nouveaux. J'y étais décidé, lorsque, ayant eu connaissance de votre nouvelle méthode, j'ai pensé que ma petite innovation avait trop de rapports avec elle pour en être séparée. Aussi ai-je voulu tout de suite la soumettre à votre approbation, vous priant d'agréer l'expression de mon plus profond respect.

Daniel Mollière.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Congrès médical de Vienne.

L'espace si considérable que nous avons dû consacrer aux comptes rendus des séances du *Congrès de Londres* et de celles de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, ne nous a pas permis jusqu'ici de mettre nos lecteurs au courant du Congrès médical qui vient de se terminer à Vienne. Parmi les délégués des gouvernements étrangers, la Nouvelle presse libre cite le docteur Jaccoud, pour la France; le docteur Warlomont, pour la Belgique; le professeur Wislocky, pour la Russie; et le conseiller médical docteur Eulenberg, pour la Prusse. Ont dû arriver du Brésil comme représentants de cet empire, le professeur Caminoah et les docteurs Pizarro et Galvao, professeurs agrégés à l'université de Rio-de Janeiro.

Nous nous contenterons pour aujourd'hui de dire que la séance solennelle a été présidée par l'archiduc Rénier, frère de l'empereur, et que c'est notre savant collaborateur M. Jaccoud qui a été appelé à la présidence de la première séance effective. Voici les quelques paroles qu'il a prononcées en prenant place au fauteuil :

« Messieurs et très-honorés confrères,

» J'ouvre la séance. Mais avant de procéder à nos travaux, j'ai à cœur de remercier le Congrès et le Comité d'organisation pour l'insigne honneur qu'ils ont bien voulu me faire en m'appelant à la présidence de cette séance. Cet honneur, je ne le retiens pas pour moi; je le reporte, ainsi que je le dois, au corps médical français, qui en appréciera, soyez-en certains, l'inestimable prix.

» Quant à moi, rien ne peut me pénétrer d'une joie plus profonde que le spectacle de cette savante assemblée, qui réunit dans son sein nos éminents confrères des deux mondes.

» J'ai contribué dans la mesure de mes forces à la création des Congrès médicaux internationaux, et la réunion de Paris en 1867 a été l'expression première de ces efforts. Deux ans plus tard, l'œuvre naissante a affirmé sa vitalité par le succès incontesté du Congrès de Florence; puis, après une interruption néfaste, l'institution, un instant menacée, a repris sa marche victorieuse, et rien ne saurait maintenant l'arrêter de nouveau, puisque le troisième Congrès international de médecine a cette double fortune d'être réuni dans une ville célèbre par son antique renom scientifique, par sa cordiale hospitalité, et d'être honoré du patronage d'un prince illustre, protecteur éclairé de toutes les institutions qui concourent à l'avancement des sciences et des lettres. »

Nota. — Le Congrès de 1875 a été fixé à Bruxelles.

faite que la moyenne des compressions manuelles (Esmarck).

La méthode d'abrasion a été appliquée depuis quelque temps avec pareil succès au traitement du lupus par Volkmann, de Halle; j'en ai vu ici d'excellents résultats. Voici comment on procède : le malade une fois chloroformisé, on enlève par grattage, avec la cuiller de Bruns, toutes les parties malades, qui se laissent facilement détruire, tandis que les parties saines ne sont pas attaquées par la curette; l'instrument est porté non-seulement sur la peau, mais sur les muqueuses nasale et buccale. Une fois le grattage terminé, on recouvre les parties saignantes d'ouate au perchlorure de fer, et le malade offre alors un hideux aspect dû au mélange de noir, de jaune et de rouge qui recouvrent sa figure; au bout de quelques semaines, la cicatrisation est obtenue. J'ai constaté moi-même, chez une femme de quarante-cinq ans qui avait été ainsi opérée il y a deux mois pour un lupus du nez, une guérison parfaite avec une figure encore très-présentable. Quand il y a récidive, on recommence jusqu'à extinction du processus morbide.

Voici ce qui m'a le plus frappé dans la visite des salles de chirurgie :

1. Tous les *pansements* se font avec une ouate dégraissée connue ici sous le nom de *Doctor von Bruns' wound dressing cotton*, que l'on fait venir en ballots de Schaffouse; on applique d'abord sur la plaie une petite bande de tarlatane imbibée d'huile phéniquée, puis un paquet d'ouate et par-dessus une feuille de papier de soie rendu imperméable par une couche de vernis ordinaire. Ces pansements restent deux ou trois jours en place. Les *cataplasmes* sont rarement employés et remplacés presque toujours par des vessies de glace. Dans les plaies qui saignent beaucoup, on introduit après les ligatures ou les torsions d'artères indispensables, un sachet de gaze renfermant de l'ouate perchlorurée. L'irrigation, qui a été longtemps employée, est réduite au strict nécessaire par le professeur Esmarch, qui en a vu de mauvais résultats.

2. Les appareils *à extension* pour les affections articulaires sont employés sur une aussi grande échelle qu'en Angleterre;

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

PHYLLOXERA. — MM. *A. Sarrand* et *Lecoq de Boisbaudran* adressent chacun une note sur le *Phylloxera*. (Renvoi à la commission.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse la suite de ses recherches sur les perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

Académie de médecine.

Au sujet du compte rendu de la séance précédente, nous avons reçu et nous nous empressons d'insérer la lettre suivante :

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Dans l'analyse rapide donnée par la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 36, 5 septembre) d'une note que j'ai adressée à l'Académie, sur deux cas d'embolies avec guérison, l'omission ou l'interversion de quelques traits nécessaires à la justification du diagnostic autorisent le doute avec lequel les faits y sont présentés.

Dans le premier cas, on donne à une hémiplégie tout à fait *éphémère* la durée d'un mois, qui est celle d'une série d'accidents variés, parmi lesquels figurent, d'une part, l'embolie de l'artère radiale, *effet secondaire* de l'infarctus pulmonaire, comme la thrombose cérébrale à laquelle elle succédait; et d'autre part, les coagulations dans les veines iliaques et crurales, produites *en dernier lieu du côté de la source embolique*, accidents ultimes qui sont la *preuve* de la désagrégation *successive* du caillot de la veine tibiale, de sa fragmentation en débris de plus en plus volumineux, et de la stase de ceux-ci en des points de plus en plus rapprochés du lieu de leur origine. Dans le second cas, on n'indique pas l'embolie *consécutive* de la veine crurale du membre opposé *non affecté de varices*, qui *précède* et *explique* les troubles cardiaques et pulmonaires « dus évidemment » à la migration du caillot sanguin.

Les guérisons d'embolies sont plus nombreuses, je crois, qu'on ne pense; et si, avec raison, il faut les *peser* avant de les *compter*, au moins doit-on, dans leur appréciation, ne pas négliger les conditions essentielles qui les caractérisent.

Dr BOUILLON-LAGRANGE.

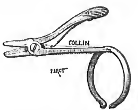
SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de la Somme. (*Commission de vaccine.*) — *b*. De nouveaux échantillons et des pièces relatives à la source ferrugineuse dite Philomène, que le sieur *Étienne Croze* possède au bourg de Vals (Ardèche) et pour laquelle il sollicite une autorisation d'exploitation. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de candidature de M. le docteur *Belhomme* pour la section d'anatomie pathologique. — *b*. Une note de M. le docteur *Pinel* petit-fils sur un cas de sexdigitisme double et héréditaire du côté du père, qui avait été lui-même opéré dans le premier âge. — *c*. Une note manuscrite de M. le docteur *Decaisne* sur l'asthme dit d'été ou fièvre de foin comme entité morbide. — *d*. Le programme du Congrès médical et scientifique spécial à l'enfance qui aura lieu à Marseille le 2 février 1874.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un travail manuscrit ayant pour titre : RAPPORT ANNUEL SUR LES EAUX THERMALES D'HAMMAM-RIHA (province d'Alger), par M. le docteur *Leplat*.

M. le docteur *Galezowski* présente à l'Académie une pince fabriquée sur ses indications par M. *Collin*, et destinée à saisir fortement les aiguilles les plus fines pour pratiquer les sutures des paupières ou de la conjonctive. Cette pince se fixe à l'indicateur de la main droite au moyen d'un anneau ouvert; le pouce appuie sur l'autre branche pour la fermer et l'aiguille est fortement saisie entre les mors garnis de plomb. Vu le peu de longueur de l'instrument, c'est pour ainsi dire entre les doigts que l'aiguille est saisie, et pour cette raison on la dirige avec plus de délicatesse et de précision à travers les tissus.



Plus de public que d'académiciens. Les honorables sont en villégiature, sans se douter qu'on aurait grand besoin de leurs lumières pour éclairer cette question si obscure du choléra, qu'on s'est décidé, la main forcée par les événements, à mettre enfin à l'ordre du jour. On en parle de tous côtés, et le besoin de renseignements peut seul expliquer cette affluence insolite d'assistants par ces temps de vacances, où il n'y a ordinairement personne.

LA SEPTICÉMIE. — M. *le secrétaire perpétuel* commence par donner lecture d'une note de M. Onimus sur la septicémie; M. Onimus s'est proposé, dans ses nouvelles recherches, d'étudier le moyen de détruire l'action virulente des matières organiques septicémiques. Cette lecture n'obtient pas l'attention qu'elle méritait.

CHOLÉRA. — On a bien autre chose à faire que de s'occuper de septicémie, et l'attention ne se réveille qu'à l'occasion de deux lettres relatives au choléra. Voici la première de ces lettres :

A monsieur le Président de l'Académie de médecine.

» Monsieur,

» Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine s'est occupée d'un rapport sur le choléra au Havre présenté par M. le docteur Lecadre oncle, son correspondant. Les faits relatés par notre honorable confrère sont, nous avons le regret de le dire, loin de concorder avec ce que nous avons observé dans notre clientèle privée et dans notre service d'hôpital. Si le médecin des épidémies avait suivi dans nos salles et dans les

ils ont tous pour but l'immobilisation de l'articulation et surtout la séparation des têtes articulaires; c'est ainsi que l'on explique la disparition de la douleur, qui est le trait le plus frappant de ce traitement, et que les internes de Sainte-Eugénie ont eu maintes fois l'occasion de constater l'année dernière dans le traitement des coxalgies. J'ai vu un enfant atteint de mal de Pott depuis plusieurs semaines sur un plan incliné, avec une forte extension qui prenait son point d'appui sur le bassin avec contre-extension à l'épaule; le petit malade s'y était parfaitement habitué, et depuis lors les divers symptômes, et en particulier les phénomènes douloureux, avaient considérablement diminué.

Le soir, à six heures, le professeur Esmarch donne un cours théorique sur la chirurgie. Il traite en ce moment des tumeurs et a eu l'heureuse idée d'illustrer son cours par de nombreux dessins de tumeurs enlevées dans son service, avec quelques détails sur l'histoire de chaque malade.

Vous me pardonnerez, je l'espère, cette exposition bien rapide et sommaire de ma visite à Kiel. On connaît bien aujourd'hui à Paris ce qui se fait en Allemagne; j'ai pensé néanmoins qu'il ne serait pas tout à fait inutile de donner à vos lecteurs quelques détails sur les hommes dont ils lisent les travaux et sur la méthode d'enseignement des universités allemandes.

Dr H. A. d'É.

EAUX DE VERSAILLES. — L'*Union libérale de Seine-et-Oise* se plaint vivement de ce que l'unique machine construite à Asnières pour faire passer dans la presqu'île de Gennevilliers, comme engrais, les eaux infectes déversées dans la Seine ne peut enlever que le sixième de ces eaux, et que, néanmoins, la préfecture de la Seine vient de rendre aux compagnies de vidange le droit de coulage, c'est-à-dire le droit de faire écouler dans les ruisseaux toute la partie liquide contenue dans les fosses d'aisances.

FIÈVRE JAUNE. — On écrit de New-York, le 8 septembre. La fièvre jaune sévit à Galveston, Houston, Shreveport. Un grand nombre de familles sont parties. Les affaires sont paralysées.

localités du voisinage l'évolution de la maladie, il eût été à même de constater :

» 1° Qu'un certain nombre de malades ont présenté *tous* les symptômes du choléra indien : vomissements aqueux, selles blanches, riziformes, excavation profonde des yeux, refroidissement général, cyanose, crampes, extinction de la voix, douleur épigastrique, anurie, etc.

» 2° Que ces accidents ont parfois suivi une marche très-rapide, puisque des malades, dans notre clientèle, sont morts 15 ou 18 heures après l'apparition des premiers symptômes, et, à l'hospice, 4 ou 5 heures après leur admission.

» 3° Qu'en général les malades qui ont succombé sont morts dans la période asphyxique, quelques-uns dans la période de réaction avec des symptômes d'urémie.

» 4° Que souvent le fléau a frappé divers membres d'une même famille ensemble ou séparément.

» 5° Que si la classe pauvre a payé le plus large tribut à la maladie, la classe la plus aisée a également été atteinte.

» En présence de tous ces faits, nous ne nous expliquons pas que l'honorable correspondant de l'Académie de médecine n'ait vu au Havre qu'une épidémie de choléra nostras.

» Du reste, nous tenons à la disposition de l'Académie les documents propres à appuyer ce que nous avançons, documents qui pourront être publiés en temps opportun.

» Agréez, etc.

Dr Margueritte, Médecin de l'hôpital. Dr Déro, Médecin de l'hôpital.

— M. le docteur *Linas*, dans une autre lettre, signale un cas de choléra presque foudroyant chez une femme de soixante-trois ans et venant de Hambourg, où sévit en ce moment le choléra.

— Après quelques réflexions de M. *Briquet* à l'occasion du cas de choléra qu'il a observé à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Moutard-Martin, M. Delpech communique à l'Académie les chiffres authentiques des décès dus au choléra dans Paris (voy. p. 588). Il n'y a plus à se le dissimuler, ni à dissimuler, le choléra est dans nos murs. *Caveant consules !* comme disaient les anciens, comme disait encore tout à l'heure, redisait et répétait sur tous les tons M. J. Guérin.

Élections. — Avant de lui donner la parole, l'Académie nomme en courant deux correspondants étrangers, MM. *John Hughes Bennett* et *de Wrye*, dans la première et la quatrième division.

Brulures par le pétrole. — M. le docteur *Launay* prend ensuite pendant quelques minutes la parole pour lire les conclusions d'un travail sur les *brûlures par l'essence minérale*. Ces conclusions viennent confirmer en partie les faits qu'avait signalés dernièrement M. le docteur Chairou à l'occasion de la catastrophe de Rueil, et de brûlures par le pétrole.

Discussion sur le choléra. — M. *J. Guérin* monte enfin à la tribune et ouvre le feu dans cette discussion qui finira Dieu sait quand, car ce sujet est vaste, et malgré tout ce qu'on a dit ou écrit, la science, comme il le constate lui-même, a tout à faire encore sur cette question si intéressante du choléra.

Nous engageons nos lecteurs à lire dans le Bulletin de l'Académie ce discours dont nous ne pouvons donner ici qu'un léger aperçu.

Après quelques généralités sur l'influence des théories en thérapeutique, M. Jules Guérin constate les différences que présentent au point de vue pratique les deux théories actuellement admises sur le choléra ; la théorie de la spontanéité qu'il défend depuis des années et celle de l'importation. Après ces notions préliminaires et pour limiter la question, il se propose d'étudier la diarrhée qui règne en ce moment en Europe, dans ses rapports avec le choléra.

Cette diarrhée peut affecter trois formes : elle peut précéder une épidémie, l'accompagner ou enfin accompagner un cas de choléra individuel en dehors de toute influence épidémique. Ces trois ordres de faits demandent à être examinés séparément; il démontrera ultérieurement les liens qui les unissent ensemble, et en font des manifestations d'une seule et même maladie.

Il commence par la diarrhée qui précède les épidémies de choléra ; c'est le point le plus important à étudier pour le moment.

Un fait parfaitement établi aujourd'hui, c'est que le choléra débute toujours par une diarrhée à laquelle il a donné le nom de prémonitoire. C'est ce qui ressort très-nettement de tous les faits observés pendant les épidémies de 1832, 1849, 1853 et 1866. Et M. J. Guérin passe en revue tous les ouvrages, mémoires, comptes rendus ou publications qui parurent à ces diverses époques sur le choléra. Tout prouve donc que la diarrhée prodromique prémonitoire existe dans l'immense majorité des cas. Quant aux cas foudroyants, ils n'existent pas ; le plus souvent il y a eu erreur de diagnostic, ou l'on n'a pas su interroger les malades. Cette constatation de la diarrhée prodromique est du reste souvent fort difficile, et M. J. Guérin en cite quelques exemples qui prouvent que si, dans les cas dits foudroyants, on avait interrogé avec persévérance les malades, on aurait toujours constaté, comme lui, cette diarrhée prémonitoire.

Quant aux conséquences à tirer de cette théorie au point de vue pratique, elles sont bien simples, et l'Angleterre depuis longtemps nous donne un exemple que nous devrions imiter : un comité d'hygiène a institué un système de médecine préventive qui consiste à faire dans chaque maison des visites domiciliaires pour constater les cas de diarrhée, les guérir et surtout mettre les gens en garde contre les dangers de cette diarrhée inoffensive en apparence. Ce système, qui fonctionne depuis 1853, a donné des résultats inattendus, et des rapports officiels ont constaté que, sur 130 000 cas de diarrhée constatés dans les différentes villes de l'Angleterre, 250 seulement passèrent à l'état de choléra confirmé.

« Ce système, dit M. J. Guérin, n'est malheureusement pas appliqué en France, malgré les efforts du comité d'hygiène ; il serait grand temps d'y songer, et c'est à l'Académie d'attirer l'attention de l'administration sur ces mesures prophylactiques. »

M. J. Guérin termine cette première partie de son discours par quelques considérations sur le traitement de la diarrhée à cette période et remet à la prochaine séance l'étude de la diarrhée qui accompagne la période épidémique.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 25 juillet 1873. — Présidence de M. Bernutz.

Sur l'épistaxis séro-albumineuse. — Fin de la discussion sur l'expectoration albumineuse. — Résumé de cette discussion.

M. *Champouillon* cite une curieuse observation d'écoulement séro-albumineux par les narines survenu à plusieurs reprises chez un individu parfaitement sain d'ailleurs. Cet homme eut, pour la première fois, en 1856, par la narine gauche, un un écoulement abondant (un verre de table) de liquide coagulé par le repos et le refroidissement, inodore, sans aucun mélange de sang, donnant un coagulum notable avec l'acide nitrique et la chaleur. Ce phénomène s'est reproduit huit fois en l'espace de quatorze ans ; il était toujours précédé d'un peu de démangeaison de la pituitaire, de rougeur de la face, de lourdeur cérébrale sans céphalalgie, et était toujours consécutif à une tension intellectuelle prolongée.

M. Champouillon, ayant exploré les fosses nasales sans rien y rencontrer d'anormal, considère ce phénomène comme un flux diacrasique, comme une filtration séro-albumineuse à travers le tissu de la muqueuse nasale, et il se demande si cet accident ne se fait pas par un mécanisme analogue à celui

qui préside à l'expectoration observée à la suite de la thoracocentèse.

M. *Brouardel* dit avoir vu autrefois, dans le service de Velpeau, un cas analogue. Là, le liquide était composé de mucus très-fluide, et il s'agissait d'une hydropisie du sinus maxillaire qui survenait quelquefois à la suite d'efforts.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE. — M. *Woillez* vient, dans cette séance, confesser qu'il a été trop absolu en admettant que la piqûre du poumon par le trocart était fréquemment la cause de l'expectoration en question. Il reconnaît aujourd'hui volontiers que ses lectures, les objections faites par ses collègues, les analyses chimiques et les observations publiées par MM. Béhier, Lande, Révillou, Renou, Jalabert, Beaumetz, l'ont ramené vers la théorie de la congestion. Il admet donc aujourd'hui que, si la blessure du poumon peut quelquefois, rarement même, causer l'expectoration albumineuse, la congestion séro-sanguine doit être admise comme cause générale.

M. *Féréol*, chargé de résumer la discussion, expose les diverses phases par lesquelles elle a passé.

Il reconnaît d'adord qu'il s'est hasardé en venant proposer l'explication de l'expectoration albumineuse par la perforation spontanée sans pneumothorax. Il n'a pas nié la possibilité de l'œdème pulmonaire à la suite de la thoracocentèse; il n'a pas nié que la congestion ne soit la cause de l'expectoration albumineuse; il a seulement émis cette opinion, qu'il y avait un certian nombre de cas qui pouvaient reconnaître une autre cause, et cette autre cause il l'a cherchée dans la perforation spontanée. D'autre part, quand il a puisé un argument dans les perforations spontanées survenant dans le cours des pleurésies, il n'a pas entendu parler des pleurésies séreuses, mais seulement des pleurésies purulentes, les seules dans lesquelles la perforation spontanée ait été observée, et où cette perforation ne s'accompagne pas toujours de pneumothorax.

Ces quelques rectifications faites, M. Féréol reprend l'historique de la question et de la discussion. Il rappelle ensuite chacune des objections que l'on a opposées à sa théorie de la fistule pleuro-bronchique, et il cherche à en atténuer l'écrasante logique. Il s'attache surtout à démontrer que si sa théorie est ruinée, elle avait quelques côtés vraisemblables. Nous ne suivrons pas M. Féréol dans toutes les minuties de son argumentation. Ses efforts ont été sincères, habiles, mais ce sont ceux d'un homme dont la cause est perdue et qui plaide avec un rare bonheur les circonstances atténuantes. Les lecteurs de la GAZETTE ont lu dans le n° du 25 juillet le résumé très-clair de M. Blachez; il n'y a rien de saillant à y ajouter.

SÉANCE DU 8 AOUT 1873.

EXPECTORATION ABONDANTE SERVANT DE CRISE A UNE PLEURÉSIE SÈCHE. — FIN DE LA DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE. — ULCÈRES TUBERCULEUX DE LA LANGUE. — MYOSITE SYPHILITIQUE.

M. *Ferrand* rapporte que, étant chef de clinique de Monneret, il eut une pleurésie sèche. Pendant le cours de cette maladie, il fut pris une nuit d'une expectoration séreuse très-abondante, sans suffocation aucune. La nuit suivante, le même phénomène se reproduisit, les signes de pleurésie sèche, frottement, douleur, fièvre le soir, etc., se sont éteints le lendemain. L'analyse des crachats ainsi expectorés ne fut pas faite alors, mais le fait d'une expectoration séreuse abondante dans le cours d'une pleurésie sans épanchement est important à signaler.

M. Ferrand se déclare partisan absolu de la congestion séro-sanguine comme cause de l'expectoration albumineuse après la thoracocentèse.

M. *Féréol* termine le résumé de la discussion sur l'expectoration albumineuse.

Il conclut définitivement que l'expectoration albumineuse à la suite de la thoracocentèse comporte une explication acceptée par tout le monde : c'est la théorie de la congestion œdémateuse déjà émise par M. Pinaud, en 1853, puis soutenue par MM. Hérard et Moutard-Martin; que cette théorie peut s'appliquer à tous les cas, et que la majorité de ceux qui ont pris part à la discussion rejettent absolument l'explication par la perforation spontanée sans pneumothorax, que lui, M. Féréol, avait cru pouvoir soutenir.

A côté de la question principale, la discussion a soulevé plusieurs points secondaires : les perforations spontanées sans pneumothorax dans les pleurésies purulentes ne sont plus contestées, tandis que les perforations spontanées dans les pleurésies séreuses ne paraissent pas encore prouvées. L'analyse chimique des expectorations a acquis une importance de premier ordre.

Enfin une conclusion pratique découle des faits, c'est que dans le cours d'une pleurésie, surtout d'une pleurésie double, s'il existe des complications pulmonaires gênant l'hématose, la thoracocentèse ne doit être faite qu'en cas d'urgence avec ménagement et lenteur, afin d'éviter une congestion œdémateuse qui pourrait tuer le malade par asphyxie, avant même qu'il y ait expectoration.

— M. *Bucquoy* présente deux phthisiques atteints tous deux d'ulcères tuberculeux de la langue.

Le premier, âgé de trente-six ans, est tuberculeux depuis deux ans : les poumons et le larynx sont gravement malades. Depuis dix-huit mois, une ulcération s'est produite sur le bord de la langue et détruit peu à peu l'organe. On trouve chez ce même individu une ulcération de même nature sur le bord de l'anus.

Le second, âgé de cinquante-six ans, est tuberculeux à un moindre degré que le précédent. Cependant il porte sur le bord droit de la langue une large ulcération à fond grisâtre, légèrement mamelonné et à bords taillés en biseau. Chez lui, la tuberculisation pulmonaire remonte à six mois environ, et l'ulcération n'a débuté que depuis six semaines. Bien que ce sujet ait contracté la syphilis à l'âge de vingt-neuf ans, le doute n'est pas permis sur la nature de l'ulcère lingual; en effet, son aspect n'est pas du tout celui des ulcérations syphilitiques; l'absence de tout retentissement ganglionnaire éloigne l'idée de la syphilis ou de cancer; enfin la tuberculose est franchement héréditaire chez ce malade.

M. *Isambert* rappelle les caractères des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques de la langue tels qu'ils ont été établis lors de la discussion qui s'est élevée il y a quelques mois à la Société. A l'aspect seul de l'ulcération on peut faire catégoriquement le diagnostic.

— M. *Guyot* communique une observation de myosite syphilitique du masséter, s'étant accusée par de la douleur et le resserrement des maxillaires. Le traitement par l'iodure de potassium a facilement amené la guérison.

Le diagnostic de cet accident de la syphilis est délicat, et le fait est rare. M. Guyot n'en connaît jusqu'ici que deux exemples : l'un, publié par Philippe Boyer, et dans lequel l'existence d'une périostose conduisit au diagnostic; l'autre, communiqué à M. Guyot par un interne des hôpitaux, dans lequel on a reconnu la nature de l'affection, grâce à deux tumeurs gommeuses des maxillaires.

En face de cet accident, il ne faut pas trop se hâter d'agir chirurgicalement, et il convient avant tout de rechercher les antécédents syphilitiques et de tenter la cure par l'iodure de potassium.

La Société se forme en comité secret pour étudier la question de l'exercice de la médecine en France par des médecins étrangers non munis de diplômes français. Le rapport sur cette question a été présenté par M. Bourdon.

A. L.

P. S. — La Société des hôpitaux a décidé que ses vacances dureraient du 15 août au 1er octobre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

SUR LA MÉTHODE GALVANOCAUSTIQUE. — ENCÉPHALOCÈLE.

M. *Trélat* dit qu'il y a une grande différence entre le mode d'action du galvano-cautère cultellaire et de l'anse coupante. Il a employé récemment le stylet galvanocaustique pour la cure des tumeurs érectiles de petit volume; dans ce cas, le stylet est porté au maximum de rougeur, et il agit comme le cautère actuel. Cette année, M. Trélat a fait trois fois cette petite opération avec succès. L'anse galvanique peut servir à l'ablation de ces tumeurs érectiles. Un enfant avait deux tumeurs érectiles; l'une, au sommet de la tête, était composée de tissu graisseux et de dilatations veineuses; sa hauteur était de 1 centimètre 1/2; on fit six ponctions à la base de la tumeur avec le stylet galvanique. Sur l'épaule droite était une autre tumeur du volume d'une mandarine, donnant lieu à des hémorrhagies, suite d'inflammation fongueuse et d'ulcération superficielle : il s'agissait d'une tumeur érectile veineuse sous-cutanée. M. Trélat fit l'ablation totale avec l'anse galvanocaustique. Il en résulta une plaie de 7 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur. Avant d'opérer, il faut pédiculiser artificiellement la tumeur avec des épingles et un fil de soie placé au-dessous. On agira lentement, l'anse étant toujours tendue et rigide, sur les tissus à couper; on évitera ainsi des variations de température. Entourer les parties étreintes avec des linges mouillés et froids. La section de la tumeur a duré huit minutes. Vers la fin de l'opération, il resta un petit pédicule difficile à couper. On termina avec des ciseaux. Une petite artériole restait dans ce pédicule; elle fut liée immédiatement.

Chez un jeune malade dont M. Trélat a parlé il y a quelques semaines, à propos des tumeurs fibreuses du pharynx, l'ablation du polype a été pratiquée avec l'anse galvanocaustique. L'opération ne présenta pas de difficultés. Mais il n'en est pas toujours ainsi : le malade qui a un véritable polype naso-pharyngien dont M. Trélat a parlé plusieurs fois, et auquel on fait des cautérisations galvaniques de quinze en quinze jours, est un exemple des difficultés qu'on peut rencontrer dans l'application de l'anse galvanique. M. Trélat s'était proposé de couper le pédicule restant, mais il n'a pu réaliser son projet ni par la gorge, ni par le nez (sans opération préliminaire, bien entendu). Il est possible d'y arriver, mais c'est matériellement difficile, surtout de placer l'anse et de tenir le courant au même point. M. Trélat a fait faire trois petits instruments pour fixer l'anse à la base du pédicule restant; il espère en avoir de bons résultats.

M. *Labbé* a déjà parlé d'une jeune fille de dix-sept ans qui avait les symptômes d'un polype naso-pharyngien, sauf les hémorrhagies. Elle fut opérée en août 1872 par la méthode galvanocaustique; l'opération ne présenta pas de difficultés. Mais il a rencontré aussi des cas difficiles. Il y a trois semaines, un individu se présenta à l'hôpital de la Pitié pour être opéré d'un polype naso-pharyngien volumineux. Après la section du voile du palais, on voulut placer l'anse, mais on ne put la faire arriver au niveau du pédicule. M. Labbé enleva la moitié de la tumeur.

Il y a quelques mois, M. *Lannelongue* ayant à opérer un varicocèle chez un jeune homme, il appliqua l'anse galvanocaustique. Au dernier temps de l'opération, la section ne se faisant pas, le chirurgien fit des tractions; alors parut un jet de sang artériel : l'artère spermatique était coupée. Cette artère est difficilement isolable des veines au milieu desquelles elle se trouve; comme il n'y avait qu'un petit orifice d'entrée, il fallut débrider pour lier l'artère.

M. Lannelongue a appliqué une fois l'anse galvanocaustique sur un polype naso-pharyngien bien pédiculé; l'opération ne présenta pas de difficultés.

M. *Verneuil* a une expérience restreinte de l'anse galvanocaustique; dans les cas où elle pouvait être employée, l'écraseur lui a paru préférable. Son expérience porte plutôt sur la piqûre galvanique et la section avec le couteau galvanocaustique. Pour enlever un cancroïde de l'aile du nez, il employa successivement l'anse, le couteau et le bouton. Pour les polypes naso-pharyngiens, il croyait qu'on pourrait sectionner le pédicule et cautériser ce qui restait, mais cela ne lui a pas réussi. Pour les sections partielles, l'écraseur lui semble préférable. Dans la littérature étrangère, on voit beaucoup d'observations de guérisons de polypes naso-pharyngiens par la galvanocaustique. M. Verneuil se croit en droit d'affirmer que les chirurgiens ont mal observé, car s'il y a des lobes nasaux ou pharyngiens, il est presque impossible de passer et repasser le fil galvanique par une seule narine; de même pour les sinus maxillaires. Il y a donc un grand nombre de cas qui échappent à l'anse galvanique quand on ne fait pas d'opération préliminaire. D'ailleurs, en supposant un seul lobe pharyngien et le fil passé par la narine, la section ne coupera pas tout le pédicule, car le plancher nasal est à 3 centimètres au-dessous du plan d'insertion du polype; pour atteindre la vraie base du polype, il faudrait faire sortir l'anse au niveau du sac lacrymal, autrement on laisse un tiers de la tumeur.

M. *Dubreuil* a appliqué la galvanocaustique au traitement des végétations de la vulve et de l'anus; mais il ne faut pas dépasser le tissu morbide. Il y a un inconvénient, c'est qu'à chaque instant il faut réchauffer le couteau. Maintenant, M. Dubreuil coupe les végétations avec des ciseaux et applique ensuite le galvanocautère pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Tillaux avait demandé à M. *Verneuil* l'âge des enfants opérés par lui de tumeurs érectiles; ce chirurgien cite quelques exemples : enfant de trois mois, tumeur érectile sur la paupière, ponction avec stylet galvanique dans la tumeur, guérison; un autre enfant avait une tumeur érectile au niveau des sutures du crâne, ponctions avec le stylet et guérison. Un enfant de deux mois avait une tumeur de 3 centimètres sur la joue; application de cinq pointes sur la périphérie, guérison sans accidents. Chaque ponction doit durer au moins une minute.

M. *Chassaignac* a opéré une vaste tumeur érectile chez un enfant de dix mois. Cette tumeur fut d'abord pédiculisée, puis enlevée avec l'écraseur; le petit malade guérit sans accidents.

— M. *Blot* présente un enfant de vingt-sept mois qui a 95 centimètres de taille et un énorme développement du tissu adipeux. Cet enfant porte à la racine du nez une tumeur congénitale qui a des battements isochrones à ceux du pouls; c'est, selon M. Blot, une encéphalocèle.

SÉANCE DU 13 AOUT 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE GALVANOCAUSTIQUE. — RÉSECTION DE CÔTE.

M. *Trélat* ne croit pas, comme M. Verneuil, que le rôle du galvano-cautère soit à peu près nul dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. On sait que plusieurs chirurgiens veulent, non pas guérir radicalement et immédiatement leurs malades, ce qui est le plus souvent impossible, mais soulager, s'opposer au développement du mal et attendre que l'âge de ces tumeurs soit passé. Pour ces chirurgiens, l'anse coupante est réellement utile, et plus tard le galvano-cautère terminera le traitement. M. Verneuil a voulu montrer qu'avec l'écraseur linéaire ou l'anse galvanique on ne peut pas enlever la totalité du polype; au moyen de certains instruments très-minces, M. Trélat espère arriver jusqu'au point d'insertion des polypes et y placer l'anse coupante.

A propos de la discussion sur le traitement des tumeurs érectiles par la galvanocaustie, M. *Marjolin* dit qu'il faut toujours commencer le traitement par la vaccination faite sur la tumeur.

— M. *Demarquay* reçut à la maison de santé un homme de vingt-deux ans qui ne pouvait pas travailler. Il ressentait une douleur vive au niveau du mamelon gauche. Deux mois auparavant, il avait reçu en ce point le choc du brancard d'une petite voiture. Il se forma une tumeur à la partie inférieure et externe du sein gauche, sur le trajet de la quatrième côte. Cette tumeur était fluctuante, du volume d'un œuf. En appuyant sur les extrémités de la quatrième côte, on produit une crépitation très-dure. Il s'agissait donc d'une poche kystique développée autour d'une fracture. Aucun épanchement thoracique. M. Demarquay fit une ponction à la partie la plus déclive de la tumeur; il s'écoula du pus. L'incision fut agrandie; le doigt reconnut que les deux fragments étaient nécrosés à leur extrémité. Résection des portions nécrosées.

M. *Labbé* fut consulté, au mois de septembre de l'an dernier, par une femme qui souffrait depuis longtemps du côté droit de la poitrine, au niveau de la huitième côte. Un abcès fut ouvert et M. Labbé enleva 6 centimètres de côte nécrosée. La lésion était ancienne, ce qui rendit l'opération facile. La malade guérit; mais, malgré les soins donnés à la conservation du périoste, l'os ne s'est pas reproduit.

M. *Chassaignac* a fait des résections de côtes pour des caries, nécroses, cancers, mais jamais pour des pseudarthroses. D'ailleurs, dans le cas de M. Demarquay, on ne peut pas dire qu'il y avait une fausse articulation, car il n'y avait pas de surfaces articulaires.

— La Société de chirurgie entre en vacances. La prochaine séance aura lieu le mercredi 1er octobre.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'hygiène internationale, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique, par Adrien PROUST. — Paris, G. Masson, 1873.

Sous le nom d'hygiène internationale, l'auteur étudie les moyens par lesquels les groupes de population doivent chercher à se préserver des maladies qui, transmissibles par contagion, peuvent sortir des cercles ordinaires de leur endémicité pour aller porter leurs ravages fort loin de leur point de départ et mériter alors le nom de grandes épidémies.

Toutes les maladies transmissibles par voie de contagion ne sont pas, suivant l'auteur, justiciables des mesures sanitaires internationales; les unes sont engendrées sur notre sol, comme la fièvre typhoïde et la diphthérie; par exemple les autres, d'origine exotique, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, font actuellement partie intégrante de notre constitution pathologique. Elles intéressent l'hygiène publique, mais ne réclament aucune mesure préventive au point de vue de l'importation. Cette opinion est peut-être un peu excessive, surtout en ce qui a trait à la variole, dont la transmission s'est bien souvent faite par la voie maritime, alors qu'une police mieux faite eût peut-être pu empêcher l'éclosion d'une épidémie.

Prises pour la première fois en vue de combattre la propagation de la peste d'Orient, les mesures sanitaires internationales apparaissent au XVe siècle; Venise fonda les premiers lazarets, et Marseille imita en 1526 sa rivale de la mer Adriatique. M. Proust consacre à peine quelques pages à l'historique de la police sanitaire pour arriver à la discussion des faits actuels et étudier l'organisation des différents moyens mis en usage par les nations européennes dans le but de protéger leurs frontières terrestres à l'aide des cordons sanitaires, leurs frontières maritimes au moyen de quarantaines imposées aux navires en provenance des points contaminés et de la séquestration temporaire des équipages dans les lazarets. Il entre dans quelques détails relatifs aux diverses formes et à la durée des quarantaines, comme à la nature des patentes délivrées aux navires par les autorités sanitaires du port de départ, au contrôle exercé par les agents de la santé du port d'arrivée sur cette même patente et sur l'état sanitaire du navire pendant la traversée.

Cette première partie de l'ouvrage, tout administrative, est évidemment celle que l'auteur a cru devoir abréger pour arriver à la partie médicale proprement dite, à l'étude des grandes épidémies justiciables des mesures sanitaires internationales.

La deuxième partie du livre de M. A. Proust présente à ce point de vue un intérêt spécial; elle constitue, à vrai dire, l'ouvrage tout entier, que l'on peut regarder comme une étude de la peste, de la fièvre jaune et du choléra au point de vue épidémiologique.

Après avoir montré l'ancienneté de la peste et retrouvé sa description dans les travaux de Rufus d'Éphèse, l'auteur ne croit pas cependant pouvoir attacher une trop grande importance aux descriptions anciennes, qui, sous le nom de peste, étudient toutes les épidémies qui ravagèrent l'Égypte et la Grèce aux époques reculées de l'histoire, non plus qu'à la maladie décrite sous le nom de *peste* dans L'EXODE. La première épidémie manifeste paraît être celle qui apparut en Europe vers l'an 542 et ravagea successivement Constantinople, la Ligurie, l'Espagne et les Gaules. Du XIe au XVe siècle, la peste se serait montrée trente-deux fois en Europe; au XVIIe siècle (1665), elle apparaît à Londres; au XVIIIe (1720) à Marseille. Pendant ce temps elle ravageait l'Orient, l'Égypte, et la Syrie en particulier, où nos armées devaient la rencontrer (1798-1800) pendant la célèbre expédition d'Égypte. Au XIXe siècle elle a de nouveau signalé sa présence sur certains points du littoral européen de la Méditerranée, particulièrement en Grèce en 1828, où elle fut apportée par les Égyptiens, et la même année en Moldo-Valachie sur les troupes russes réunies dans ces provinces. Depuis cette époque, repoussée de notre littoral par des mesures quarantenaires de plus en plus sérieuses, elle n'a point quitté l'Asie ou l'Afrique, où elle s'est manifestée particulièrement en 1858 dans la régence de Tripoli, en 1868 sur la frontière de Perse, en 1869 dans quelques tribus arabes sur les bords de l'Euphrate, en 1870 dans le Turkestan.

Après avoir discuté les origines probables de la peste et avoir montré que la condition essentielle de son développement réside dans la misère, la dégradation physique et morale des populations de l'Orient, bien plus que dans les questions telluriques ou météorologiques qui peuvent néanmoins favoriser sa propagation, l'auteur aborde l'histoire de sa transmissibilité, qu'il démontre : 1° par les faits de transmission ou d'importation; 2° par les effets de l'isolement et de la séquestration; 3° par la marche et la propagtion des épidémies.

Actuellement, on a pu se convaincre que la peste n'existe en Orient qu'à l'état de rares manifestations épidémiques, en dehors desquelles nul danger d'importation n'est à craindre. C'est donc avec raison que l'on a renoncé à imposer une quarantaine d'observation aux navires arrivant d'Orient, et par ce seul fait qu'ils viennent d'un pays regardé jadis comme toujours suspect de peste. Si quelques cas apparaissent au point de départ, la patente en faisant mention, il est, seulement alors, nécessaire de lui imposer une quarantaine variable suivant l'état sanitaire de l'équipage, suivant les conditions hygiéniques et la nature de son chargement, tous faits que l'administration sanitaire du port d'arrivée doit évaluer avec le plus grand soin.

Apparue pour la première fois en Europe vers le commencement du XVIIIe siècle, la fièvre jaune s'est manifestée sous forme d'épidémie importée à Cadix en 1705, 1753, 1754, 1800, 1804, 1810 et 1819. Les rapports de cette ville avec l'Amérique expliquaient suffisamment cette apparence de prédilection du fléau; Malaga fut, du reste, atteinte pour les mêmes raisons, en 1741 et 1803, Barcelone en 1821, le Passage, près Bayonne, en 1823, Gibraltar en 1826, où il fut étudié par Trousseau et Louis, Lisbonne en 1857, Barcelone en 1870. Jusqu'à ces dernières années, on niait la possibilité de la transmission de la fièvre jaune au nord du 43e degré de latitude, mais les faits de Saint-Nazaire en 1861 prouvent que cette assertion n'est pas

justifiée. Ce n'est point en Europe seulement que l'on a pu juger de la tendance de l'épidémie à s'éloigner du golfe du Mexique; limitée pendant de longues années aux côtes et aux archipels de l'Amérique centrale, elle a, depuis vingt ans, étendu sa zone d'un côté jusqu'à Buenos-Ayres, en ravageant sur son passage la Guyane et le Brésil, de l'autre jusqu'à New-York et Philadelphie. Traversant l'isthme de Panama et cette Cordillère des Andes que l'on regardait comme une barrière infranchissable, la fièvre jaune a pu se répandre sur le littoral du Pacifique et persister même pendant plusieurs années dans quelques ports de la Bolivie (Guyaquil, 1850), du Pérou et du Chili (1852-1856), où nous avons eu nous-même l'occasion de l'observer. Il est vrai que la côte sud-américaine, baignée par le Pacifique, infiniment plus salubre au point de vue tellurique que la côte orientale, paraît se prêter beaucoup moins à sa généralisation; aussi ces dernières épidémies ont-elles été d'intensité moyenne. La côte orientale d'Afrique, le Sénégal en particulier, en relations fréquentes avec l'Amérique, ont à différentes reprises subi des importations de la fièvre jaune.

La transmissibilité de la fièvre jaune ne saurait faire de doute; elle est prouvée par les faits d'importation, par les effets de l'isolement et de la séquestration, par la marche et le développement des épidémies dans les localités atteintes. Le navire joue lui-même un rôle considérable, prépondérant, dans la question de transmissibilité; les principes morbigènes semblent se loger dans le chargement, dans les coins de la cale, dans l'eau qu'elle renferme toujours, dans les couches intérieures de la charpente, *le vaivrage*; on en a pour preuve les nombreux faits de transmission observés sur des hommes employés au désarrimage, sur des charpentiers appelés à réparer le navire alors même qu'il a été depuis longtemps désinfecté. D'homme à homme, la transmission est non moins évidente, ainsi que le prouve une fois de plus le fait de ces ouvriers déchargeurs employés au désarrimage de l'*Anne-Marie* à Saint-Nazaire, et venant communiquer la fièvre au médecin de leur village, situé cependant à cinq lieues de ce port; contagion médiate ou immédiate, peu importe, puisque la transmission est possible.

M. Proust, se basant sur différents faits, ne croit pas pouvoir attribuer à la fièvre jaune une durée d'incubation supérieure à six jours en moyenne, malgré les opinions contraires de quelques autres épidémiologistes; le fait est important à établir au sujet des mesures pophylactiques.

Jusqu'en 1861, nos règlements sanitaires imposaient aux ports de l'Océan un régime beaucoup moins sévère qu'aux ports de la Méditerranée; depuis les faits de Saint-Nazaire, ils ont été soumis au même régime, et imposent aux navires de provenances suspectes une quarantaine d'observation de sept à dix jours. De plus, une série de mesures très-sévères doit être appliquée lorsqu'un navire arrive d'un pays à fièvre jaune, tant pour la désinfection du navire, que pour son déchargement, l'isolement sérieux et suffisamment prolongé de l'équipage.

Le choléra asiatique dont les manifestations épidémiques se succèdent en Europe à des périodes de plus en plus rapprochées et dont l'endémicité semble presque s'établir au milieu de nous doit, sans contredit, être considéré comme le fléau contre lequel nous devons, actuellement, organiser un système de mesures prophylactiques des mieux entendues. Ces mesures doivent tendre non point seulement à empêcher son importation de l'extérieur, mais à le combattre au milieu de notre pays même, à limiter s'il se peut sa propagation. L'hygiène internationale et l'hygiène publique sont intéressées au même titre dans cette grande question. M. Proust ne devait évidemment, par la nature même de son travail, s'attacher qu'à la première de ces deux phases; il l'a fait avec une grande précision et a consacré à l'épidémiologie du choléra un bon tiers de son ouvrage.

Quelque intéressante que soit cette étude, nous ne pouvons cependant l'y suivre pas à pas, sous peine de dépasser les limites que nous nous sommes imposées; les faits qu'il envisage ont du reste fait l'objet de travaux nombreux, auxquels l'auteur lui-même doit fréquemment se reporter; la GAZETTE HEBDOMADAIRE se propose d'y consacrer prochainement quelques articles. Comme la majorité des médecins, M. Proust croit devoir différencier absolument le choléra asiatique du choléra nostras ou sporadique, le premier seul est justiciable des mesures sanitaires internationales.

Après avoir décrit les épidémies de 1830 et de 1846, l'épimie de 1865 importée pour la première fois par la voie maritime, il rattache à cette dernière épidémie qui ne s'est jamais éteinte en Gallicie et en Hongrie les manifestations nouvelles qui apparaissent actuellement dans l'Europe occidentale et jusqu'en France. Partisan convaincu de la doctrine de la transmissibilité, doctrine que paraissent confirmer tous les faits, M. Proust propose des mesures restrictives très-sévères, tout en admettant cependant qu'il y a lieu, dans la marche et la transmission du fléau, de tenir compte des milieux où vient se fixer l'agent cholérique. Cet agent cholérique existe en particulier dans les sécrétions des individus atteints, et principalement dans les matières rendues par les vomissements, ainsi que dans les évacuations alvines, les substances organiques ou inorganiques souillées par ces liquides, les vêtements, les linges et effets à usage; dans une certaine limite, peut-être l'air lui-même, peut-il devenir le véhicule du contagium. Du reste, l'agent cholérique répandu dans une population, sévit en général en proportion de l'agglomération de cette population et des conditions hygiéniques dans lesquelles elle se trouve; au bout d'un certain temps, l'accoutumance s'établit, à moins que de nouveaux arrivages sains ne fournissent un nouvel aliment à la maladie.

Toute la théorie de la prophylaxie du choléra est basée, 1° sur le fait de la possibilité de l'importation: 2° sur le mode d'importation; 3° sur la durée de son incubation. Cette durée ne peut être définitivement fixée; cependant la conférence de Contantinople a émis l'avis qu'elle ne dépassait pas quelques jours. Aussi a-t-elle proposé de porter à dix jours pleins la quarantaine applicable aux personnes provenant d'un point contaminé; si, pendant la durée de la quarantaine il se produit parmi ces personnes un nouveau cas de choléra ou de diarrhée cholérique, les individus sains doivent recommencer la quarantaine de dix jours pleins. Au point de vue des mesures prophylactiques à prendre dans un pays déjà infecté, l'auteur n'entre pas dans des détails, que le titre de son ouvrage ne comportait point, et renvoie aux instructions pratiques publiées en 1871 par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

G. MORACHE.

VARIÉTÉS.

LES QUARANTAINES. — En présence des mesures sanitaires prises dnas tous les ports de l'Europe, il convient de rechercher de quelle façon sont appliqués les règlements relatifs aux quarantaines et dans quelle mesure ils peuvent être efficaces. La réglementation actuelle a été édictée en 1866 par la conférence internationale de Constantinople. Sur la proposition de son savant rapporteur, M. Fauvel, cette commission avait adopté les propositions suivantes : Il est établi deux sortes de quarantaines, la quarantaine d'observation et la quarantaine de rigueur. En temps d'épidémie, lorsqu'il n'y a à bord d'un navire ni choléra ni diarrhée cholérique, et que les conditions hygiéniques du bâtiment sont satisfaisantes, il est maintenu vingt-quatre heures en observation; les passagers peuvent rester à bord, et l'on pourvoit sans déchargement préalable à la désinfection des objets suspects. Si au contraire il s'est manifesté, dans un navire, des accidents cholériques, ou s'il se trouve dans des conditions hygiéniques jugées dangereuses, les passagers et les marchandises sont débarqués au lazaret et soumis là à une quarantaine de dix jours pleins; si pendant ce temps il se produit, parmi les personnes séquestrées, des cas de choléra, les personnes saines, après avoir été séparées des malades, doivent recommencer une quarantaine de dix jours.

Ces mesures, prises immédiatement après l'épidémie de 1865 importée d'Égypte en Europe par les navires de la Méditerranée étaient pleinement justifiées par des faits irréfutables. On avait vu le choléra, importé à la Mecque par les musulmans des Indes, se disséminer avec les pèlerins, les suivre à Alexandrie, puis aller infecter tous les ports qui ont des communications directes avec cette ville : Malte, Marseille, Ancône,

Beyrouth, Smyrne, Constantinople. Il est probable que, si une nouvelle épidémie nous avait menacés par la même voie, ces mesures, convenablement et rigoureusement exécutées, nous auraient préservés sans trop entraver les relations des peuples ; car, malgré les réclamations, de quelques négociants, il résulte de l'enquête instituée par la conférence internationale, que les mesures restrictives connues d'avance sont beaucoup moins préjudiciables au commerce que la perturbation qui frappe les transactions à la suite de l'invasion du choléra.

Mais aujourd'hui nous sommes en face d'une épidémie qui, partie de l'Inde, envahit l'Europe à pas lents à travers la Russie et l'Allemagne, et s'étend d'autre part dans les Etats-Unis. Cette marche par voie de terre dans notre continent rend beaucoup moins efficaces les mesures quarantenaires. Elles peuvent à coup sûr protéger les îles ; l'exemple de la Sicile en 1865 le prouve bien ; elles suffiront à préserver l'Europe lorsque l'Amérique seule sera contaminée ; elles pourront même être de quelque utilité et retarder l'invasion du mal dans les ports qui sont très-éloignés des points où sévit le fléau, bien qu'ils soient reliés à ceux-ci par des routes ou des lignes ferrées : car la conférence de Constantinople a remarqué que le choléra se transmet plus facilement par les navires souvent encombrés, que par les chemins de fer toujours bien aérés. Cependant plusieurs fois l'importation par ces derniers a été manifeste. Au mois d'août de l'année 1865, le choléra éclatait subitement à Altenbourg, à la suite d'une dame et d'un enfant venus d'Odessa ; la même année, il était importé à Paris par une femme venue de Marseille. Et même le début de cette épidémie était causé par le développement du choléra à Alexandrie après l'arrivée des pèlerins de la Mecque par le chemin de fer de Suez.

En présence de ce fait, et de la marche de l'épidémie actuelle, de Pesth à Vienne, à Berlin, à Saint-Pétersbourg et à Munich, on voit que les moyens préservateurs tirés des quarantaines perdent une grande partie de leur valeur..... (*Journal des Débats.*)

CHOLÉRA. — Tous les navires, sans exception, arrivant à destination de Bordeaux, doivent désormais s'arrêter sur rade de Pauillac, pour y subir la visite des agents sanitaires. Les navires quittant Bordeaux devront tous se munir d'une patente desanté.

— Relativement aux bruits qui courent sur l'explosion du choléra à Saint-Pétersbourg, nous trouvons dans la *Voix* les renseignements suivants, qui semblent être puisés à bonne source : On peut fixer le 12 août comme jour de l'apparition du choléra. Le 13, on comptait déjà 4 cas dans les hôpitaux. La semaine suivante, le nombre des cas s'est élevé à 121 (84 malades du sexe masculin et 37 du sexe féminin).

BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS, POUR 1874. — Le budget qui avait été arrêté en 1873 à la somme de 26 962 000, s'élève cette année à 28 150 000, d'où une augmentation de 2 188 000, justifiée par la hausse bien constatée des prix de certaines denrées et par les exigences de la direction des nourrices et du service des secours.

Le nombre de lits à entretenir reste fixé, comme en 1873, à 20 161, dont 9311 pour les vieillards et les infirmes, 8227 pour les malades et 2081 pour les aliénés.

On estime que le nombre des administrés traités ou secourus atteindra également le même chiffre qu'en 1873 ; ce nombre pour la première catégorie (traités), a été de 111 099 admissions dans les hôpitaux et les hospices, et pour la deuxième (secourus), de 192 000 individus. L'assistance publique a encore à sa charge 8601 aliénés en traitement dans les asiles du département et de la province,et 26 000 enfants assistés placés à la campagne, soit en tout, tant à Paris que dans le département de la Seine, une population de 338 200 individus dont les infortunes ou les souffrances ont été soulagées par l'administration hospitalière.

En résumé, le budget de l'assistance publique demeure fixé pour 1874, en recettes et en dépenses, tant pour le service ordinaire que pour le service extraordinaire, à 28 150 000 fr., sur lesquels 11 520 000 francs devront faire l'objet d'une subvention municipale.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes (année 1873). — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi 13 octobre, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 11 septembre jusqu'au samedi 27 septembre inclusivement.

NOMINATIONS. — Par décret du 18 août, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Cordier, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Cocud, médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Giard, médecin-major de 2e classe, M. Schreiner, médecin-major de 2e classe, M. Balley médecin-major de 2e classe.

PESTE BOVINE — Le ministre de l'agriculture et du commerce, considérant que la peste bovine a disparu depuis longtemps de l'Allemagne du Nord, a rapporté l'arrêté du 14 septembre 1872 concernant les mesures prises pour prévenir l'invasion de la peste bovine. Néanmoins, l'introduction en France et le transit des animaux de l'espèce bovine de la race grise, dite *des steppes*, ainsi que des cuirs frais et autres débris frais de ces animaux, demeurent absolument interdits par les frontières de terre et de mer. Les mêmes interdictions s'étendent aux bêtes bovines, de quelque race qu'elles soient, et à leurs cuirs et débris frais, provenant de la Russie, de l'Autriche-Hongrie et des principautés danubiennes.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Dans la promenade sur le lac Léman offerte par le grand conseil de Genève aux membres de l'Association, M. Wurtz, nommé président pour 1874, a provoqué, en faveur d'incendiés de Genève, une collecte qui a produit en quelques minutes plus de 1000 francs. M. Wurtz les a remis aux membres du conseil, en les remerciant de leur hospitalité dans un petit discours plein d'à-propos, auquel ont répondu M. Vautier, président du conseil d'État, et M. Le Royer, président du conseil administratif.

— CONGRÈS DE VIENNE. — C'est une *médaille de mérite* et non un *diplôme de mérite* qu'a obtenu M. Limousin, pharmacien de Paris. Un autre pharmacien également distingué, M. Delpech, a obtenu deux diplômes de mérite que nous avions omis de mentionner.

FACULTÉ DE MÉDECINE A MARSEILLE. — La proposition de loi de M. Amat, député, sur la création d'une Faculté à Marseille, est publiée par le JOURNAL OFFICIEL du 11 septembre.

CRÉMATION DES MORTS. — Il se forme à Zurich une Société dont les membres doivent s'engager à ne pas se faire enterrer après leur mort, mais à brûler leur corps; cette idée trouve d'assez nombreuses adhésions, dit-on, et est ouvertement appuyée par la *Gazette d'Andelfingen*. Ce journal fait observer que le système de l'enterrement rend nécessaires, à proximité des villes, des cimetières qui emploient des étendues considérables d'un terrain précieux, compromettant la santé des vivants, sans permettre de respecter les morts, dont les ossements sont plus tard déterrés et dispersés. Au contraire, la cendre des morts conservée dans une urne, serait pour les parents un souvenir plus durable, sans inconvénient pour personne. (*Journal de Genève.*)

État sanitaire de Paris :

Du 29 août au 5 septembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 817 décès, savoir :

Variole, 2. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 32. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 30. — Dysentérie, 9. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 44. — Choléra nostras, 3. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 252. — Affections chroniques, 303, dont 142 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 35.

On aura quelque peine à faire concorder cette statistique avec les renseignements fournis à l'Académie par M. Delpech. (*La Rédaction.*)

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : Le choléra : M. J. Guérin. — Le choléra dans la Seine-Inférieure. — Cas de choléra à Paris. — La santé publique dans l'armée. — **Travaux originaux.** Thérapeutique chirurgicale : De l'immobilisation dans le traitement des fractures simples. — **Correspondance.** A propos de la résection du maxillaire inférieur.— **Congrès scientifiques.** Exposition de Vienne. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. —Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — **Bibliographie.** Essai sur l'hygiène internationale. — **Variétés.** —**Feuilleton.** Une visite à la Faculté de médecine de Kiel.

G. MASSON, *propriétaire-gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 septembre 1873.

Société des hôpitaux : LE CHOLÉRA. — *Académie de médecine* : LE CHOLÉRA. — LE CHOLÉRA DANS L'ARMÉE. — LE CHOLÉRA DANS LA SEINE-INFÉRIEURE.

Le choléra.

La *Société médicale des hôpitaux* qui est, comme on sait, en vacances, n'a pas voulu faire défaut dans la grande information actuellement poursuivie au sujet de l'invasion cholérique. Elle s'est réunie vendredi dernier dans le but spécial de conférer sur la question du choléra, et nous donnons (page 612) un compte rendu détaillé de cette séance.

On n'est pas toujours maître du choix de son sujet. La Société des hôpitaux, à laquelle appartient surtout le terrain de la nosologie et de la clinique, et qui abandonnera peut-être à l'Académie de médecine le point de vue plus général de la spontanéité, de l'importation, de la prophylaxie, nous ramène malgré nous à cette question de la diarrhée dite prémonitoire que nous avons déjà plusieurs fois abordée, et qui d'ailleurs a l'inconvénient d'avoir ou de paraître avoir son côté personnel. Mais il n'est guère possible, quand l'apparition du choléra émeut les populations et met la science en mouvement, de ne pas signaler, sur une question aussi *pratique* que celle-là, l'opinion d'une Société exclusivement composée de *praticiens*, et de praticiens éprouvés.

Or, il arrive que, dans cette réunion de médecins rompus à l'observation, observant sur une grande échelle, la plupart de ceux qui, intentionnellement et dans un but spécial de vérification, ont recherché la diarrhée prodromique, sont d'avis qu'on en a considérablement exagéré la fréquence. L'un d'eux, M. Besnier, dans sa note si instructive, a rappelé une remarque consignée déjà dans son rapport de 1866 et que nous faisions nous-même récemment, à savoir, que les flux entériques qui précèdent de très-près, par exemple de quelques heures et même d'un jour, les accidents graves, ne sont ni préliminaires, ni surtout prémonitoires, mais constituent une manifestation directe de l'intoxication cholérique. On pourrait supposer que là est l'unique cause de la divergence des statistiques, les unes ayant distrait de l'accès de choléra ce phénomène initial, les autres l'y ayant au contraire rattaché. Mais point. Suivant plusieurs membres de la Société, la diarrhée manquerait absolument jusqu'à l'heure, jusqu'au moment de l'explosion des vomissements, des crampes et autres accidents caractéristiques; et cela dans le tiers, dans la moitié des cas. S'il en est réellement ainsi, nous avons trop concédé dans notre précédent article (*Gaz. hebd.* du 12 septembre) aux assertions de M. J. Guérin quand nous avons écrit : « Nous croyons qu'une observation très-attentive, dans nos contrées du moins, réduirait à un chiffre extrêmement minime le nombre des cas de choléra véritablement foudroyant. » C'était le sentiment qui nous était resté et qui nous reste encore de nos observations personnelles pendant les quatre épidémies que nous avons traversées. Que faire? Biffer toute une catégorie de faits et ne conserver que l'autre? Se défier de l'habileté des gens et ne croire qu'à la sienne? Non. Les faits peuvent être divers comme les observateurs eux-mêmes. Déjà en 1865, à propos des affirmations de Keraudren, de Foy et d'autres médecins sur le défaut très-commun de la période prodromique dans le choléra de Russie et de Pologne, nous disions : « Et pourquoi pas? Qui nous assure que partout et toujours le choléra ne s'est montré foudroyant qu'exceptionnellement? » Nous sommes disposé à ajouter que les épidémies de choléra peuvent tendre à différer d'elles-mêmes à mesure qu'elles se répètent, et, dans une sorte d'acclimatation, comme les animaux et les plantes, subir dans leur caractéristique des modifications plus ou moins profondes. Une différence notable semble déjà s'accuser, quant à la marche et à la gravité du

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les n°s 17, 18 et 34.)

LES CARAVANES DE PÈLERINS. — LES ROUTES DE TERRE ET DE MER.

On prévoit déjà comment cette réunion annuelle de pèlerins dans le Hedjaz peut devenir une cause de trouble pour la santé publique, et combien elle doit changer les conditions sanitaires habituelles du pays.

Autrefois, la voie suivie par les pèlerins pour se rendre dans le Hedjaz était presque exclusivement la voie de terre; des caravanes s'organisaient de tous les points de l'univers et bravaient toutes les privations, toutes les fatigues d'une route de plusieurs mois ou de plusieurs semaines à travers le désert, pour venir contempler et prier sur les lieux saints. Les pèlerins regardaient même les difficultés du voyage comme un titre de plus à la grâce qui devait leur venir d'en haut.

Il y en a également un grand nombre qui se rendent à la Mecque trois ou quatre mois avant l'époque des grandes fêtes, afin de passer le *ramadhan* dans la ville sainte; la plupart le passent plutôt encore à Médine.

Mais les principales caravanes n'arrivent que quelques jours avant l'époque prescrite, c'est-à-dire avant le *Courban-Baïram*.

Dans le principe, les caravanes étaient nombreuses; mais les deux plus importantes et par le nombre et par la réglementation étaient toujours celle de Syrie et celle d'Égypte; la première surtout, qui l'emportait de beaucoup sur la seconde; ce sont, à vrai dire, les deux seules caravanes qu'on revoit encore tous les ans et dans les mêmes conditions.

Ce sont elles qui portent à la Mecque le tapis sacré offert à la Kâaba par le chef des croyants et le vice-roi d'Égypte, d'où le nom de *caravanes du tapis*.

De grands personnages accompagnaient jadis les caravanes

mal, entre le choléra de 1873 et celui de 1849 ou de 1832; il n'y aurait pas lieu d'être surpris si l'on venait à en constater d'autres dans le mode d'évolution et dans les traits symptomatiques de la maladie. Et ce n'est pas seulement la physionomie générale de l'épidémie qui pourrait changer; une même épidémie pourrait n'être pas invariable, ne pas se présenter toujours sous le même aspect, dans toutes les conditions d'étiologie, de degré, de lieu, de personnes, etc.

Sont-ce là de pures suppositions? Il s'en faut de beaucoup. Ouvrez seulement l'histoire des neuf épidémies de choléra qui ont sévi en Algérie de 1835 à 1865 (1), et vous y verrez que sous maints rapports ces épidémies ont différé sensiblement de celles qu'il a été donné d'observer en France et dans le reste de l'Europe. Ces dissemblances ont même été le sujet d'une étude spéciale de la part de MM. les docteurs Vincent et Collardot. Or, parmi elles figure en première ligne celle qui concerne la période prodromique; ni la diarrhée préliminaire, ni les autres prodromes, n'ont été fréquents, et à cet égard les chiffres du regretté Michel Lévy, dont on s'est fait récemment une arme à l'Académie, n'ont pas été acceptés par ses collègues du corps de santé militaire comme l'expression normale des faits considérés dans leur totalité et dans la série des épidémies cholériques de l'Algérie. C'est une réserve qu'il eût été bon peut-être de ne pas oublier. Dans d'autres circonstances, la diarrhée préliminaire a fait défaut pendant une période seulement de l'épidémie, la période initiale. C'est ce qui a été formellement signalé par plusieurs observateurs, et les auteurs que nous venons de citer extraient cette phrase d'un travail de M. le docteur Catteloup : « *Au début de l'épidémie*, les symptômes prodromiques *étaient imperceptibles*, de *très-courte durée*, et les malades arrivaient promptement au dernier degré de l'asphyxie. »

Au surplus, comme le dit avec sens M. Besnier, ce n'est pas là l'important. Ce qui l'est, c'est de savoir jusqu'à quel point, la diarrhée préliminaire existant, on est *assuré* (car on ne prétend pas moins), on est assuré, en l'arrêtant, d'arrêter le choléra lui-même. Or cette prétention ne paraît avoir gagné aucun membre de la Société des hôpitaux. On a fait remarquer avec raison qu'elle repose sur une équivoque. On applique le nom de prémonitoire à une foule de flux intestinaux non-seulement sans gravité, non-seulement curables, mais que parfois on ne pourrait, sans purgatif, empêcher de guérir, ou qui, s'ils se prolongeaient pendant des semaines et des mois, n'aboutiraient pas, dans l'immense majorité des cas, au vrai choléra. Avec ce procédé, la voie du Capitole est facile au théoricien. Mais ce n'est pas tout. On a beau traiter avec le soin le plus scrupuleux, et traiter dès leur début toutes les diarrhées qui se présentent, un certain nombre d'entre elles se terminent par une explosion cholérique. Voilà déjà qui montre qu'on n'est pas armé d'une puissance si souveraine contre le fléau; et, en outre, ce résultat ne permet même pas de calculer la mesure dans laquelle l'art a pu être utile. Comment, en effet, dès qu'on sait qu'à côté des atteintes épidémiques graves il y en a d'insignifiantes, comment établir le compte des diarrhées qui étaient destinées en naissant à devenir choléra et de celles qui étaient destinées à rester diarrhées? Il est facile de dire que le choléra éclate en dépit de tout traitement préventif, qu'on a administré trop de bismuth, trop d'opium; qu'on a mis obstacle à l'élimination du poison, qu'on aurait réussi avec les purgatifs : on peut dire bien d'autres choses encore; mais personne, en vérité, ne sera d'humeur assez facile pour subordonner à une simple allégation les résultats palpables d'une observation étendue et consciencieuse. Si quelque moyen pharmaceutique peut être accusé d'être venu en aide au choléra, c'est la purgation. Là-dessus il existe un très-grand nombre de témoignages concordants. On en trouvera des exemples dans le débat de la Société des hôpitaux; mais antérieurement il s'en était produit bien d'autres, émanés des praticiens les plus estimés, tels que M. Legroux (le père si judicieux de notre distingué collaborateur), M. Chauffard, M. Potain, etc.

Quant à la question historique, au sujet de laquelle M. J. Guérin a renouvelé sa revendication accoutumée (dans son discours imprimé du moins, car nous ne l'avions pas entendue à la tribune), nous ne croyons pas devoir y revenir, et nous nous en rapportons là-dessus à M. E. Besnier, qui du reste renvoie au travail que nous avons publié en 1865 dans la Gazette hebdomadaire.

Nous n'avons rien à dire de plus que ce qui précède sur la question de la diarrhée dite prémonitoire, ni sur les résultats de son traitement dans un but de prophylaxie. Nous ne ferons qu'une profession de foi en deux mots. Sans vouloir en aucune façon atténuer l'importance des précautions prises, il faut

(1) *Le choléra, d'après les neuf épidémies qui ont régné a Alger, etc, etc...*, par les docteurs A. Vincent et V. Collardot. Paris, 1867. V. Rozier.

---

et y déployaient un luxe considérable; aujourd'hui ils préfèrent la voie de mer.

El Fasi raconte que lorsque la mère de Motassem B'illah, le dernier des Abassides, fit le pèlerinage en 631 A. H., sa caravane consistait en 120 000 chameaux.

Quand Soliman ibn Abdel Malek effectua son pèlerinage en 97 A. H., 900 chameaux furent employés seulement pour le transport de la garde-robe.

Le kalife El Mohdi Abou Abdallah Mohamed dépensa au sien, en 160, 32 millions de dirr'hems. Ce fut le premier kalife qui fit transporter de la neige pour rafraîchir, en chemin, les sorbets.

Et Molek Nasir Eddin Abou el Ma'ali, sultan d'Égypte, mena avec lui, dans son pèlerinage, en 719 A. H., 500 chameaux pour le transport seul des sucreries et des confitures, et 280 pour celui des grenades, des amandes et autres fruits; il y avait dans son garde-manger de voyage 1000 oies et 3000 poules.

La caravane de Syrie est toujours la mieux ordonnée; elle part de Constantinople et, traversant l'Anatolie et la Syrie, elle ramasse tous les pèlerins de l'Asie septentrionale jusqu'à ce qu'elle atteigne *Damas*, où elle s'arrête pendant plusieurs semaines.

Pendant tout ce trajet, toutes sortes de soins sont pris pour sa sûreté et sa commodité; elle est escortée d'une ville à l'autre par des troupes; à chaque station, des caravansérails et des fontaines publiques ont été bâtis par les anciens sultans.

A Damas, il est nécessaire de se préparer à la traversée du désert, qui doit durer trente jours jusqu'à Médine; les premiers chameaux sont changés, ceux d'Anatolie n'étant pas en état de supporter les fatigues d'un tel voyage. Presque toutes les villes de la Syrie orientale en fournissent à cet effet, et les grands scheiks des Bédouins de la frontière de ce pays passent des engagements avec le gouvernement de Damas pour en procurer une quantité considérable.

Les pèlerins se groupent par nationalité et campent, chaque

savoir qu'en certains cas, malheureusement trop nombreux, la maladie se joue de toutes ces mesures, attaquant des gens en pleine santé et s'affirmant déjà par les crampes, l'algidité, la cyanose, avant l'apparition des déjections intestinales.

Dans le cours de la discussion, plusieurs points nous ont particulièrement frappé. La majorité de l'assemblée est évidemment contagionniste ou tout au moins incline vers l'idée de contagion. Aussi recommande-t-on avec instance l'isolement des malades. Il faut bien dire que, sous ce rapport, les mesures prises dans la plupart des hôpitaux ne sont pas sérieuses. On n'isole pas un cholérique en le mettant dans une salle à part située au même étage, sur le même palier que la salle commune, sans cesse fréquentée par les mêmes gens de service. Le blanchissage des linges et effets ne suffit pas à la désinfection. Les germes, si germes il y a, ne sont en aucune façon détruits à la température des lessives. Les agents chimiques qui les attaqueraient plus sûrement altéreraient en même temps les tissus des literies et des vêtements, de manière à les mettre absolument hors de service. Mieux vaudrait en faire le sacrifice complet, brûler les vêtements de chaque malade et tout le linge qui lui aurait servi.

L'établissement d'un hôpital de cholériques, si l'épidémie s'accroît, serait instamment réclamé, et l'on suivrait à cet égard la conduite qui a été tenue pour la variole pendant le siége.

Cette question de l'isolement des cholériques, indifférente pour les non-contagionistes, est au contraire capitale pour les partisans de la contagion. Des expériences faites à Saint-Pétersbourg, à Naples, à Munich, plaident pour l'efficacité de l'isolement. On voit combien une pareille question de doctrine peut avoir d'importance en présence d'une épidémie.

La salubrité absolue des eaux destinées à être ingérées sous forme de boissons, ou mélangées aux différents aliments, nous paraît être un point capital, sans que nous voulions pourtant faire des eaux à boire le véhicule exclusif du choléra. On a démontré combien était dangereux l'usage des eaux contaminées par les déjections cholériques, même dans la plus minime proportion. Il importe donc que toutes les eaux de rivière, source, puits, citernes d'une ville occupée par le choléra, soient sévèrement exclues de l'alimentation; que le pain en particulier soit fait avec une eau parfaitement pure. Il faudrait donc que des mesures sévères fussent prises à cet égard. On pourrait utiliser les eaux des fontaines dites fontaines Wallace, alimentées, si nous ne nous trompons pas, par les eaux de la Dhuys. S'il était nécessaire, la création d'un certain nombre de bornes-fontaines exclusivement alimentées par ces eaux pourrait être réclamée. Bien peu de gens négligeraient de se conformer aux instructions motivées qui seraient publiées à ce sujet.

L'usage des eaux minérales de table comme boisson habituelle se généraliserait dans les familles aisées; surtout si l'on pouvait obtenir des propriétaires des sources un abaissement du prix, beaucoup trop élevé, de la plupart de ces eaux. Une augmentation considérable de la consommation compenserait en partie les légers sacrifices que pourraient s'imposer les vendeurs; et, au besoin, une quantité de sources, non marchandes, pourraient être exploitées pendant l'épidémie, puisqu'il s'agit surtout de se procurer une eau parfaitement pure et que la minéralisation n'a ici aucune importance. Nul doute que les transports ne se fissent aux plus justes prix, et que les compagnies ne tinssent à honneur de restreindre, en pareils cas, leurs exigences dans les limites d'une simple indemnité.

Il est d'ailleurs évident, nous le répétons, que toutes les mesures de ce genre n'ont d'importance qu'autant qu'on se place au point de vue de la contagion. Mais on conviendra facilement que le plus sûr, dans le doute, serait encore de recourir à des précautions qui, pour beaucoup de médecins, ont une importance de premier ordre et qui, pour les autres, seraient simplement superflues.

B.

La discussion sur le choléra a continué mardi dernier à l'Académie de médecine. M. J. Guérin a achevé le discours commencé dans la séance précédente. M. Fauvel a demandé la parole. Il va s'agir actuellement de la doctrine de la contagion et de l'importation, sur laquelle la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'expliquera dans le prochain numéro.

Dans la note communiquée par M. Delpech à l'Académie, les chiffres relatifs aux décès militaires ne sont relevés que jusqu'au 12 septembre. Nous pouvons ajouter que le chiffre total des décès cholériques dans les hôpitaux militaires de Paris n'allait pas au delà de 9 le 17 de ce mois. On observe dans les hôpitaux un très-grand nombre d'affections intestinales à forme bénigne.

---

tribu à part; ils sont sous la conduite de scheks ou guides qui, moyennant des prix débattus d'avance, leur fournissent tout ce qu'il leur faut.

La caravane d'Égypte, qui part du Caire, est réglée comme celle de Syrie et, de plus, elle est accompagnée de médecins munis de caisses de médicaments. Elle est bien moins forte, et, aujourd'hui, elle ne se compose plus guère que de quelques fonctionnaires chargés de la garde du *tapis*, et d'une petite escorte militaire; il est bien rare même qu'elle soit, comme celle de Syrie, commandée par un pacha.

Mais elle suit un chemin plus dangereux et plus fatigant que cette dernière, parce qu'en longeant le rivage du golfe Arabique, elle traverse le territoire de tribus bédouines farouches et belliqueuses qui souvent la pillent et la rançonnent.

Les pèlerins de Perse, qui avaient coutume de partir de Bagdad où ils rencontraient ceux qui venaient des rives du Tigre et de l'Euphrate, puis de traverser le Nedjd pour venir à la Mecque, cessèrent de se mettre en route vers le temps où les Wahabites arrêtèrent ceux de Syrie.

Beaucoup d'entre eux passent encore par la Syrie et se joignent à la caravane de ce pays; mais aujourd'hui, c'est la voie de mer qu'ils suivent presque exclusivement; ils s'embarquent à Bassorah, dans le golfe Persique et, de là, gagnent Djeddah et la Mecque.

Les Persans n'ont pas toujours eu l'autorisation de visiter la Mecque, parce qu'il y a parmi eux bon nombre d'hérétiques qui cachent leurs doctrines pendant le pèlerinage, auquel ils ne tiennent à assister que pour se livrer à un commerce fructueux.

Le chiffre des sectateurs d'Ali, le disciple favori de Mahomet, est considérable et il y a, en Perse, beaucoup de lieux vénérés, entre autres *Meschet Ali* (où se trouve le tombeau d'Ali), qui sont également l'objet de pèlerinages annuels pour ceux qui se sont ralliés à ce dernier culte.

Il y a encore des Persans qui viennent de Bassorah sur de

Le choléra dans la Seine-Inférieure.

Pendant toute la durée de la semaine dernière l'épidémie avait suivi au Havre une marche décroissante, qui permettait d'espérer une prompte disparition de la maladie; mais une petite recrudescence s'est produite ces derniers jours.

A l'hôpital du Havre on compte aujourd'hui 19 cholériques en traitement : 11 femmes et 8 hommes. Ce chiffre est, comme on le voit, bien au-dessous de ceux que nous avions donnés ces dernières semaines. De plus, les cas sont loin d'affecter la forme grave et rapide qu'on signalait au début de l'épidémie. Tous les symptômes caractéristiques existent, mais à un degré moins prononcé; la réaction s'établit d'une manière plus franche et se présente avec des caractères moins redoutables; les complications, si fréquentes à cette période de la maladie, ont manqué dans beaucoup des derniers cas que nous avons observés.

Nous avons dit que le choléra avait fait d'assez nombreuses victimes dans le voisinage du Havre et de Rouen. Les petites villes de Montiviliers et d'Harfleur ont été particulièrement éprouvées. Dans cette dernière localité, M. le docteur Prodhomme a observé plus de 20 cas funestes, où la durée moyenne de la maladie a été de vingt-quatre heures. Hâtons-nous de dire que, là comme ailleurs, l'épidémie a diminué d'une manière notable.

Aucun cas nouveau n'a été signalé dans la population militaire, ce que nous considérons comme d'un très-bon augure.

Les nouvelles que nous recevons de Rouen sont également très-satisfaisantes. Le nombre des cholériques admis dans les hôpitaux a sensiblement diminué, et les cas ont présenté moins de gravité.

En somme, l'état sanitaire du département s'améliore d'une manière notable, et tout nous fait espérer une fin prochaine de l'épidémie.

J. L.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

A PROPOS DU CHOLÉRA. — L'IMPORTATION ET SES CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, par le docteur Charles PELLARIN.

L'observation est la base de la médecine; mais le concours du raisonnement, d'un bon emploi de la logique, n'est pas moins indispensable pour constituer la science.

Il est impossible que jamais celle-ci parvienne à s'édifier si ce qui a été solidement établi par des faits positifs et multipliés se trouve de nouveau remis incessamment en question d'après des observations hâtives, incomplètes, mal ou insuffisamment contrôlées.

Il semblait, relativement au choléra épidémique, qu'un point se trouvait généralement admis d'après l'ensemble des observations et des recherches auxquelles ont donné lieu les quatre invasions, antérieures à celle-ci, que le choléra a faites en Europe et qui atteignirent la France en 1832, 1849, 1854, et 1865 (1).

Ce point c'est que, en dehors de l'Inde, nulle part le choléra épidémique ne s'était produit spontanément.

Comme corollaire et conséquence de ce premier point, ou plutôt comme proposition adéquate et identique avec la précédente, on admettait nécessairement que dans tous les autres pays, l'Inde exceptée, le choléra épidémique ne s'était montré qu'à la suite d'une *importation*.

Cette importation, d'ailleurs, a été démontrée, positivement et directement démontrée, prouvée des centaines et des centaines de fois, — toutes les fois, on peut le dire, que les recherches à ce sujet ont été suffisantes et qu'elles ont été faites dans des conditions favorables à la mise en lumière de toutes les circonstances de production des premiers cas morbides. Ces conditions favorables, les petites localités, les contrées insulaires les présentent tout particulièrement, — les recherches y sont bien plus faciles et plus sûres que dans les grandes agglomérations urbaines.

Eh bien, il y a par milliers des exemples les plus authentiques et les mieux avérés de l'importation du choléra dans les petites villes, dans les communes rurales et dans les îles petites ou grandes; et je défie qu'on cite un seul exemple pareillement avéré de genèse spontanée du choléra épidémique dans les mêmes circonstances de lieu, — pas plus, au reste, dans les grandes villes populeuses tels que Paris et Londres. Car pour ce qui concerne ces vastes capitales, ces immenses entassements de créatures humaines, on ne peut alléguer

(1) De 1832 à 1873, il y a une période de 41 ans, et nous voici à la cinquième invasion. C'est en moyenne une invasion par huitaines d'années.

grands samboucks, appelés *Backalaò*; s'ils rencontrent les vents alizés, ils vont directement à Djeddah, sinon, ils s'arrêtent à *Sooka*, où ils se forment en caravanes et suivent par terre la côte de l'Yemen.

Mais, il faut reconnaître que ce sont les bateaux à vapeur qui aujourd'hui chargent presque la totalité des pèlerins.

Ces Persans sont les musulmans les plus fanatiques, et ils ont une telle répulsion pour les chrétiens, entre autres, qu'au dire des voyageurs, ils casseront, par exemple, la tasse dans laquelle un de ceux-ci aura bu, plutôt que de continuer à s'en servir.

La caravane des pèlerins Mogrebins a cessé de venir; elle avait aussi à faire un long trajet, s'avançant du Maroc vers Tunis et Tripoli, longeant les côtes de la Syrie jusqu'à *Derné*, puis celles d'Égypte en passant par Alexandrie, ou bien, se rendant directement au Caire par les lacs de *Natron*. Aujourd'hui, ces gens viennent aussi par mer dans le Hedjaz.

De leur côté, les Indiens partaient généralement de Mascate et venaient à travers le Nedj jusqu'à la Mecque; aujourd'hui ils viennent tous par mer, soit de Singapoore, Bombay, Pennang, Calcutta, Batavia, Java, etc., soit de Mascate.

Les moins fortunés de ces Indiens prennent passage sur des voiliers à l'époque de la mousson favorable, c'est-à-dire, du sud, qui souffle de décembre à mai; long et irrégulier voyage, car, tous les ans, il y en a qui arrivent trop tard, c'est à-dire après les fêtes de la Mecque; ils s'installent alors dans le pays et attendent le pèlerinage prochain. Beaucoup de Javanais, quoique ayant accompli leur pèlerinage, s'établissent également à la Mecque jusqu'au pèlerinage prochain, et font ainsi coup sur coup deux pèlerinages.

Ceux de ces Indiens qui s'en retournent, comme ils sont venus, par les voiliers, sont obligés d'attendre l'autre mousson (nord), qui ne souffle qu'au commencement de juin.

Il y a beaucoup de misérables dans cette catégorie de pèlerins, et ils viennent renforcer la corporation de mendiants déjà fort nombreuse à la Mecque et à Djeddah.

contre l'importation que l'obscurité, parfois inéluctable, qui enveloppe les premiers cas.

La doctrine de l'importation a donc fait sa preuve. C'est à ceux qui la nient de fournir, à leur tour, la preuve par des faits précis et formels de la genèse spontanée et sur place du choléra dans un point quelconque hors du territoire de l'Inde. — C'est là une tâche dans laquelle ont échoué jusqu'à présent les adversaires de l'importation. Qui dit *importation* dit *transmission* ou *contagion* et de plus *spécificité;* tout cela s'implique.

Que signifient dès lors ces prétendus signes précurseurs, ces diarrhées prémonitoires collectives qui régneraient pendant des semaines et des mois entiers avant que l'épidémie cholérique n'éclate et ne signale sa présence par des cas réels de choléra confirmé?

Si le choléra est une maladie spécifique, n'est-ce pas illusion pure de s'imaginer que l'on peut en arrêter, en enrayer le développement une fois que le germe ou principe cholérigène a pénétré dans l'économie à dose suffisante pour y produire ses effets?

Sans doute la diarrhée est un des premiers symptômes par lesquels ce principe décèle généralement sa présence. La diarrhée est alors pour cette affection spécifique ce que sont pour la rougeole le coryza et la bronchite qui précèdent l'éruption; pour la variole, la céphalalgie, la barre lombaire, les vomissements. Aucun médecin s'aviserait-il de croire qu'il va, en combattant le coryza, la bronchite, ou le mal de tête et le mal de reins, prévenir, empêcher l'évolution de la rougeole ou de la variole.

Ils sont, à mon sens, dupes d'une illusion de ce genre ceux qui se flattent d'avoir arrêté des cas de choléra débutant, d'avoir prévenu une attaque, parce qu'ils ont administré quelques remèdes anodins contre une diarrhée qui pouvait être parfaitement étrangère à l'influence épidémique.

Dans les temps d'épidémie rubéolique, il y a aussi chez bien des enfants et des grandes personnes qui n'ont point eu la rougeole, il y a, dis-je, bon nombre de coryzas et de bronchites qui n'ont nullement trait à l'exanthème spécifique. Les médecins qui ont à traiter de ces cas d'inflammation de la muqueuse naso-bronchique prétendront-ils qu'en les guérissant ils ont prévenu des évolutions imminentes de rougeole?

En temps d'épidémie cholérique, comme en tout autre temps, il existe des dérangements d'entrailles qui n'ont aucun rapport avec le principe épidémique, et qui ne sont nullement sous sa dépendance. Ces diarrhées offrent toutefois un danger, en ce que, d'une part, elles augmentent l'activité de l'absorption, et qu'elles diminuent, d'autre part, la force de résistance de l'économie à l'intoxication cholérique. MM. Briquet et Mignot, dans leur ouvrage sur le choléra de la Charité en 1849, ont noté plusieurs cas de choléra qui se déclarèrent à la suite de l'ingestion d'un purgatif. Une remarque analogue a été présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. le professeur Chauffard.

Lorsque, dans le cours d'une diarrhée, survient l'attaque de choléra, aussitôt la scène change complétement. On voit tout à coup le sujet pris d'un malaise extrême, d'une angoisse inexprimable (barre épigastrique), rejeter par haut et par bas ces matières caractéristiques dites *riziformes*, se tordre sous l'étreinte douloureuse des crampes, devenir rapidement, dans l'espace quelquefois d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, froid comme un reptile, prendre successivement et pour ainsi dire à vue d'œil, la teinte bleue, bronzée et même noire, avec suppression du pouls aux extrémités, et transformation du liquide sanguin en une matière poisseuse semblable à de la gelée de groseilles. Comment ne pas comprendre qu'il se passe là, dans l'économie, quelque chose d'étrange, et qui défie la puissance de tous nos modificateurs thérapeutiques; qu'il s'y opère une décomposition catalytique par un principe qui paraît agir à la façon des ferments. Car c'est, suivant toute probabilité, la science nouvelle créée par M. Pasteur qui nous donnera enfin le mot de l'énigme du choléra, qui nous en fera connaître l'étiologie vraie, et peut-être par voie de conséquences le remède préventif et curatif.

Ce qu'on peut avancer, dès à présent, c'est que le principe ou miasme du choléra est d'une nature toute spéciale et qu'il possède éminemment la faculté de se reproduire et de se multiplier en passant d'un individu à un autre; c'est, de plus, que la sphère d'action de ce miasme est assez circonscrite et qu'elle ne s'étend guère au delà des lieux où se trouvent, soit des cholériques, soit des objets souillés par leurs déjections et émanations diverses.

L'idée d'une constitution épidémique générale se concilie difficilement avec l'immunité, qui a été souvent observée, d'établissements situés dans des quartiers ravagés par le fléau. Ce sont surtout les établissements fermés, n'ayant que peu de communication avec le dehors, tels que prisons, couvents, pensionnats, qui offrent des exemples de cette immunité.

Ce qui montre bien encore que la façon dont se comportent les épidémies cholériques dépend plutôt des communications qui existent entre les hommes, que des autres conditions du milieu ambiant, c'est que dans les grandes villes le règne épidémique est plus long que dans les petites localités, et que la durée des épidémies est proportionnelle, en quelque sorte, à la population. Ainsi, dans aucune autre ville de France, les épidémies cholériques de 1832, de 1849, etc., n'ont eu une aussi longue durée qu'à Paris.

Tout concourt, on peut le dire, les faits généraux comme les faits particuliers, à établir que le choléra se propage exclusivement par transmission ou contagion.

On ne retrouve plus actuellement que les deux caravanes fondamentales de Syrie et d Égypte, et celle moins importante et irrégulière de l'Yemen, qui part de Sana et prend sa route le long des montagnes jusqu'au Taïf et à la Mecque; on la nommait autrefois *Hadj el Kelesi*.

Mais, à ces caravanes régulières il faut ajouter des bandes nombreuses de Bédouins qui, en temps de paix, se rendent de toutes les parties du désert à la Mecque. Le *Nedj*, le *Djebel Chammar*, la région de *Bichra*, de *Ben Rachid*, de *Diret-Harb*, etc., fournissent aussi un fort contingent de pèlerins.

Aujourd'hui, les grands arrivages se font par les deux points opposés de la mer Rouge, Suez et Aden.

Les embarcations en usage dans le pays sont de grandes barques nommées *sambouks*, munies d'une puissante voile, et qui tiennent très-bien la mer. L'Arabe a une grande prédilection pour ce mode de transport; il se sent davantage, si l'on peut dire, sur son terrain, et se trouve plus libre et sans contact avec les Européens.

Comme le temps est peu de chose pour les musulmans, et pour les hadjis moins encore, peu leur importe de rester de longs jours et de longues nuits en route et sur mer.

Ce sont ces samboucks qui font le service de la rade de Djeddah; ils y sont nombreux en temps de pèlerinage et deviennent indispensables pour communiquer avec les navires, qui, en raison de l'obstruction du port par des bancs de coraux sont obligés de se tenir, fort loin de la ville, dans des passes étroites et souvent fort dangereuses.

On ne rencontre plus guère dans les caravanes proprement dites que les fanatiques, ceux qui croient que le pèlerinage est d'autant plus efficace et méritoire qu'il a offert plus de fatigues et de dangers, et les pauvres qui n'ont pas le moyen de venir par mer et qui vivent, tout le long de la route, de ce que leur donnent les personnages aisés de la caravane.

La charité se pratique dans ces pays sur une grande échelle. C'est un des préceptes, du reste, du Coran, et Mahomet l'a expressément recommandée.

Clinique médicale.

Deux observations de maladie d'Addison sans coloration bronzée, par M. A. Laveran, médecin-major de deuxième classe.

Obs. I. — Le nommé Porcher, soldat au 54e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 17 février 1873. Il est placé dans la 1re division de blessés. Le malade porte à la hanche droite une petite plaie fistuleuse consécutive à un abcès. Le diagnostic posé est celui d'ostéite du grand trochanter. L'état général est assez mauvais : le malade est amaigri et débilité ; il n'accusa pas de douleurs vives ; on ne constate pas de coloration particulière de la peau. Quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on incise les bords de la plaie, qui sont décollés. Dans les premiers jours du mois de mars, le malade est pris de frissons, de vomissements bilieux, puis il tombe dans l'état typhoïde. Il est évacué sur la 1re division de fiévreux (service de M. le médecin-major Muller), et c'est seulement alors qu'il est soumis à notre observation. Les renseignements qui précèdent nous ont été fournis par M. le docteur Belleau, attaché à la 1re division de blessés.

Le 5 mars au matin, nous constatons l'état suivant : amaigrissement, asthénie profonde, stupeur légère ; la peau de la face présente une teinte terreuse comme chez bon nombre de phthisiques, cette teinte n'a rien de caractéristique et n'éveille pas notre attention ; la peau du tronc et celle des membres ont une couleur normale.

Le malade répond assez bien aux questions qu'on lui fait. Il nous dit qu'il a eu un frisson il y a trois jours et que depuis ce temps il vomit sans cesse. Il ne se plaint que de la douleur épigastrique consécutive aux efforts de vomissement, et d'une grande faiblesse. Les questions paraissent le fatiguer, il y répond avec impatience. La langue est rouge et sèche à la pointe, la peau sèche et un peu chaude, le pouls fréquent. Le frisson ne s'est pas reproduit. Vomissements bilieux incessants. Le ventre est souple, plutôt affaissé que météorisé. Pas de douleur à la pression ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite. L'examen de la poitrine ne révèle rien de particulier.

A la hanche droite, au niveau du grand trochanter, on trouve une plaie de 6 centimètres de long environ, suite de l'incision qui a été pratiquée il y a quelques jours. Les bords de la plaie sont décollés, le fond grisâtre et sec ; en introduisant un stylet dans la plaie, on arrive facilement sur le fémur. L'articulation de la hanche ne paraît pas atteinte.

Le diagnostic posé est celui d'ostéite du fémur avec infection purulente consécutive. (Bouillon et vin ; sulfate de quinine, 1 gramme ; eau de Seltz.)

6 mars. — L'état est le même. Les vomissements continuent ; ils sont toujours bilieux. La prostration augmente. Le malade n'a pas eu de selle depuis son entrée au service. (Bouillon ; vin ; gargarisme acidulé ; lavement émollient.)

7 mars. — La stupeur devient de plus en plus profonde. Les vomissements continuent. La langue est brunâtre, sèche à la pointe. La peau est chaude, le pouls petit et fréquent. Pas de frisson. Il n'y a pas eu de selle malgré le lavement émollient. Le soir, délire. (Sulfate de quinine, 1 gramme ; poudre de Dower, 50 centigrammes ; lavement laxatif.)

Mort le 8 mars.

Autopsie pratiquée le 9 mars, en présence de MM. les docteurs Muller, Bouloumié, Belleau.

Cerveau. — Rien d'anormal.

Thorax. — Adhérences pleurales à gauche. On ne trouve dans les poumons ni abcès métastatiques, ni tubercules. Le cœur est sain, les cavités droites renferment un caillot volumineux, ambré.

Sur la muqueuse buccale, on trouve quelques taches noirâtres, pigmentaires.

Dans l'intestin grêle, au-dessus de la valvule de Bauhin, les follicules isolés sont saillants, pigmentés à leur centre, nulle part ulcérés. Les plaques de Peyer sont un peu développées et présentent un piqueté pigmentaire très-remarquable. Les ganglions mésentériques sont volumineux, fortement pigmentés pour la plupart. Dans le gros intestin, les follicules isolés sont également développés et pigmentés à leur centre.

La rate, presque doublée de volume, est de consistance et de coloration normales.

Le foie, un peu ramolli, présente une coloration feuille morte ; il adhère au diaphragme par toute sa surface convexe. En retirant le foie de l'abdomen, nous enlevons en même temps le rein droit, qui y adhère fortement par l'intermédiaire de la capsule surrénale. La capsule surrénale du côté droit, notablement hypertrophiée, a un aspect squirrheux ; sur une coupe, on ne distingue plus la partie centrale de la périphérique, mais seulement un tissu grisâtre lardacé, avec des alvéoles dont on fait sortir par la compression quelques gouttes d'une matière verdâtre, puriforme. Le rein droit est augmenté de volume, hypérémié ; on trouve dans la substance corticale un petit abcès de la grosseur d'un pois.

La capsule surrénale gauche a le volume d'un gros œuf de poule ; elle est aplatie d'avant en arrière et adhère assez fortement au rein par l'un de ses bords. Sur une coupe, elle présente exactement le même aspect que la capsule du côté droit ; on y trouve également de petits foyers remplis de matière puriforme. Le rein gauche renferme, comme le droit, un petit abcès ; hypérémie notable.

Les ganglions semi-lunaires sont volumineux, indurés.

Au niveau de la hanche droite, on ne trouve pas d'ostéite du fémur. L'articulation coxo-fémorale est en bon état.

Examen histologique. — Sang (examen fait après la mort). — La proportion des globules blancs est notablement augmentée ; il n'y a pas de pigment libre.

Capsules surrénales. — 1° Liquide puriforme collecté en petits foyers, nombreux globules de pus. Au milieu des globules blancs on trouve des éléments cellulaires plus grands, arrondis ou irrégulièrement allongés, granuleux ou graisseux. 2° La substance des capsules surrénales est transformée en un néoplasme qui présente les caractères suivants : stroma fibreux composé de faisceaux assez épais de fibres ondulées, ce stroma donne lieu à la formation d'alvéoles de forme irrégulière ; le contenu de ces alvéoles est formé d'éléments cellulaires de grandeur variable, les uns sont arrondis et présentent environ le diamètre des leucocytes, d'autres sont allongés et fusiformes. Il est très-vraisemblable que c'est le contenu d'un certain nombre de ces alvéoles qui a subi une transformation purulente et qui a donné lieu à la formation de petits abcès.

Reins. — L'épithélium des tubuli est granuleux sur quelques points, principalement dans la substance corticale.

Les petites tumeurs qui soulèvent la muqueuse de l'intestin grêle sont formées par de la matière lymphoïde.

Ganglions lymphatiques. — Les éléments sont normaux, mais plus ou moins pigmentés.

Réflexions. — Il nous paraît évident que c'est à la lésion des capsules surrénales qu'il faut attribuer la mort de notre malade, et nous n'hésitons pas à croire qu'il s'agissait bien d'un cas de maladie d'Addison. La marche de la maladie a été très

---

Chacun donne avec empressement et l'on peut dire que l'Arabie particulièrement est un vrai refuge pour les mendiants qui y pullulent à l'époque du pèlerinage.

Cette charité s'étend jusqu'aux animaux, que le Coran défend aussi de tuer et de maltraiter. Djeddah est, comme la plupart des villes de l'Orient, remplie de chiens faméliques et hargneux ; chaque quartier a sa bande particulière qui n'en franchit jamais la zone et qui la défend énergiquement contre les envahisseurs des autres quartiers. On apporte à boire et à manger à ces gardiens zélés et farouches, qui vivent ainsi en vrais sybarites sur le commun (1).

Peu de pèlerins, à l'exception des mendiants, arrivent sans apporter des productions de leur pays pour les vendre, et cette remarque s'applique tant aux marchands, dont le commerce est le principal objet, qu'à ceux qui sont amenés par le zèle religieux, car ces derniers tirent de leur trafic à La Mecque un profit suffisant pour diminuer d'autant les dépenses assez considérables du voyage.

De tous les pèlerins, les plus négociants sont les Persans, et cela tient peut-être à la difficulté avec laquelle ils opèrent le change de leur monnaie qui n'a pas cours ici.

Ce sont eux qui apportent les beaux tapis et les pierres fines, entre autres des turquoises, qu'on trouve en quantité dans le bazar de Djeddah.

Les produits si variés des Indes y arrivent aussi abondamment ; les étoffes, les soieries, les épices, la droguerie, le thé, les bois de construction, le riz surtout.

Les Turcs y apportent les tapis, les parfums, les armes, les bijoux, etc.

L'Yémen envoie son café si parfumé ; les côtes d'Afrique les esclaves, car le commerce de l'esclavage est très-actif dans la mer Rouge, et Djeddah en est le grand entrepôt ou marché

(1) On respecte même les insectes les plus gênants et les plus immondes, tant la charité a d'extension. Ainsi, les démangeaisons dues à la présence de parasites très-fréquents doivent être supportées avec une résignation plus que stoïque. Les fidèles ne doivent se gratter qu'avec la paume de la main, de peur d'écraser un de ces parasites.

rapide, et c'est probablement à cause de cela que la teinte bronzée n'a pas eu le temps de se produire ; la face seulement était un peu terreuse, mais cette coloration n'était pas plus prononcée que chez bon nombre d'individus cachectiques, et elle n'a attiré l'attention d'aucun des médecins appelés à voir le malade. Quant aux taches pigmentaires qui existaient sur la muqueuse buccale, nous n'avons été amené à les rechercher qu'après avoir constaté la lésion des capsules surrénales. Le malade n'a passé que dix-neuf jours à l'hôpital; dans les derniers temps, il a été pris de fièvre avec frisson et il est tombé dans l'état typhoïde. Les vomissements ont été, avec l'asthénie, les symptômes dominants. Le frisson noté le 2 mars paraît pouvoir se rattacher à la suppuration des capsules surrénales. Ce frisson, survenant chez un homme atteint d'une plaie récente et chez lequel nous supposions une altération osseuse du fémur, a pu nous induire en erreur et nous faire croire à l'existence de l'infection purulente. Il n'est pas très-rare de voir survenir dans la maladie d'Addison des accidents aigus qui peuvent faire croire à un empoisonnement (Addison) ou même à une attaque de choléra (Isermeyer); mais généralement ces accidents se calment, les malades se rétablissent en partie et la cachexie met longtemps à se développer.

Les lésions anatomiques trouvées chez notre malade peuvent se diviser ainsi :

1. Altérations des organes hématopoiétiques, rate, ganglions lymphatiques abdominaux, follicules clos de l'intestin ; les glandes sanguines étaient hypertrophiées et plusieurs présentaient une accumulation de pigment à leur intérieur. A ces lésions il faut rattacher l'augmentation notable du nombre des globules blancs du sang.

M. B. Ball (article *Maladie bronzée* in *Dictionn. encycl. des sciences médicales*) a noté sur 96 cas de maladie d'Addison : la tuméfaction des ganglions mésentériques, 5 fois; celle des follicules isolés de l'intestin, 6 fois; l'hypertrophie de la rate, 7 fois. «Ces altérations, dit-il, nous paraissent devoir être envisagées comme l'une des manifestations de la maladie. »

2. Altération des capsules surrénales et des ganglions semi-lunaires.

Les capsules surrénales avaient au moins triplé de volume; les deux substances qui à l'état normal les constituent étaient remplacées par un néoplasme qui évidemment n'était pas de nature tuberculeuse ; je ne crois pas non plus qu'il s'agît d'un cancer primitif et double des capsules surrénales; les petits foyers purulents qui existaient à la partie centrale des deux capsules me font incliner à croire qu'il s'agissait simplement d'une néoplasie inflammatoire.

L'altération des ganglions semi-lunaires était peu considérable relativement à celle des capsules surrénales, mais elle est importante à noter, car elle vient à l'appui de la théorie de Schmidt et de Jaccoud sur le rôle important que joue le grand sympathique abdominal dans la pathogénie de la maladie d'Addison.

M. le docteur Kelsch, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu nous communiquer une observation recueillie par lui à l'hôpital militaire de Strasbourg avec le plus grand soin ; cette observation présente de nombreux rapports avec la nôtre. En voici le résumé :

Obs. II. — Meyer, soldat au 6e lanciers, âgé de vingt-cinq ans, au service militaire depuis cinq ans, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 6 mars 1869 (service des vénériens), pour une affection herpétique siégeant à la base du gland. Le 14 avril suivant, il est évacué sur le service des fiévreux dirigé par M. le docteur Kelsch.

Ce malade, sans être d'une constitution vigoureuse, a toujours joui d'une bonne santé. C'est vers le 25 mars dernier qu'il a éprouvé les premières atteintes du mal actuel, caractérisé tout d'abord par la faiblesse générale, la diminution de l'appétit, de la diarrhée, des vomissements, de l'amaigrissement. La diarrhée et les vomissements disparurent au bout de quelques jours, mais la débilitation alla croissant. Le 20 avril, la débilité est telle que le malade ne peut ni se tenir debout, ni même se retourner dans son lit; lorsqu'on met le sujet sur son séant, la tête retombe inerte sur la poitrine. Cette asthénie n'est pas comparable à celle qu'on observe dans d'autres maladies ou chez des convalescents. La peau ne présente pas de coloration particulière. Apyrexie. Les contractions du cœur sont faibles. Le pouls est petit, dépressible. L'intelligence est intacte, Langue limoneuse ; déglutition difficile ; anorexie ; pyrosis ; vomissements porracés de temps à autre ; pas de diarrhée. Le malade n'accuse pas de douleurs spontanées dans la région des reins; à droite, dans la région lombaire, la pression profonde est douloureuse, elle ne l'est pas à gauche. (Iodure de fer, vin de quinquina, alimentation.)

Le 24 avril, l'état général s'aggrave, la débilitation et l'amaigrissement augmentent; vomissements bilieux ; l'intelligence reste nette.

Le 25, les vomissements deviennent incoercibles. Faiblesse extrême. L'impulsion du cœur est presque nulle ; les bruits du cœur sont à peine perceptibles. Le malade répond encore aux questions, mais sa parole devient de moins en moins claire et nette. Soif intense, anorexie complète. Larges taches livides sur la peau, principalement aux parties déclives. Albumine dans les urines.

Le soir agitation, délire. Mort dans la nuit.

Autopsie, pratiquée dix-sept heures après la mort. — Aspect extérieur : lividité générale, signes d'une putréfaction commençante.

Le cerveau ne présente pas d'altérations importantes.

Thorax. — Adhérences pleurales anciennes des deux côtés, congestion hypostatique légère ; au sommet du poumon droit, petite tumeur crétacée du volume d'une noisette. Le péricarde renferme 100 grammes environ de sérosité rougeâtre ; petites taches laiteuses sur la face antérieure du cœur; le tissu du cœur est flasque ; suffusions sanguines autour des vaisseaux ; caillot fibrineux dans le cœur droit ; cœur gauche vide ; pas d'altération des orifices.

Abdomen. — Le parenchyme du foie est ramolli, gorgé de sang ; la rate est également ramollie, d'un rouge brunâtre. Le rein gauche est volumineux, néanmoins à la coupe il ne présente rien de particulier, la substance corticale est seulement un peu pâle. La capsule surrénale gauche présente à peu près le volume du petit doigt ; elle est creusée en tous sens d'une excavation constituée aux dépens de son tissu propre ; les parois de cette excavation sont lisses, tomenteuses, grisâtres. Le rein

---

principal, avec Massouah sur la côte opposée. Le pèlerinage vient encore lui donner de l'impulsion, et les grands harems de l'Orient profitent de l'occasion pour se repeupler.

On s'imaginera sans peine quelle physionomie animée, pittoresque et étrange prend Djeddah à cette époque. Le bazar devient une véritable fourmilière humaine où se rencontrent tous les types de l'univers, les costumes les plus étranges, où l'on entend parler les idiomes les plus divers, où l'on voit les mœurs les plus bizarres, où l'on trouve toutes les richesses et toutes les misères de l'Orient. Tout ce monde se coudoie, se presse, boit, mange, fume, va et vient au milieu des longues files de chameaux qui traversent le bazar en tous sens, à travers une atmosphère où les parfums de l'Orient, la myrrhe, l'encens, l'essence de roses, de jasmin, se mêlent aux odeurs des cuisines en plein vent, atmosphère remplie des plaintes monotones des mendiants, des chants des psylles, des derviches, des jongleurs, des petits cris effarés de quelques houris soigneusement voilées qui se rendent au bain, et tout cela sans rixes, sans désordre, sans gros mots même, fait d'autant plus remarquable que tous les pèlerins sont armés, les Persans de leur poignard large et droit, les Bédouins de leur longue lance et de leur *Djembir* (long poignard recourbé), les Indiens de leur kriss empoisonné; spectacle incomparable, merveilleux et qui est bien fait pour saisir l'imagination. Que de matinées n'ai-je pas perdues en flâneries prolongées à travers les dédales de ce vaste bazar? Que de soirées n'ai-je pas passées à la porte de la Mecque, contemplant ce défilé non moins curieux de chameaux chargés de hadjis et de bagages de toutes sortes, en partance pour la Mecque?

Il est intéressant de rechercher quelle influence a eu le changement de locomotion des pèlerins sur l'état sanitaire de ceux-ci et du pays.

Lorsque la voie de terre était presque exclusivement suivie, on voyait arriver ici des malheureux exténués par les fatigues de la route et par des privations de toute sorte, et parvenus, par cela même, au dernier degré de la surexcitation et du fa-

droit présente le même aspect que le gauche, la capsule surrénale du côté droit a tout au plus le volume d'une amande; son tissu propre paraît ramolli; il n'y a pas d'excavation.

M. le professeur Morel examina les capsules surrénales et constata qu'elles étaient profondément altérées.

Malgré l'absence de coloration bronzée, il nous paraît évident que Meyer a succombé, comme Porcher, à la maladie d'Addison. Tel est aussi l'avis de M. le professeur Kelsch. L'histoire de ces deux malades présente une grande conformité; les symptômes dominants ont été dans les deux cas: l'asthénie et les vomissements bilieux. A l'autopsie, l'altération des capsules surrénales, différente dans les deux cas, a été la principale lésion observée, la seule qui pût expliquer la mort.

De même qu'une bonne définition doit s'appliquer à tout ce qui est défini et rien qu'à ce qui est défini, une bonne dénomination doit comprendre tout ce qui est dénommé et rien que ce qui est dénommé. L'appellation de : maladie bronzée appliquée à la maladie d'Addison ne remplit ni l'une ni l'autre de ces conditions. En effet : 1° la maladie d'Addison ne s'accompagne pas toujours de coloration bronzée, Addison lui-même l'avait annoncé, et depuis l'apparition de son remarquable travail (*Des effets généraux et locaux des maladies des capsules surrénales*, 1855) on a cité un certain nombre de faits, analogues aux précédents, de maladie d'Addison sans coloration spéciale de la peau; 2° la mélanodermie peut se rencontrer chez des malades dont les capsules surrénales sont parfaitement saines; on la voit survenir parfois dans la tuberculose, presque toujours dans la cachexie paludéenne. La dénomination de maladie d'Addison est donc bien préférable à celle de maladie bronzée. Il ne s'agit pas là d'une dispute de mots. Il y a un grand inconvénient à désigner une maladie d'après l'un de ses symptômes lorsque ce symptôme n'est pas absolument constant, on en rend ainsi le diagnostic presque impossible dans les cas où ce symptôme vient à manquer. Comment songer à diagnostiquer une maladie bronzée chez un malade dont la peau a conservé la coloration normale? Tous les autres symptômes pourront se produire, si la coloration bronzée fait défaut, le médecin posera presqu'à coup sûr un diagnostic erroné.

En nous appuyant sur les deux observations qui précèdent et sur les faits analogues cités par différents auteurs, nous croyons pouvoir établir les conclusions suivantes :

1. La coloration bronzée de la peau n'est pas constante dans la maladie d'Addison.

2. L'asthénie profonde dans laquelle tombent les malades atteints de maladie d'Addison et les vomissements bilieux incoercibles peuvent permettre de diagnostiquer la maladie, en l'absence même de la coloration bronzée.

3. Le nom de maladie d'Addison doit être préféré à celui de maladie bronzée.

CORRESPONDANCE.

A M. LE DOCTEUR DANIEL MOLLIÈRE, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE LYON.

A propos de la résection du maxillaire inférieur (1).

Mon cher collègue,

Vous voulez bien solliciter mon avis sur un temps particulier que vous venez d'introduire dans le manuel de la résection de la mâchoire inférieure, et qui se rattache aux modifications que j'ai moi-même apportées à cette opération.

Je déclare tout d'abord que votre innovation me paraît reposer sur une idée logique et répondre à une utile indication. Dans les procédés classiques, l'ablation d'un segment osseux plus ou moins étendu donne naissance à un large foyer dont les produits s'écoulent dans la bouche, en partie quand on ne réunit pas les téguments extérieurs divisés, et en totalité lorsqu'on fait à la peau la suture finale généralement recommandée par les auteurs. Or, il vous a semblé que la communication permanente du foyer traumatique avec cette bouche avait divers inconvénients, dont le plus sérieux serait sans contredit la déglutition continuelle des matières septiques, inévitablement engendrées par la surface de la plaie opératoire. En conséquence, vous isolez la cavité naturelle de la cavité suppurante au moyen de quelques points de suture réunissant la muqueuse du plancher buccal à celle de la joue.

La création de cette barrière a pour effet de porter exclusivement à l'extérieur, comme s'il s'agissait d'une plaie exposée vulgaire, les fluides plus ou moins délétères dont l'action irritante sur la muqueuse saine et l'absorption par les voies digestives sont ainsi sûrement prévenues, et cela au moins pendant les premiers jours, c'est-à-dire pendant la période où ces fluides ont des propriétés plus nuisibles. Vous affirmez que l'exécution de cette suture profonde ne présente aucune difficulté notable, au moins dans les cas ordinaires, et qu'elle diminue probablement la gravité d'une opération évidemment fort sérieuse.

J'admets volontiers toutes ces propositions, à ce point qu'à la première occasion je me promets de vous imiter.

Je pourrais donc en rester là et vous renvoyer courrier par courrier l'approbation que vous me faites l'honneur de me demander; mais pour vous prouver l'intérêt que je porte à votre procédé, je vais le soumettre à la critique, tout comme si je n'étais pas convaincu de son utilité. A mesure que vous avancerez dans la carrière, vous constaterez qu'il ne suffit pas d'éditer des conceptions bonnes, mais qu'il faut démontrer surabondamment leur valeur et surtout leur supériorité sur les errements qu'elles doivent remplacer. N'ayant encore à

(1) Voy. le numéro 37 de la *Gazette hebd.*, 12 septembre, p. 592.

---

natisme religieux; mais, il faut dire aussi que, même dans cet état, ils étaient peu dangereux pour la santé publique, car, le désert, qui est, comme je l'ai déjà dit, le meilleur des cordons sanitaires, avait *purgé* les caravanes, et tous les malingres, *pestiférés* ou autres, étaient restés dans les sables où ils dormaient du dernier sommeil.

Il en était de même pour le retour ou le rapatriement.

Si le vrai musulman accepte avec joie de finir sa misérable existence sur le seuil de la Kaàba, à la Mecque, puisque alors il est sûr d'aller tout droit au paradis de Mahomet, il se considère déjà comme bien près du septième ciel, s'il vient à succomber même sur un point quelconque du territoire sacré.

On peut considérer comme tel tout le territoire du Hedjaz, qui s'étend, sur le littoral, du port de *Yambo* au nord à celui de *Hali* au sud, et, dans l'intérieur des terres, de Médine à la Mecque, territoire borné dans tout cet espace, d'un côté par une ceinture de sables et de l'autre par des montagnes qui courent du nord au sud, s'étageant les unes sur les autres avec leurs flancs calcinés et leurs sommets arides. On ne peut guère citer comme oasis digne de ce nom, dans toute cette superficie, que la riante et verte vallée d'*Ouadi-Fatmé* près de la Mecque.

Le territoire proprement dit de la Mecque a pour limites, le long du littoral de la mer Rouge, au nord-ouest le village de *Rabegh*, et, au sud-est celui de *Leit*. Si, à partir de ce dernier point, on tire une ligne au nord en coupant la chaîne montagneuse de *Djebel el Korch*, et, qu'arrivé au village de *Maghuzel*, on oblique cette ligne vers le nord-est, puis vers l'est, pour la faire aboutir au littoral, près de Rabeegh, on aura une sorte de triangle qui comprend à peu près en entier le territoire sacré appelé par les Arabes *Beled* ou *Nodoud el Haram*.

Les bateaux à vapeur sont venus changer cet état de choses et, en rapprochant les distances, c'est-à-dire en rendant les communications plus faciles et plus promptes, créer des conditions sanitaires dont, comme je l'ai dit aussi, l'Europe est aujourd'hui victime.

votre disposition qu'un fait clinique, et vous contentant de le signaler modestement, vous n'avez pas exposé votre pensée tout entière, ni tout ce que sous-entend votre innovation. Permettez-moi donc d'entrer pour votre compte dans de plus amples détails.

D'abord, et c'est le point capital du débat, le danger que vous voulez conjurer est-il bien réel? En d'autres termes, le passage des matières de la plaie dans la bouche, et, d'une façon plus générale, dans les voies digestives, est-il fort à redouter? A priori on peut l'admettre, mais, comme vous le savez, l'expérimentation n'a pas dit sur ce point son dernier mot, et les résultats consignés jusqu'à ce jour sont fort contradictoires. Aux yeux mêmes des praticiens, les plaies de la cavité buccale sont réputées bénignes à un haut degré; les ablations partielles de la langue, les résections intra-buccales du maxillaire supérieur ne provoquent guère d'accidents, de ceux du moins qu'on peut attribuer à la résorption des substances pyrogènes des plaies. A la vérité les résections, et jusqu'aux fractures de la mâchoire inférieure, sont manifestement plus graves, mais l'ouverture du canal médullaire, les délabrements survenus dans la région sus-hyoïdienne, les incisions ou contusions de la peau, peuvent expliquer les complications assez fréquentes qu'on observe alors. Quelle part prend à leur production l'écoulement dans la bouche des matières septiques et purulentes? C'est ce qu'on ne saurait déterminer. Aussi, bien des chirurgiens, sans rejeter la suture profonde, seront médiocrement convaincus de sa nécessité; il vous faudra répondre à cette fin de non-recevoir.

Vous rappellerez, sans aucun doute, que chez votre opéré, alors que s'écoulait en abondance par la plaie extérieure une sanie fétide, la langue était rose et fraîche, la bouche exempte de mauvaise odeur. C'est quelque chose, mais ce résultat pourrait bien manquer parfois, car vous n'ignorez pas qu'une inflammation péri-buccale amène souvent la fétidité de l'haleine, l'altération de la salive, l'enduit pultacé de la langue, etc. Peut-être auriez-vous bien fait de noter dans votre récit la marche de la température et l'état des fonctions digestives; il eût été précieux pour votre thèse de constater l'absence de fièvre traumatique et la conservation de l'appétit.

En tout cas vous pourrez toujours attribuer à l'occlusion de la bouche par la suture l'avantage suivant qui n'est pas à dédaigner. Dans les procédés ordinaires avec ou sans réunion des téguments, non-seulement la salive, mais les boissons et les aliments ingérés pénètrent librement dans le foyer opératoire, y séjournent, y croupissent plus ou moins longtemps et n'en sont pas facilement expulsés. Mettons hors de cause la salive qu'on considère à tort ou à raison comme un topique anodin sinon favorable, restent les matières alimentaires qui souillent la plaie, les pièces externes du pansement, et dont l'innocuité n'est nullement démontrée; évidemment l'isolement de la cavité buccale et de la plaie prévient cette issue pour le moins dégoûtante.

Jusqu'ici votre défense est assez solide, mais je vous engage à méditer sur une objection plus radicale, basée sur ceci, que votre innovation, si minime qu'elle semble, change complétement le traitement consécutif ordinaire de la résection en question.

Veuillez suivre mon raisonnement.

Si j'en excepte quelques résections partielles fort limitées, pour lesquelles on se contente d'opérer par la bouche en détachant et renversant la lèvre (procédé de Malgaigne), on a l'habitude, pour faciliter la mise à nu et la section de l'os, d'inciser les parties molles sur le bord inférieur de la mâchoire; l'ablation de la partie osseuse une fois terminée, on s'empresse de réunir les bords de cette incision préparatoire dans le triple but de prévenir les accidents des plaies exposées, de hâter la cicatrisation, et de faire disparaître autant que possible les vestiges extérieurs de la mutilation.

Pour l'issue des matières fournies par le foyer opératoire, on compte précisément sur la large communication de ce foyer avec la cavité buccale. Or, votre suture profonde va justement supprimer la communication susdite, dès lors vous voilà forcé de renoncer à la suture tégumentaire, puisqu'il faut, d'un côté ou d'un autre, laisser une issue à la suppuration inévitable.

Que penseront les chirurgiens de cette transposition de la suture? Je crois que vous aurez contre vous les partisans de la réunion immédiate (parmi lesquels je vous prie de ne pas me compter), et qui affirment les avantages précités de cette manière de faire. Que répondrez-vous à ceux qui refuseront de mettre en balance ces avantages d'une part, et de l'autre les dangers douteux de l'introduction des matières de la plaie dans les voies digestives.

Peut-être, du reste, on pourrait satisfaire toutes les exigences et, suivant la mode du jour, réaliser une *fusion* entre les procédés anciens et celui que vous préconisez.

Je n'ai pas besoin de vous dire quelle terreur m'inspire ce que j'ai jadis appelé le virus traumatique, et combien je m'attache à le neutraliser. C'est pourquoi voici ce que j'ai depuis longtemps coutume de faire après la résection de la mâchoire inférieure. J'incise, comme tout le monde, les parties molles au niveau du bord inférieur de l'os, j'isole, puis je sectionne ces os avec les précautions récemment indiquées, mais en fin de compte, la tumeur enlevée, j'ai affaire au foyer opératoire ordinaire après ce genre d'extirpation. N'ayant point songé, comme vous, à suturer les muqueuses, je réunis seulement la plaie cutanée fort soigneusement, sauf aux deux extrémités où elle reste béante dans l'étendue de 1 centimètre environ. Ces deux lacunes me servent à conduire un drain

---

Il faut cependant reconnaître que le nouveau mode de locomotion a singulièrement amélioré la situation physique et morale des pèlerins, et, par là même les a placés, quant à eux, dans des conditions sanitaires moins mauvaises, conditions dont bénéficie également la santé publique.

Les fatigues de la route sont aujourd'hui à peu près nulles; les pèlerins ont plus de facilité à mieux se nourrir; le confort, si l'on peut dire ainsi, s'est peu à peu introduit parmi eux, grâce à la plus grande commodité de ravitaillement et aussi au contact plus fréquent avec les Européens; il en résulte qu'on doit rencontrer actuellement au milieu de ces masses agglomérées moins de léthalité, moins de germes de maladies, et que, tant qu'il n'y en a pas d'importation nouvelle telle que choléra, variole ou typhus, on peut être rassuré sur les suites de cette grande opération qu'on appelle le *Pèlerinage de la Mecque*, d'autant mieux qu'il est parfaitement démontré aujourd'hui que le Hedjaz n'est pas un *foyer producteur* de choléra.

J'ajouterai que le fanatisme religieux est aussi moins violent qu'autrefois; des intérêts multiples, politiques aussi bien que religieux, mais surtout commerciaux sont en jeu à cette époque, et, ici encore, un contact plus intime avec les Européens a produit bien de l'apaisement, calmé bien des consciences en ouvrant des horizons nouveaux aux appétits de lucre qui sont le propre de toutes les races humaines. Nous sommes, sinon par le temps, au moins par le progrès, loin de l'époque des massacres de Djeddah!

Ce n'est pas qu'il manque encore de musulmans fanatiques qui regrettent cet ancien temps et qui même se gênent assez peu pour le dire tout haut et pour menacer le petit groupe d'Européens résidant à Djeddah; mais leur voix se perd dans la foule et n'y trouve plus guère d'écho.

Il y a encore quelques années, on ne pouvait dépasser, sans courir des dangers réels, la porte de Djeddah dite *Porte de la Mecque*, par laquelle passent les pèlerins qui se rendent dans la ville sainte; aujourd'hui, on la franchit impunément; je

dont l'anse occupe le sinus de la plaie et dont les deux chefs font issue à l'extérieur.

Ce drain, assez volumineux d'ailleurs, sert à pousser cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures une injection détersive et désinfectante qui débarrasse la plaie profonde des matières qu'elle sécrète et de celles qui viennent de la cavité buccale. Les injections réitérées sont agréables au patient qui les réclame avec instance; le drain ne détermine aucune gêne et reste en place jusqu'à cicatrisation avancée des plaies interne et externe.

Qui empêcherait de faire, à votre exemple, la suture profonde, puis, comme tout le monde, la réunion, et enfin d'assurer par le drainage l'écoulement facile des fluides et la désinfection répétée de la plaie. Je vous soumets à mon tour un mode de pansement que vous pourrez soumettre à l'expérience.

Mais il est temps de terminer cette bien longue lettre. Je n'ajouterai donc que quelques mots.

Nos prédécesseurs ont conduit la technique opératoire à un point tel, qu'il ne nous reste guère de chances de découvrir des méthodes et des procédés nouveaux; en revanche ils se sont peu préoccupés des moyens propres à rendre moins dangereuses les mutilations cruelles que l'insuffisance de la thérapeutique nous force encore à pratiquer. Sous ce rapport, il y a beaucoup à faire, car la gravité inhérente aux actes chirurgicaux est malheureusement bien grande encore.

La science, par bonheur, est aujourd'hui dans une voie pleine d'espérance; elle connaît et avoue les périls des opérations; elle en scrute minutieusement les causes, et peu à peu parvient à les prévoir et à les combattre. Votre conception, quel que soit son avenir, est un écho de cette tendance salutaire; elle prouve que vous suivez une route dans laquelle nous voyons avec une joie sincère s'engager les jeunes chirurgiens destinés à nous survivre et à nous dépasser.

Bien tout à vous.

VERNEUIL.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

PHYLLOXERA. — Diverses notes sont adressées par MM. *Lecoq de Boisbaudran*, *de Laval*, *Cazauran*, *Lebon* et *Vicat*.

RÉFLEXIONS SUR LES GÉNÉRATIONS SPONTANÉES. — M. *A. Béchamp* adresse des remarques à propos d'une note de M. *U. Gayon* sur les altérations spontanées des œufs, et d'une note de M. *Crace-Calvert* sur le pouvoir qu'ont quelques substances de prévenir le développement de la vie protoplasmique. Nous en détachons le passage suivant :

« La méthode qui a pour but de tuer les germes atmosphériques, ou d'en empêcher l'arrivée dans les mélanges ou les produits fermentescibles, est insuffisante et caduque quand il s'agit d'expérimenter sur des matériaux dans lesquels on veut démontrer l'existence d'éléments anatomiques vivants qui proviennent d'êtres dont toutes les parties ont eu le contact de l'air atmosphérique normal, c'est-à-dire chargé de poussières où, comme je l'ai démontré, dominent précisément des microzymas d'un certain ordre. La méthode plus générale que j'ai substituée à celle-là, en la combinant au besoin avec elle, consiste à introduire de la créosote, de l'acide phénique, des agents analogues ou autres, dans le milieu fermentescible. J'ai eu l'occasion d'y insister plusieurs fois devant l'Académie et d'en exposer la théorie. Je demande la permission de répéter que la créosote, par exemple, employée à dose non coagulante, qui n'empêche pas une fermentation commencée de s'achever, a pour effet, non sans doute de tuer les germes atmosphériques, mais de s'opposer à leur évolution en moisissures, bactéries ou autres infusoires, selon les circonstances. Réciproquement, elle peut enrayer l'usure et la destruction physiologique de certaines cellules. Il n'est pas même nécessaire que la créosote soit introduite dans le milieu fermentescible; il suffit que celui-ci soit placé dans une atmosphère qui en contient la vapeur. Sous son influence, ou celle d'agents analogues bien choisis, même sans prendre d'excessives précautions, les matières les plus altérables se conservent au contact de l'air sans subir de transformation chimique appréciable, alors que, sans leur usage, les moisissures ou les bactéries, ou d'autres infusoires apparaissent, lesquels opèrent consécutivement la transformation de la matière. »

L'auteur rappelle les travaux de divers observateurs qui viennent à l'appui de ses idées; celles de M. Calvert, de M. Masse (traitement du sycosis parasitaire par la créosote), de MM. Pécholier et Gaube (traitement de la fièvre typhoïde par la même substance), de MM. Barrant et Jessier (emploi de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde). Puis il ajoute :

« Il est donc démontré que la nouvelle méthode empêche les fermentations, parce qu'elle s'oppose à la naissance des ferments organisés par les germes atmosphériques. La méthode ancienne empêche les mêmes manifestations, parce qu'elle tue les germes ou s'oppose à leur arrivée dans le milieu fermentescible. »

---

me suis même engagé parfois assez en avant sur cette route avec mon cheval, et je suis encore de ce monde. Mais la Mecque et surtout Médine sont toujours les deux villes saintes où ne peuvent pénétrer les profanes.

L'Arabie ou, du moins, le *Hedjaz*, auquel on doit réserver le nom d'*Arabie pétrée*, en conservant le nom d'*Arabie heureuse* à l'*Yémen*, est un pays pauvre, sec, aride où l'on ne rencontre, à part quelques oasis, que des sables, où les choses même les plus essentielles à la vie sont rares; c'est une terre calcinée, sablonneuse, brûlée par un soleil torride, où l'eau, ce grand élément de fécondation et de végétation, laisse beaucoup à désirer sous le rapport de la quantité aussi bien que de la qualité. Abandonnée à elle-même, cette province stérile ne pourrait suffire à ses besoins; à peine offrirait-elle les éléments nécessaires aux nuées de sauterelles qui s'y abattent chaque année; aussi, est-ce une vraie charge pour la Turquie.

Heureusement le pèlerinage vient la tirer de ce marasme et de cette extrême pénurie; c'est le Pactole qui, une fois par an, se détourne de son cours et vient rouler ses flots d'or à travers ces steppes désolés.

En résumé, si les nouvelles conditions dans lesquelles s'accomplit le pèlerinage sont une menace permanente et souvent un danger réel pour l'Europe, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont bien modifié et amélioré l'état sanitaire de la masse des pèlerins.

Au reste, le problème de la préservation pour l'Égypte, et partant, pour l'Europe, est des plus simples, et, *si l'on peut être sûr de son application rigoureuse*, il est résolu; c'est la surveillance la plus étroite sur toutes les provenances maritimes, surtout du côté de l'Inde où se trouve le grand, l'unique foyer de *genèse* de choléra; c'est, en temps d'épidémie au Hedjaz, la fermeture complète de cette voie maritime pour le rapatriement.

On verra cependant, dans la suite de cette étude, que certaines épidémies ont donné lieu, par leur origine encore con-

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de la marine accuse réception des tubes de vaccin que l'Académie lui a adressés pour la Guyane. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements du Cher et de l'Ain. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Le rapport de M. le docteur *Lenoel* sur les épidémies qui ont régné dans le département de la Somme pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies*). — c. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pandant l'année 1872 dans les départements des Côtes-du-Nord, du Cher et de l'arrondissement de Belfort. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit à l'occasion de la discussion sur le choléra des lettres de MM. *Paillandier*, avocat ; *Francis Renan*, ancien sous-préfet ; *Bonzoin*, pharmacien ; et de MM. les docteurs *Josat*, *Burcq*, *Morlot* et *Boggi*. (*Commission du choléra.*)

M. *Delioux de Savignac* présente une nouvelle canule pour injections vaginales.

M. *Poggiale* offre en hommage à l'Académie, au nom de M. *Latour*, un travail sur la préparation du glycéré ou sulfate de chaux destiné à la préparation du liniment oléo-calcaire.

M. *Delpech* dépose sur le bureau le rapport de M. le préfet de police sur l'épidémie de variole qui régna en 1870.

M. *Briquet* présente, de la part de M. le docteur *Mignot*, la topographie médicale de l'arrondissement du Gannat.

Choléra. — Le choléra est plus que jamais à l'ordre du jour, comme le prouve la séance d'aujourd'hui, où l'Académie a reçu sept lettres relatives à la question qui nous occupe bien malgré nous en ce moment. Tout le monde s'en mêle, depuis les médecins et les pharmaciens, qui ont des médicaments à placer, jusqu'à un avocat et un sous-préfet qui proposent des mesures et des remèdes infaillibles contre le fléau.

— Heureusement nous n'en aurons pas besoin, si j'en crois la statistique qui vient nous rassurer par la voix de M. *Delpech*.

Il résulte en effet de documents officiels que l'épidémie n'a en somme que peu d'intensité : il n'y a eu en effet en 6 jours que 134 décès, tant en ville que dans les hôpitaux civils et militaires, ce qui donne une moyenne de 22 décès et 3/10 de décès pour une population de 2 millions d'habitants. C'est peu, comme on le voit, et l'on espère que cette proportion diminuera encore. car les chiffres des décès des trois dernières journées annoncent une diminution dans la mortalité sur les jours précédents.

Voici le tableau présenté par M. Delpech :

	Hôpitaux civils. Entrées.	Hôpitaux civils. Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile. Décès.	Totaux.
9 sept.	10	4	1	7 dont 3 choléra nostras,	12
10 —	10	8	1	16 dont 3 —	25
11 —	14	12	1	20 dont 2 —	33
12 —	9	3	0	14	17
13 —	12	7	?	18 dont 1 cholérine,	25
14 —	8	5	?	17 dont 1 choléra nostras,	22
15 (1)	16	4	?	?	»
Total..	79	29	3	92	134

(1) Les chiffres du 15 septembre sont incomplets.

Au point de vue général, cette épidémie a beaucoup moins d'intensité que les épidémies précédentes.

Espérons que la statistique de la semaine prochaine ne viendra pas démentir ces nouvelles rassurantes, et que nous en serons quittes pour la peur.

— Après M. Delpech, M. *J. Guérin* communique à l'Académie une lettre de M. le docteur Morlot (de Dijon). M. Morlot, dès 1854, a mis en pratique les moyens prophylactiques conseillés par M. J. Guérin, et en deux mois, sur 128 cas de diarrhée cholériforme, il n'a eu qu'un cas de mort; tandis qu'on en comptait de 25 à 40 dans les localités où l'on n'avait pris aucune mesure contre la diarrhée.

M. J. Guérin donne ensuite lecture de quelques passages d'une lettre que lui adresse un médecin anglais, M. le docteur Boggs, à l'occasion du choléra. Ce médecin, entre autres choses, affirme qu'il y a un signe pathognomonique du choléra asiatique, c'est la présence de l'albumine dans les urines. Ce symptôme permettrait de distinguer à coup sûr le choléra indien de la diarrhée cholériforme et de la cholérine qui, pour l'auteur, ne sont nullement les manifestations d'une seule et même maladie, comme le pense M. J. Guérin.

— M. *le Président* veut ensuite donner la parole à M. Poggiale pour trois rapports pressés; puis à M. Guillery pour une courte communication. M. J. Guérin proteste ; il s'était arrangé pour occuper toute la séance, et voilà qu'on lui enlève quelques minutes. La question à l'ordre du jour lui paraît trop grave pour qu'on songe à autre chose. Malgré ces bonnes raisons, M. le président lui répond qu'il y a urgence, et M. J. Guérin s'incline, mais non sans murmurer.

Rapport. — M. *Poggiale* lit donc, au nom de la commission des eaux minérales, trois courts rapports dont les conclusions sont adoptées sans réflexions.

Attelles a pansements. — M. *Guillery* (de Bruxelles) fait ensuite passer sous les yeux de l'Académie des *attelles* d'un nouveau genre destinées aux premiers pansements sur les champs de bataille ou dans les accidents de chemin de fer. Ces attelles de zinc ont la forme des membres et peuvent s'emboîter exactement sur les parties malades. Quand elles ne s'adaptent pas bien, on peut les modifier avec des pinces et des cisailles.

M. *Larrey* fait observer que l'idée n'est pas nouvelle, et que déjà M. Raoul Deslongchamps lui avait proposé des appareils de toile métallique se moulant aussi sur les membres blessés.

Suite de la discussion sur le choléra. — Après cette courte communication, M. *J. Guérin* monte à la tribune avec un énorme paquet de livres et de documents.

M. J. Guérin se propose de démontrer aujourd'hui les relations qui existent entre le choléra et les trois formes de diarrhée dont il a parlé dans la dernière séance.

---

testée, surtout en raison de leur persistance sur place, à des inductions qui, si elles se confirment avec le temps, rendront la question beaucoup plus complexe et astreindront à des mesures de surveillance beaucoup plus étendues (1).

Il ne s'agirait plus seulement alors de la voie maritime ; un grand rayon de frontières deviendrait suspect et exigerait un cordon sanitaire fort étendu, fort dispendieux, et des mesures préservatrices dont l'application ne serait pas très-facile et serait probablement loin de donner les résultats attendus ; il ne faut pas perdre de vue, en effet, que le système des quarantaines, des lazarets, dont le principe est excellent, n'est pas applicable partout ; si certaines zones et certaines frontières s'y prêtent de manière à en permettre le fonctionnement rigoureux et irréprochable, il en est d'autres qui s'y refusent absolument, à cause de conditions afférentes au pays même, aux populations et à leurs besoins, véritables conditions *vitales* qu'il est impossible de changer ou même de modifier pour la circonstance. A. Buez.

(1) Ces épidémies ne sont, en réalité, que d'anciennes *Queues* de choléra, des foyers secondaires mal éteints, provenant par exemple de la grande irradiation de 1865 ou même d'explosions antérieures, et qui, sous l'influence de conditions telluriques, atmosphériques et hygiéniques encore mal déterminées, se sont ranimés sur place même d'une manière intermittente. Par ce fait que ce ne sont point des foyers de production et d'origine, il n'y a pas lieu de s'émouvoir ; car, comme nous le constatons cette année même, les émissions ne sont ni intenses ni durables.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Établissements thermaux. — Le produit des établissements thermaux que possède l'État est évalué pour une somme de 371 120 fr., somme supérieure à la dépense qu'ils nécessitent.

Ces établissements sont au nombre de 7. Cinq sont exploités directement par l'État ; ce sont ceux de Néris, Bourbon-l'Archambault, Luxeuil, Bourbonne et Aix ; deux autres sont affermés : Vichy et Plombières. Celui de Vichy rapporte à l'État une somme de 100 000 fr. par an ; quant à celui de Plombières, l'État participe dans les bénéfices de l'établissement après le partage des sommes revenant aux actionnaires et qui dépasse 7 pour 100 du capital engagé.

La diarrhée qui précède l'épidémie est sous la dépendance du choléra, c'est un fait incontestable aujourd'hui; elle n'est qu'une première manifestation de la maladie.

Quoi qu'en disent les sceptiques qui nient de parti pris, il y a des arguments sérieux en faveur de cette théorie : d'abord le choléra est généralement considéré comme une maladie virulente, et comme ces maladies il se manifeste par des cas incomplets, des sortes d'ébauche du mal et par une période inoffensive en apparence, mais grave en réalité.

Un autre argument plus décisif, c'est la transmission, la reproduction du choléra par la diarrhée cholériforme et la cholérine. M. J. Worms a rapporté des faits incontestables de la contamination de certaines localités par des gens qui n'avaient que la diarrhée ou la cholérine et de l'apparition du choléra après leur départ. La cholérine et la diarrhée simple en temps d'épidémie ne sont donc qu'une manifestation, une manière d'être du choléra.

Il en est de même de la seconde forme de diarrhée, c'est-à-dire celle qui règne pendant l'évolution de la maladie. Ce n'est pas une simple coïncidence, un accident; il y a une relation intime entre cette manifestation isolée et la cause générale épidémique. Cette diarrhée peut être plus ou moins grave, suivant le plus ou moins de résistance du sujet et suivant la force du poison. Et à ce propos M. J. Guérin insiste sur ce fait que, de même que la diarrhée et la cholérine peuvent transmettre et engendrer le choléra, de même le choléra peut à son tour ne transmettre que des germes morbides plus ou moins atténués, affaiblis, et ne donner naissance qu'à la cholérine ou à une simple diarrhée. Il y a là une sorte de réciprocité entre ces affections qui s'engendrent l'une l'autre suivant les circonstances.

Quant à la troisième catégorie de diarrhée, celle qui précède ou accompagne chaque cas particulier de choléra confirmé, elle est encore sous la dépendance du choléra. Ce sont les essais de la maladie, car rarement une épidémie débute tout d'un coup. Il y a d'abord des cas isolés dits cas sporadiques, auquels on n'attache aucune importance jusqu'au jour où ces cas sont assez nombreux pour faire reconnaître le caractère épidémique de la maladie.

C'est donc un fait parfaitement établi, incontestable, que ces trois formes de diarrhée ne sont qu'une manifestation d'une seule et même maladie.

Les conséquences à tirer de cette étude des diarrhées sont immenses, car si ces idées, ces théories, étaient acceptées, il faudrait refaire entièrement la pathologie et surtout la thérapeutique du choléra.

A ce dernier point de vue, la pratique est déjà venue lui donner raison, comme le prouvent la lettre de M. Morlot (de Dijon) et surtout les statistiques anglaises qui ont prouvé que, grâce aux mesures prophylactiques prises contre la diarrhée prémonitoire, il n'y a eu que 250 cas de choléra confirmé sur 130000 cas de diarrhée observés en 1854 dans les différentes villes d'Angleterre. Au point de vue social, l'application de ces idées aurait pour résultat de supprimer ces quarantaines, qui entravent le commerce, paralysent les affaires et n'empêchent pas, en somme, le choléra de se propager.

M. J. Guérin termine cette seconde partie de son argumentation, que nous recommandons aux lecteurs du BULLETIN, en disant qu'il n'a pu qu'ébaucher ses théories et qu'il se propose d'y revenir ultérieurement à l'occasion des objections que ne manqueront pas de lui faire les partisans de l'importation.

Donc, mardi prochain. — M. Fauvel doit prendre la parole, et la lutte sera chaude; tant mieux s'il doit en sortir quelque chose de nouveau, au moins en thérapeutique, car tandis qu'on discute à l'Académie et qu'on émet des idées plus ou moins nouvelles, les malades continuent à mourir dans les hôpitaux, absolument comme par le passé. La mortalité *relative*, en effet, n'a guère changé.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX. — RAPPORT DU CHOLÉRA AVEC LES DIARRHÉES DE LA SAISON. — DIARRHÉE PRODROMIQUE. — LES PETITS FOYERS. — ISOLEMENT.

Devant l'invasion du choléra à Paris, la Société des médecins des hôpitaux a devancé l'époque de la reprise de ses séances, et les médecins des hôpitaux furent convoqués pour discuter les mesures à prendre et pour s'éclairer sur la forme, la gravité, l'intensité de l'épidémie.

M. *E. Besnier*, comme rapporteur de la commission des maladies régnantes, s'est renseigné aux sources les plus précises et a produit un travail fort intéressant, mesuré dans la forme, très-précis par le fond, et qui constitue actuellement le seul document positif sur les faits qui viennent de se passer dans les hôpitaux pendant cette première semaine de l'épidémie (du 4 au 11 septembre).

L'épidémie actuelle, dit M. Besnier, ne nous a pas frappé à l'improviste. Depuis longtemps déjà le choléra circule en Europe : vers la fin de juillet, il a pénétré dans la ville du Havre; de là il a remonté à Rouen; enfin, depuis le commencement de septembre, il a fait son apparition dans la capitale.

Avant de donner les renseignements précis concernant les cas qui viennent de se produire dans les hôpitaux, M. Besnier jette un coup d'œil sur les notions acquises à la suite de l'épidémie de 1866.

L'épidémie de 1866 a été, en général, conforme à celles des années précédentes, mais elle s'en est distinguée par quelques particularités qui ont été signalées avec soin dans les comptes rendus des maladies régnantes en 1866, alors qu'on pouvait les contrôler aisément. Le début de l'épidémie de 1866 n'a été précédé par aucun phénomène précurseur, son évolution a été rapide, sa gravité uniforme à toutes les périodes de son cours, enfin, les phénomènes prodromiques ont été peu nombreux, peu accentués ou même ont fait complétement défaut. Ce sont là des points de fait et non des *assertions*, quoi qu'on en ait dit dans une séance académique (9 septembre 1873); aucune contradiction ne leur a été opposée ni dans la Société ni au dehors à cette époque, où il eût été facile et légitime de le faire. Bien qu'alors M. Besnier n'ait présenté ces faits qu'avec la réserve qui est de mise dans une question que nous connaissons si incomplétement, cela ne veut pas dire qu'ils n'ont qu'une valeur secondaire et qu'ils puissent être amoindris pour les besoins d'une discussion. Pour faire cesser toute équivoque, M. Besnier rappelle quel avait été son langage en 1866, pendant le cours de l'épidémie : 1° sur les rapports du choléra épidémique avec les affections intestinales saisonnières; 2° sur la diarrhée prodromique.

Relativement au premier point, M. Besnier déclarait alors qu'il y avait erreur manifeste à considérer les épidémies cholériques comme liées directement aux diarrhées saisonnières des voies digestives. Évidemment, les sujets atteints de ces dernières maladies sont particulièrement exposés, mais cela ne donne pas droit de conclure à l'identité des deux ordres pathologiques. Au début de l'épidémie de 1866, M. Besnier notait dans son rapport sur les maladies régnantes l'excellence de l'état sanitaire de la ville et la rareté des troubles intestinaux. En 1871, au contraire, malgré la très-grande fréquence des diarrhées, le choléra, dont on craignait l'irruption, n'est pas venu. Cette année l'invasion cholérique coïncide avec une fréquence réelle des diarrhées, mais on ne doit tirer de cette coïncidence que des indications d'hygiène et de thérapeutique, et non l'opinion de l'identité des deux ordres d'affections. Il est vraisemblable, d'autre part, que les mêmes conditions saisonnières sont favorables au développement des diarrhées et du choléra comme de la dysentérie épidémique, que l'on ne con-

fond pas pour cela avec les diarrhées simples ou dysentériformes de la saison.

En ce qui concerne la *diarrhée prodromique*, voici comment s'exprime M. Besnier : « Personne n'a jamais songé à contester, *et les premiers observateurs n'ont pas manqué de constater* (1) qu'un grand nombre de malades atteints de choléra présentent des troubles intestinaux dans les jours qui précèdent l'explosion des accidents caractéristiques. Il serait, à la vérité, assez difficile de discuter, à l'aide d'une statistique sérieuse, sur le degré absolu de fréquence de la diarrhée qui existe avant l'attaque cholérique proprement dite, car dans aucun pays, je n'hésite pas à l'affirmer, l'enquête n'a été faite avec toutes les garanties d'exactitude nécessaires pour qu'il soit légitime de produire une formule numérique précise. Mais il n'est pas possible cependant de laisser passer sans protestation l'opinion extrême et certainement erronée des médecins qui prétendent que la diarrhée est absolument constante pendant un temps appréciable, et qu'il n'y a pas, qu'il n'y a jamais de choléra foudroyant. Lorsqu'une opinion quelconque est ainsi poussée à ses extrêmes limites, ceux qui la soutiennent sont parfois égarés par la passion même qu'ils apportent, bien à tort, dans la discussion des choses scientifiques; je me garderai de les suivre dans cette voie, où les artifices d'argumentation interviennent d'une manière si regrettable. »

En réalité, il est d'observation commune qu'un grand nombre de cas de choléra sont précédés pendant quelques jours de troubles intestinaux. A cet égard, voici ce qu'il résulte des rapports faits avec les documents émanés des médecins des hôpitaux pendant l'épidémie de 1866 (voy. *Union médicale*, 1866, t. XXXII, p. 122) : La diarrhée prodromique est moins constante que certains médecins, basant leur jugement sur leur seule pratique personnelle, persistent à le penser. Dans une première série de cas observés du 13 juillet au 7 août 1866, Horteloup, alors médecin de l'Hôtel-Dieu, n'a rencontré la diarrhée prémonitoire que 45 fois sur 100. Dans une seconde série, du 8 août au 7 septembre, la diarrhée ne se montre que 66 fois sur 100. Les autres documents relevés alors dans le rapport de M. Besnier concordaient tous dans ce sens. Sur 34 malades algides traités dans le service de M. Mesnet, à Saint-Antoine, 22 fois les accidents cholériques se sont déclarés au milieu de la plus parfaite santé. A Saint-Louis, pendant le mois d'août, l'interne de M. Hardy, M. Odier, constate 4 cas intérieurs à début tellement brusque, qu'on peut en préciser pour ainsi dire l'instant. Sur 50 cas, M. Oulmont, à Lariboisière, a vu manquer 18 fois la diarrhée initiale. M. Potain, ayant examiné 25 malades à ce point de vue avec une scrupuleuse exactitude, notait que 12 d'entre eux, c'est-à-dire *la moitié*, n'avaient présenté aucun prodrome; deux de ces malades n'ont même eu la diarrhée qu'une heure après que les crampes et les vomissements eurent commencé.

Il ne faut pas croire que cette rareté relative de la diarrhée prodromique ait été spéciale à cette épidémie de 1866. Le rapport de M. Blondel sur l'épidémie de 1853-54 note que 4359 malades sur 4740 avaient eu la diarrhée prémonitoire. Au premier abord ces chiffres paraissent concluants, mais si l'on entre dans le détail, on trouve que sur les 4359 malades 2491 «avaient ressenti de la diarrhée un jour seulement avant d'entrer à l'hôpital ». Or, l'entrée à l'hôpital et le début de la maladie sont deux choses distinctes, et de ces chiffres on doit conclure que la diarrhée avait devancé de si peu de temps les accidents graves qu'on ne saurait, sans forcer la raison, voir un phénomène prémonitoire proprement dit là où il ne s'agit évidemment que de la première manifestation flagrante de la maladie. Donc il ne reste, sur 4740 cas, que 1868 qui aient présenté réellement une diarrhée précédant d'un, deux jours et plus les accidents graves, diarrhée qu'on puisse nommer prémonitoire.

(1) Voyez à ce sujet l'importante note historique de Dechambre, intitulée : *Un dernier mot sur la période prémonitoire du choléra* (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 51, 21 décembre 1865, p. 805 et suiv.). (*Note de M. Besnier.*)

— Comment et dans quelle mesure la thérapeutique est-elle utile pendant cette période. Surveiller et traiter avec soin les sujets atteints de diarrhée : c'est là, il faut le dire, une pratique courante et dont les praticiens savent depuis longtemps l'importance. Mais, à entendre certains médecins, il semblerait qu'en temps épidémique il n'y a plus qu'une seule espèce de diarrhée, la diarrhée prémonitoire, que tous les cas de diarrhée guéris sont des cas de choléra jugulé, et par suite ils proposent une formule thérapeutique uniforme et d'une action infaillible! Malheureusement les choses en médecine ne sont pas aussi simples, et ceux qui sont en contact immédiat avec les faits le voient bien. Là, comme ailleurs, il faut catégoriser les cas, les diviser et apprécier le moyen thérapeutique à mettre en œuvre.

Peut-on en réalité être certain, par une thérapeutique rationnelle, de mettre obstacle au cours de l'intoxication cholérique? C'est là une question difficile à juger, mais ce qui se passe pour les autres maladies nous engage à ne pas croire à cette infaillibilité de la thérapeutique au début d'une affection existant réellement, et surtout lorsque l'intoxication cholérique se manifeste déjà. Il est possible d'éloigner une attaque cholérique imminente, mais quand le choléra s'est emparé d'un individu, il est malheureusement trop certain que nous ne sommes pas assurés de l'en tirer. Et la preuve en est dans ces cas, dits intérieurs, qui se produisent dans les salles d'hôpitaux, sous les yeux des médecins : là, on peut, dès la moindre alerte, diriger une médication active, immédiate, et cependant, malgré tous les soins, on ne parvient pas à atténuer l'effrayante mortalité de ces cas prticuliers.

Traitement. — M. Besnier renvoie à la revue thérapeutique qui terminait son rapport sur les maladies régnantes de septembre 1866 (voy. *Union médicale*, t. XXXII, 2e série, p. 137 et suivantes, et *Gazette hebdomadaire*, t. III, 2e série, p. 731 et suivantes).

Il importe, au point de vue de la statistique thérapeutique, de diviser les cas en légers, moyens et graves ou asphyxiques, ainsi que l'a fait M. Marrotte dans son compte rendu des cas traités par lui à la Pitié, en 1866 (voy. *Gaz. hebd.* 1866, page 718, et *Union médicale*, t. XXXII, p. 210, 232 et 259).

Deux pratiques ont paru donner, en 1866, quelques espérances, dans les cas graves en particulier : l'enveloppement dans le drap mouillé et la couverture de laine; et les injections aqueuses simples ou salines dans les veines (voy. *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXI, 1866, p. 385 et 433).

Statistique des cas observés dans les hôpitaux de Paris, du 4 au 11 septembre 1873. — C'est à l'obligeance de M. Blondel, directeur général de l'assistance publique, que M. Besnier doit de pouvoir produire ce document précis.

Le choléra est signalé le 4 septembre à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis, le 5 à la Pitié, la Charité, Lariboisière, la Salpêtrière, le 6 à Beaujon, le 7 à Necker. Aucun cas ne s'est produit encore à Cochin, le Midi, Lourcine, etc.

Du 4 au 11 septembre exclusivement, 81 cas ont été vus dans les hôpitaux énoncés ci-dessus. Sur ces 81 cas, 25 se sont produits dans l'intérieur de l'hôpital et 56 ont été amenés du dehors. Ces cas ont produit jusqu'ici 49 décès et 3 guérisons : les 29 restant sont encore en traitement.

Dans la journée du 11 septembre, 8 nouveaux cas ont été amenés de l'extérieur, et il s'est produit 6 cas intérieurs. Y compris les 29 cas qui restaient en traitement le matin de ce jour, c'est-à-dire 43 cas, il y a eu 12 décès, 2 guérisons, et il restait, aujourd'hui 12 septembre; encore 29 cas en traitement.

— La discussion qui suivit la lecture de M. E. Besnier porta sur les diarrhées observées en ce moment, sur la forme et la gravité des cas de choléra dans la ville et dans les hôpitaux, sur l'existence de petits foyers limités et sur l'isolement des cholériques, et en particulier sur l'utilité probable de la création d'hôpitaux spéciaux, comme cela se pratique dans quelques villes de l'étranger.

Diorrhées. — M. *Moissenet* a cru remarquer que le nombre des diarrhées, qui était considérable en juillet et août, avait diminué dans des proportions notables depuis le commencement de septembre.

M. *Brouardel* a fait la même remarque à la consultation du Bureau central; les adultes atteints de diarrhée s'y présentent en moins grand nombre, mais chez les enfants il n'en est pas de même, beaucoup sont encore amenés avec des diarrhées plus ou moins graves. A l'hôpital Cochin, M. Brouardel a fait la même remarque.

M. *Ferrand* a vu se produire, pendant le mois de juillet, une énorme quantité de diarrhées dans un établissement où habitent près de 500 personnes. 300 d'entre elles furent prises en l'espace de quelques jours, et parfois avec une certaine gravité (selles séreuses abondantes, vertiges, délire même). Aucun phénomène cholérique ne s'est montré. Il n'y avait là qu'une influence saisonnière, car les recherches faites pour découvrir une cause dans l'alimentation ont été vaines. C'est à ce moment que le temps a été si lourd et si orageux. Depuis cette époque, les cas de diarrhée sont peu nombreux.

M. *Guibout* dit qu'aujourd'hui 11 septembre, il ne s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, qui est fort nombreuse comme on sait, aucun cas de diarrhée ou d'accidents cholériques.

Pour M. *Martineau*, qui est chargé en ce moment de la consultation de la dernière heure au Bureau central, la diarrhée est loin d'être en décroissance, les embarras gastriques sont fréquents ainsi que les fièvres typhoïdes. A la Pitié, dans les deux services de MM. Marrotte et Vulpian, dont est chargé M. Martineau, il y a eu dans la dernière quinzaine d'août des diarrhées, des ictères catarrhaux, des embarras gastriques, et enfin quelques cas de fièvre typhoïde. En ville, le même médecin traite plusieurs cas de dothiénentérie.

M. *Beaumetz* a constaté aussi la fréquence de la fièvre typhoïde à la Maison de Santé : en cinq jours il en est entré 8 cas.

M. *Moissenet* répète qu'à l'Hôtel-Dieu il n'a plus vu de diarrhée depuis huit jours. Il n'a traité que deux fièvres typhoïdes. L'une a guéri, l'autre a été mortelle, mais c'est avec des accidents cholériques que le malade a été emporté.

M. *Cadet de Gassicourt* a reçu 7 cas de fièvre typhoïde, dont deux graves, dans son service à Saint-Antoine, pendant ces derniers jours.

FORME ET GRAVITÉ DES CAS DE CHOLÉRA. — Il y a un mois environ, alors que le choléra n'avait pas pénétré au Havre, on aurait pu prédire, d'après M. Bouley, le choléra à Paris, en raison de ce qui se passait dans certaines basses-cours. Les poules étaient prises de diarrhée cholérique et mouraient rapidement. Il paraît que les vétérinaires ont fait cette remarque que les épidémies de choléra étaient précédées de l'épidémie sur les poules.

— Les cas de choléra observés dans les hôpitaux et en ville ont été très-graves, ainsi que le prouve la statistique donnée plus haut.

Cependant M. *Moissenet* n'a eu, dans son service de l'Hôtel-Dieu, presque que des cas légers. Sur 6 malades, 4 n'ont eu que de la diarrhée pendant 3, 4 ou 5 jours, puis furent pris de cyanose et de refroidissement : un ipéca administré au début des accidents cholériques et les moyens destinés à ramener la chaleur ont produit un rapide changement et la guérison. Les deux autres cas, l'un amené de l'extérieur, l'autre survenu chez une malade du service, ont été mortels. En ville, M. Moissenet a vu un cas rapidement mortel dans une famille arrivée de Hambourg à Paris le 27 août : tous les membres de cette famille avaient eu la cholérine à Hambourg, où le choléra régnait, et s'en étaient rapidement guéris, à l'exception d'une dame âgée de soixante ans, qui n'avait pu faire cesser sa diarrhée; le 8 septembre, cette dame est prise du choléra, le 9 elle était morte. Ce cas de choléra est resté isolé dans le quartier où habite cette famille.

Les cas observés par M. *Raynaud* à Lariboisière ont été graves : 17 entrants, 14 morts; les 3 qui sont encore en traitement sont graves. Presque tous les malades sont morts pendant la période de réaction.

A Saint-Louis, d'après M. *Guibout*, les cas ont été aussi graves : l'épidémie a débuté à l'hôpital par 4 ou 5 cas intérieurs; on a amené du dehors 8 ou 9 malades. Il y a eu jusqu'ici 10 décès. Aujourd'hui, aucun cholérique n'est entré à Saint-Louis, mais un cas rapidement mortel s'est produit dans le pavillon Gabriel. Les malades meurent souvent pendant la réaction.

A la Pitié, sur 4 cas observés par M. Martineau, 2 ont guéri.

A Saint-Antoine, les cas ont été fort graves, et l'on a constaté dans deux autopsies les lésions de la psorentérie. Dans l'une, on a rencontré également les lésions de la fièvre typhoïde du troisième septénaire. La malade dont il s'agissait avait eu, avant son entrée à l'hôpital, de la diarrhée depuis un mois.

A la Maison de Santé, un seul cas chez une dame arrivant du Havre.

A Beaujon, M. Beaumetz note que les cas ont été fort graves, quelques-uns même foudroyants : un palfrenier, *qui n'avait eu aucune diarrhée prémonitoire*, est pris à trois heures du matin du choléra, et à midi il était mort. Dans le service de M. Fernet, un cas rapidement mortel; chez M. Moutard-Martin, un cas intérieur mortel.

En ville, M. Cadet de Gassicourt a soigné deux cholériques : l'un d'eux était une femme qui fut prise du choléra *sans diarrhée prémonitoire*; la réaction survint; pendant deux jours la guérison parut probable, mais au septième jour la malade succomba.

M. *Dumontpallier* remarque que, à Saint-Antoine, du moins, les femmes atteintes de choléra sont en plus grand nombre que les hommes et que les maris des femmes qui tombèrent malades n'ont pas été jusqu'ici atteints.

M. *Besnier* répond que la statistique des hôpitaux démontre qu'hommes et femmes sont pris en égale proportion.

M. *Homolle*, qui est resté anticontagionniste jusqu'ici, a vu en ville 2 cas de choléra survenus brusquement. L'un a rapidement guéri; l'autre, survenu rue des Saints-Pères, chez une femme mal logée, atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours, a été mortel pendant la période asphyxique.

Dans l'armée, le choléra a été peu grave.

DES FOYERS ÉPIDÉMIQUES. — Plusieurs médecins ont noté qu'un certain nombre de cas apportés dans les hôpitaux provenaient de petits foyers très-limités. M. Fournier se rappelle qu'en 1865 les premiers cas amenés à Lariboisière provenaient tous d'une même maison situé au n° 18 d'une petite rue de la Chapelle. Ces jours-ci, on a fait des remarques analogues. C'est une maison de la rue Cotte qui a fourni un certain nombre de cas à Saint-Antoine; c'est dans une maison du faubourg Saint-Martin et dans la même chambre que 3 personnes (2 femmes et 1 enfant) ont été prises du choléra, pour lequel on les a transportées à Lariboisière. Dans ce même hôpital, 5 cas, les seuls qui se soient produits à l'intérieur, proviennent de la salle Sainte-Claire. A la Salpêtrière, c'est dans le quartier Saint-Léon et dans la salle de M. Charcot que les premiers cas ont apparu. Enfin, M. Colin signale la caserne Napoléon comme un foyer d'où ont été amenés des malades au Val-de-Grâce.

Relativement aux circonstances qui peuvent favoriser l'éclosion du choléra, M. Moissenet signale l'usage intempestif des purgatifs uni à l'impression du froid. Un boucher, homme robuste, s'était purgé ces jours derniers : malgré cela, il voulut sortir vers quatre heures du matin et aller en tilbury au marché de la Villette. Il eut froid, et quelques heures après il

avait le choléra. Dans sa salle de femmes à l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a vu également le froid survenant peu de temps après un purgatif être cause occasionnelle d'une atteinte cholérique mortelle.

ISOLEMENT; MESURES SANITAIRES. — A l'hôpital Saint-Antoine, on a immédiatement procédé à l'isolement des cholériques en leur affectant deux pavillons séparés des salles et en créant un pavillon d'attente où sont provisoirement placés les individus que l'on soupçonne d'avoir le choléra, mais chez lesquels le diagnostic n'est pas encore complétement établi. En temps épidémique, pour peu qu'un homme ait la diarrhée, les employés de l'hôpital, les internes même, le croient frappé de la maladie. Le pavillon d'attente est une bonne précaution et qui a déjà rendu de vrais services: c'est ainsi que des diarrhées simples, des dysentéries, ont évité d'être placées d'emblée dans un pavillon destiné au choléra.

M. *Fournier* déclare que, pour lui, l'isolement tel qu'il est pratiqué dans les hôpitaux est absolument illusoire, en raison du contact continuel des gens du service isolé, des élèves, des médecins, avec le personnel des salles ordinaires. Il n'y a qu'un vrai moyen de faire l'isolement, c'est d'affecter exclusivement au traitement des cholériques un ou plusieurs hôpitaux. C'est ce qui a été fait à Berlin. Rien ne serait plus facile que de transformer deux hôpitaux aux extrémités de Paris en hôpitaux spéciaux. Du Bureau central on y enverrait les cholériques.

M. *Raynaud* est de ce même avis. Il ajoute qu'en raison de l'existence des petits foyers qui ne sont peut-être qu'au nombre de 10 ou 12 actuellement, il serait urgent de chercher à étouffer, alors qu'on le peut encore, le fléau dans son germe. Expulser les habitants des maisons où se sont produits les foyers, brûler les linges qui ont servi aux malades, cela est possible encore maintenant.

M. *Brouardel* appuie ces considérations et pense que ces mesures sont réalisables. A Saint-Pétersbourg, à Naples, l'isolement absolu a été extrêmement utile. A Munich, en 1865, toute maison où le choléra était entré était vidée de ses habitants; le linge, les vêtements, le lit étaient brûlés; en *un* mois l'épidémie était éteinte.

Quant aux craintes d'infection produite par un hôpital spécial, elles sont imaginaires. On a dit que la création d'un hôpital de varioleux rue de Sèvres en 1870 avait été pernicieux pour le quartier, et que le côté de la rue où était placé cet hôpital avait particulièrement souffert de la variole, mais l'enquête à laquelle s'est alors livré M. Brouardel a donné des résultats contradictoires. En effet, si d'un côté de la rue de Sèvres il y a eu plus de varioleux que de l'autre, cela tenait non pas au voisinage immédiat de l'hôpital, mais à ce que le côté opposé n'était pas habité, formé qu'il était de vastes jardins et d'un grand magasin de nouveautés où personne n'était logé.

D'ailleurs, il est urgent de s'informer des résultats obtenus en Allemagne par les hôpitaux spéciaux. L'administration, mieux que personne, a la facilité de se renseigner à cet égard.

M. *Cornil* rappelle les mesures sanitaires qu'il serait bon d'employer, telles que désinfectants, décomposition chimique de toutes les déjections des cholériques, combustion des linges ou leur enfouissement sous terre, soins à apporter dans l'alimentation, la panification, choix d'eaux pures et sans mélanges organiques, exclusion des eaux de puits, égouts, etc., usage pour la table d'eaux minérales telles que Saint-Alban, Saint-Galmier, Bussang, etc. Enfin, il faudrait apporter une grande sévérité dans l'exécution des instructions administratives et compléter ces instructions dans ce qu'elles ont d'insuffisant.

M. *Moissenet* répond que l'administration s'est émue de l'approche du choléra et qu'elle a étudié le meilleur procédé de faire l'isolement. Quant aux instructions émanées de l'administration, elles sont très-complètes, et il suffirait que chaque médecin dans son service tînt la main à ce qu'elles soient rigoureusement appliquées pour en obtenir les meilleurs résultats. Les médecins de chaque hôpital devraient se réunir une fois au moins chaque semaine pour discuter les mesures à prendre, pour s'entendre sur leur application, etc.

Quant aux hôpitaux spéciaux, leur utilité n'est pas encore établie, mais l'administration est toute disposée à faire ce que les médecins demanderont dès que l'efficacité en sera démontrée.

— La Société décide qu'elle reprendra dès à présent le cours régulier de ses séances. A. LEGROUX.

REVUE DES JOURNAUX.

Névralgie du testicule guérie par l'électrisation, par le docteur FELIPPI.

Cette observation, racontée longuement et sur un ton de gaieté tout à fait italien, peut se résumer brièvement. Un jeune homme, n'ayant eu aucun accident vénérien, était tourmenté d'une névralgie testiculaire, à ce point qu'il demandait instamment la castration, parce que les moyens ordinaires avaient été impuissants. Le docteur Felippi eut l'idée d'employer les courants continus, et en cinq séances le malade fut guéri. Malheureusement, l'auteur est moins prolixe sur le mode de traitement. Il nous dit simplement qu'il a employé un courant constant direct et faible. Un examen approfondi avait démontré que la névralgie était essentielle, c'est-à-dire ne dépendait ni d'une affection du testicule, ni d'une accumulation de matières fécales.

Nous n'avons aucune raison de croire que la guérison n'a pas été persistante, et que l'électrothérapie est un moyen de guérison de la névralgie testiculaire lorsque celle-ci est essentielle, mais nous croyons que cette affection est le plus souvent symptomatique, et alors l'électrisation échoue. Nous en avons eu récemment la preuve dans deux cas. L'emploi répété des purgatifs pour l'un et l'application d'un bandage pour l'autre, dans lequel existait une pointe de hernie inguinale, ont réussi alors que les traitements ordinaires, et même l'électrisation, avaient échoué. (*L'Imparziale*, n° 16, 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

SYPHILIS SECONDAIRE ET TERTIAIRE DU SYSTÈME NERVEUX, par le docteur Alexandre MAYAUD. — In-8 de 48 pages. A. Delahaye. Paris, 1873.

L'auteur cherche à établir dans ce mémoire qu'il existe entre les accidents syphilitiques secondaires et tertiaires du système nerveux une analogie frappante avec les manifestations secondaires et tertiaires de la peau.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les accidents de la deuxième période diffèrent de ceux de la troisième :

1° Au point de vue symptomatique, par la fièvre qui précède ou accompagne le plus souvent les manifestations secondaires (7 fois sur 10, Courtaux) et qui manque toujours dans la période tertiaire Les accidents secondaires nerveux et cutanés sont généralisés. Les accidents tertiaires, au contraire, sont circonscrits. L'adénopathie concomitante est superficielle dans le premier cas, profonde dans le second.

2° Par la marche, qui est plus régulière, plus rapide à la deuxième période. Les accidents secondaires nerveux et cutanés coexistent souvent; ils sont contemporains, surviennent rarement au cinquantième ou soixantième jour après l'infection. Le plus souvent, ils apparaissent dans les six premiers mois; il est pour ainsi dire exceptionnel de les voir dépasser un an ou dix-huit mois. Par contre, les accidents tertiaires, dans ces deux cas, surviennent rarement; le plus souvent, c'est trois ou quatre ans après, quelquefois même vingt ans et plus.

3° Par la durée, qui est de un à deux ans pour la période secondaire, on ne saurait fixer une limite à la période tertiaire, car il est assez fréquent de voir des individus ayant subi une première atteinte être repris un, deux, cinq ans après, et quelquefois plus. Les accidents secondaires sont passagers, disparaissent souvent seuls; les accidents tertiaires sont plus persistants, plus fixes que les précédents.

4° Par la terminaison. Les accidents secondaires soumis à un traite-

ment spécifique disparaissent toujours promptement sans laisser aucune trace de leur passage. Les accidents tertiaires nerveux sont susceptibles d'amélioration; la guérison, si elle a lieu, est toujours plus lente. Il en est de même des syphilides ulcéreuses,qui sont souvent longues à guérir et qui laissent toujours des cicatrices.

Telles sont les conclusions de ce travail qui, à côté d'observations intéressantes, renferme de très-nombreuses lacunes. Nous ne citerons ici que les accidents médullaires de la syphilis auxquels l'auteur ne consacre que quelques lignes. Cet intéressant paragraphe nous semblait mériter une mention plus ample.

VARIÉTÉS.

Glanes.

LE TRAITEMENT DES MORSURES DE SERPENT PAR L'INJECTION D'AMMONIAQUE DANS LES VEINES, SIGNALÉ PAR FONTANA.

Nous avons plusieurs fois parlé de la méthode du docteur Halford et de ses succès dans le traitement des morsures de serpents venimeux par l'injection d'ammoniaque dans les veines (GAZ. HEBD., 1870, p. 95, et 1873). Il paraît que ce moyen n'est pas nouveau, car il était connu de Fontana, ainsi que le démontre une lettre de Fontana à Gibelin, d'Aix. (*Opuscoli scientifici di Felice Fontana*, p. 125, Florence, 10 juillet 1782.) Dans cette lettre dont la LANCET a rappelé l'existence, Fontana montre que non-seulement il connaissait ce mode de traitement, mais aussi qu'il l'avait étudié expérimentalement sur des animaux. Il est vrai, dit ce célèbre physiologiste, que nos journaux italiens rapportent plusieurs cas de guérisons par l'injection d'ammoniaque dans les veines de personnes mordues par des vipères; et ces cas présentent des résultats merveilleux et presque miraculeux. Plus loin Fontana avoue qu'il n'aurait pas songé à chercher un remède dans la « medicina infusoria ». Cependant il a expérimenté sur des moutons et des lapins, et les douze expériences tentées ont donné de tristes résultats, puisque la mort est rapidement survenue. Douze expériences, dit-il, ne sont pas suffisantes pour prouver l'inutilité absolue de ces injections, dans le traitement des morsures de vipère, mais elles suffisent à montrer que l'ammoniaque ainsi administrée n'est pas un spécifique comme on l'a affirmé. Et comme conclusion ou comme morale, Fontana ajoute une phrase qui restera toujours vraie : « Aussi longtemps que les médecins ne pratiqueront pas des expériences, l'art utilitaire de guérir ne pourra faire de grands progrès, et c'est là la raison qui explique pourquoi l'art médical est resté stationnaire depuis Hippocrate jusqu'à notre époque (1782 !) tandis que les autres sciences ont avancé par de gigantesques sauts.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Nous recevons, par voie particulière, communication du texte de la loi adoptée par le Grand Conseil, en troisième débat :

Le grand Conseil,

Vu l'art. 121 de la loi sur l'Instruction publique du 19 octobre 1872 ;

Sur la proposition du Conseil d'État ;

Arrête :

Art. 1er. Il est créé dans l'Académie de Genève, qui prend le nom d'Université, une Faculté de médecine.

Art. 2. Les objets d'étude sont :

L'anatomie humaine normale et l'histologie; la physiologie; l'anatomie, la physiologie, l'histologie pathologiques; la pathologie interne; la pathologie externe et la médecine opératoire; la clinique médicale; la clinique chirurgicale; l'hygiène; la médecine légale; la pharmacologie; la matière médicale ; la thérapeutique ; l'obstétrique.

Art. 3. Les assistants, Genevois ou Suisses d'autres cantons, s'ils ont plus de trente ans révolus, sont admis gratuitement, en s'inscrivant au Département, à suivre les cours théoriques donnés dans la Faculté de médecine.

Art. 4. Les leçons académiques sont payées par les auditeurs à raison de cinq francs par semestre pour une heure de cours par semaine. Cette rétribution appartient à celui qui fait le cours.

Art. 5. Sous tous les autres rapports, la Faculté de médecine est assimilée aux autres Facultés.

Art. 6. Le Conseil d'État est chargé de prendre avec les administrations de l'Hospice Général, de l'Hôpital Cantonal et des établissements d'assistance publique en général, les arrangements nécessaires à l'organisation de l'enseignement clinique.

Art. 7. L'enseignement de l'anatomie humaine, de l'histologie, de l'anatomie microscopique, de la physiologie et de l'hygiène, est distrait des Facultés où il est compris en vertu de la Loi du 19 octobre 1872, pour être placé dans la Faculté de médecine.

Article transitoire. — Pour les premières nominations dans la Faculté de médecine, toute latitude est donnée au Conseil d'État pour suivre le mode qu'il jugera convenable.

(Séance du Conseil d'État du 20 juin 1873.)

Certifié conforme : *Le Chancelier*,
MOÏSE PIGUET.

NOTA. — Le projet de loi contenait deux autres articles, portant les numéros 2, 3, etc., qui étaient ainsi conçus :

Art. 2. Pour être immatriculé dans la Faculté de médecine, il faut justifier du grade de bachelier ès lettres ou de titres jugés équivalents.

Art. 3. Pour être admis à subir les examens du doctorat, il faut justifier du grade de bachelier ès sciences physiques et naturelles ou de titres jugés équivalents.

Ces articles ont été rejetés pour laisser le conseil académique seul juge des conditions d'admission, comme cela a déjà eu lieu pour les autres Facultés. Les bâtiments nécessaires à l'institut anatomique et pathologique doivent être construits cet hiver, dès que les devis et plans auront été adoptés par les autorités.

CHOLÉRA. — On écrit de Singapour, le 6 août 1873 ; Le choléra continue toujours à sévir dans l'île de Singapour. Par suite des précautions sans nombre que l'on a prises dans les districts infectés, la mortalité est restée dans les mêmes proportions; mais le fléau s'est répandu dans d'autres districts.

Les moyens employés par les autorités et aux frais de la municipalité pour arrêter les progrès de l'épidémie sont les suivants : faire nettoyer tous les ruisseaux, écoulements, petits courants d'eau avec de la chaux vive, mettre de la terre sèche dans les latrines, passer au blanc de chaux toutes les maisons intérieurement et extérieurement; brûler matin et soir autour des habitations, à chaque coin de la rue et dans les districts des écorces de noix de coco, disposées en monticules et arrosées de goudron; désinfecter avec de l'acide carbonique chaque maison où un cas de choléra s'est produit.

— Rome, le 14 septembre, soir. — Un décret ministériel, constatant la présence du choléra à Naples, ordonne une quarantaine pour les navires.

— Gibraltar, le 12 septembre. — Seront soumis à une quarantaine les navires provenant des pays suivants : port de l'Adriatique, 7 jours ; Italie, 10; nord de la France, 5; Danube, 21. Les navires porteurs de certificats constatant des malades à bord ne seront pas admis.

ÉPIZOOTIES. — On mande d'Alger : Les épizooties signalées depuis quelque temps sont partout en décroissance; les premières pluies d'automne auront sans doute pour effet de faire disparaître complétement ces affections.

La fièvre aphtheuse de l'espèce bovine a totalement disparu de la circonscription de Sidi-bel-Abbès.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du célèbre médecin portugais Oliveira, décédé à Paris à l'âge de soixante-quinze ans.

État sanitaire de Paris :

Du 6 au 12 septembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 936 décès, savoir :

Variole, 1. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 41. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 28. — Dysentérie, 14. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 25. — Choléra infantile, 43. — Choléra, 107. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 277. — Affections chroniques, 291, dont 144 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 21. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — **Paris.** Société des hôpitaux : Le choléra. — Académie de médecine : Le choléra. — Le choléra dans l'armée. — Le choléra dans la Seine-Inférieure. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : A propos du choléra. — L'importation et ses conséquences au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique du choléra épidémique. — Clinique médicale : Deux observations de maladie d'Addison sans coloration bronzée. — **Correspondance.** — A propos de la résection du maxillaire inférieur. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — **Revue des journaux.** Névralgie du testicule guérie par l'électrisation. — — **Bibliographie.** Index bibliographique. — **Variétés** Glanes. — — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 septembre 1873.

A PROPOS DU CHOLÉRA. — MORT ET OBSÈQUES DE NÉLATON.

A propos du choléra.

Parmi les faits si nombreux qui viennent chaque jour nous démontrer davantage la faiblesse et l'insuffisance de nos procédés d'investigation en médecine, il n'en est pas de plus décourageant que notre ignorance en ce qui touche l'histoire du choléra. Depuis 1832, nous avons eu, à différentes reprises, l'occasion de nous trouver en présence du fléau ; nous l'avons observé à loisir dans la clinique nosocomiale comme dans la clinique extérieure; des centaines, des milliers peut-être de livres, de brochures, d'articles de journaux, constituent des matériaux suffisants, semblerait-il, pour élucider la question la plus ardue; des commissions renfermant les illustrations scientifiques de tous les pays ont consacré d'interminables séances à des discussions d'où la lumière aurait dû jaillir; les chimistes ont analysé les liquides et les solides des individus atteints de la maladie ; les micrographes entrés en scène les derniers n'ont rien négligé pour regagner le retard qu'ils avaient sur les premiers observateurs, et de cet immense faisceau de travail, de science et de discussion, il résulte comme fait incontestable et incontesté simplement ceci : que le choléra est une affection grave dont on ignore la nature, caractérisée par des évacuations nombreuses, une transsudation rapide et abondante de liquide par les muqueuses de l'intestin et de l'estomac. Tous les phénomènes concomitants paraissent s'expliquer par cette soustraction exagérée de liquide à l'organisme et, en définitive, dans les cas graves on meurt une fois sur deux, quelque médication que l'on emploie, au besoin sans médication.

L'examen le plus attentif des pièces anatomiques n'a livré jusqu'à présent aucune donnée vraiment utilisable ; on ne trouve que les lésions, conséquences naturelles des phénomènes observés pendant la vie, rien de plus.

Pour ajouter encore à nos incertitudes, on admet qu'il existe dans nos climats une maladie dont les symptômes sont identiques avec ceux du choléra, mais qui en est absolument différente, et la logique aidant, on la nomme néanmoins choléra, en corrigeant cette désignation par les adjectifs *indigène, sporadique*, et le barbarisme *nostras*. Puis, dans le choléra dit indien ou épidémique, on admet deux variétés, la cholérine, dont on guérit généralement, le choléra confirmé, dont on meurt ; enfin la diarrhée prémonitoire, au sujet de laquelle se livrent tant de débats passionnés, forme si l'on veut une troisième variété du choléra épidémique, mais elle peut se transformer en cholérine ou en choléra confirmé, à moins qu'elle ne soit une période du choléra ou une cholérine légère, si même il est bien certain qu'elle existe.

Tel est à peu près le cadre de nos *connaissances* cliniques sur une maladie qui frappe journellement à notre porte et vient trop souvent nous montrer cruellement et son existence et sa formidable puissance destructive.

Si, découragé par les études cliniques, nous portons nos recherches sur le terrain de l'épidémiologie, nous y trouvions jusqu'à présent une satisfaction relative; sauf quelques contradicteurs, rachetant leur petit nombre par la fermeté de leurs convictions, la majeure partie des médecins adoptaient avec une grande apparence de raison la doctrine de l'importation exotique du choléra. Sa naissance dans le delta du Gange, sa propagation par les voies naturelles de communication des peuples, voies terrestres ou maritimes, et comme tout progresse, par les chemins de fer, la création de foyers secondaires, d'où le fléau rayonne comme d'un centre, tout paraissait méthodiquement classé, et l'esprit le plus timoré éprouvait comme un grand soulagement à s'arrêter enfin sur quelque chose de positif, de précis.

On trouvait bien encore matière à discussion à propos de la contagiosité du choléra; se propageait-il par voie de contact direct ou indirect, ou bien agissait-il à la façon des maladies infectieuses par la dissémination de germes morbifiques dans l'atmosphère ? Au fond, tout cela n'était qu'une querelle de mots, et la transmissibilité de l'affection n'en était pas moins admise presque sans conteste.

Depuis la dernière grande manifestation de 1865-1866, une sorte de trêve tacite semblait conclue entre les différents partis; l'Académie, sentant probablement toute l'incertitude du terrain, ne paraissait pas très-pressée d'engager une grande discussion, quand une nouvelle pointe du fléau est venue nous rappeler à la réalité des choses. Aujourd'hui tout paraît remis en question; le choléra, pour quelques-uns, est une maladie autochthone; l'origine indienne n'est plus qu'une illusion : le choléra, comme la variole ou la fièvre typhoïde, ne quitte jamais notre sol ; il y manifeste sa présence par des cas isolés d'intensité moyenne; puis, comme la variole aussi, de temps à autre, sous l'influence de causes encore inconnues, il prend une extension subite, affecte la forme épidémique et revêt alors une gravité tout exceptionnelle.

En présence de ce dédale de faits dont les uns sont incontestables, dont les autres peuvent n'être que des déductions, où se trouve la vérité? Puisse la discussion ouverte par M. J. Guérin nous en rapprocher une bonne fois, si même elle ne nous permet pas de l'atteindre. C'est, on l'a déjà dit ici, sur ce terrain des questions générales qu'il excelle et que nous aimerons à le suivre.

En attendant, il peut être avantageux de procéder pour son propre compte à une recollation des principaux arguments émis jusqu'à ce jour, de les rapprocher et d'arriver à se faire une opinion *provisoire;* cela nous permettra tout au moins d'avoir un point de départ et d'échapper pour un temps à

cette incertitude à laquelle bien peu peuvent actuellement se soustraire, et que l'épidémie de 1873 contribue singulièrement à augmenter.

Telle est l'étude à laquelle nous comptons nous livrer.

G. MORACHE.

(*A suivre.*)

M. le docteur Géry, de Fayl-Billot (Haute-Marne), à l'occasion du débat actuellement pendant sur les médications anticholériques, nous adresse une observation de choléra confirmé (avec selles riziformes très-abondantes, crampes, excavation des yeux, cyanose, voix soufflante, refroidissement général, *anurie complète*), guéri par l'administration des opiacés par la bouche et en lavement. Au bout de deux jours, les selles blanches furent remplacées par des selles sanguinolentes, qui cédèrent à des lavements au perchlorure de fer.

Notre confrère nous excusera de ne pas publier *in extenso* les détails d'une observation isolée, dont la valeur pourrait toujours être contestée, quoique, dans l'espèce, le fait paraisse bien avoir la signification qu'il lui attribue.

Mort et obsèques de Nélaton.

L'un des plus illustres chirurgiens français, Nélaton, vient de mourir après une longue maladie. Il était né le 17 juin 1807. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier, au milieu d'une affluence considérable de confrères, d'élèves et d'amis. Les coins du poêle étaient tenus par MM. Bouillaud pour l'Institut, Depaul pour l'Académie de médecine, Bouchardat pour la Faculté, Béclard pour l'Association des médecins de la Seine.

Nélaton avait interdit toute pompe pour ses funérailles. Le cercueil ne portait aucun insigne; aucun discours n'a été prononcé. Mais la Faculté, avant de connaître les dernières volontés du défunt, s'était mise en devoir de lui faire honneur, et nous sommes heureux de pouvoir publier ci-après le discours préparé par un de ses meilleurs et de ses plus dignes amis, M. le professeur Sappey.

Nous n'apprécierons pas quant à présent l'influence du professeur de clinique, du praticien justement célèbre. C'est à ses élèves si nombreux qu'il appartient de faire ressortir, avec les qualités du maître, les importantes conséquences de son enseignement. A ne consulter que les écrits personnels ou les communications académiques de Nélaton, il serait difficile de se rendre compte de l'influence qu'il a conquise sur la chirurgie moderne. On trouvera, il est vrai, dans son éloge de Gerdy (1867) l'expression de ses tendances chirurgicales; on le voit à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, en deux circonstances, l'un des promoteurs d'importantes conquêtes chirurgicales modernes, c'est-à-dire l'un des premiers opérateurs de l'ovariotomie en France (1861), l'un des vulgarisateurs de l'électrolyse (1864). Mais ces notes académiques comptent à peine dans la vie scientifique de Nélaton. C'est l'hôpital, l'enseignement clinique et la pratique qu'il a choisis pour champ de son activité et de ses investigations, et dans lequel de hautes qualités lui ont acquis la célébrité.

Le TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE nous a conservé une partie des enseignements de sa vaste expérience, et le nom du maître regretté restera inséparable d'un grand nombre de perfectionnements de l'art chirurgical.

Parmi ceux-ci la taille pré-rectale, l'ablation des polypes naso-pharyngiens avec résection préliminaire de la voûte palatine, des procédés d'autoplastie pour l'épispadias (autoplastie par redoublement), pour le bec-de-lièvre, la rhinoplastie; des indications opératoires importantes sur l'œsophagotomie, la gastrotomie, l'entérotomie, tels sont les titres qui, dans un premier souvenir, nous paraissent surtout recommander sa mémoire.

Voici le discours de M. Sappey :

L'homme éminent qui vient de descendre dans cette tombe était une des illustrations de la France. Le bruit de son nom, depuis longtemps, avait franchi nos frontières. Les cent voix de la Renommée lui avaient conquis, dans les deux mondes, un grand nombre d'admirateurs, et beaucoup d'entre eux accouraient des régions les plus lointaines, les uns pour assister à ses leçons, les autres pour lui demander des conseils.

Sa célébrité et sa grande situation, il ne les devait ni à l'éclat de la naissance, ni aux avantages de la fortune, ni à la toute-puissance d'un protecteur. Il n'en était redevable qu'à lui-même; à son mérite incontesté et de l'ordre le plus élevé; à sa passion pour l'étude, à son culte pour la science, à son infatigable activité; à un ensemble de facultés et de qualités rares, que la nature, peu prodigue de ses dons, dissémine presque toujours sur des têtes différentes, mais que par une sorte de privilége elle s'était complu à réunir chez notre illustre collègue.

Membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association des médecins de la Seine, sénateur, grand-officier de la Légion d'honneur, aucun titre n'a manqué à sa gloire. Sans quitter le terrain solide de la science, il a pu s'élever jusqu'au faîte des honneurs. Montant un à un, mais d'un pas rapide et ferme, tous les degrés de la hiérarchie médicale, nous l'avons vu, jeune encore, prendre dans ses mains le sceptre de la chirurgie, qu'il a porté pendant les dix dernières années de sa vie avec une autorité et un éclat incomparables.

Parvenu à l'apogée de sa brillante carrière, toutes les voies s'ouvraient devant lui. L'étendue et la variété de ses connaissances, la diversité de ses aptitudes, la souplesse de son talent, son expérience des hommes et des choses, auraient pu lui permettre d'aspirer à de nouveaux triomphes. Mais il s'était élevé et honoré par sa profession; il voulut l'élever et l'honorer à son tour. Il l'a honorée, en effet, par sa fidélité, par ses travaux, par son enseignement, par la haute distinction de son esprit, par l'élévation de son caractère, n'usant de son influence que pour la servir, la faisant estimer et respecter de tous par l'aménité de son langage, l'affabilité de sa personne, le charme de ses relations.

Ce qu'il fut comme professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, un court parallèle nous le dira. Nélaton était élève de Dupuytren. Entre tous ses titres, aucun n'avait plus de prix à ses yeux. Depuis le jour où il lui fut donné, pour la première fois, de voir et d'entendre cet homme célèbre jusqu'au moment où une lente agonie est venue le clouer sur son lit de douleur, l'élève a conservé pour le maître une déférence égale à sa vive admiration. Formé à son école, doué des puissantes facultés qui l'avaient illustré, il grandit en quelque sorte à l'ombre et dans le culte de sa mémoire. A trente ans de distance, l'élève était devenu l'émule du maître. Le chirurgien de la Clinique avait pris en Europe la grande position qu'occupait autrefois le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Si la loi qui règle nos destinées avait permis alors qu'ils se trouvassent en présence, le maître eût été fier d'un tel successeur; et l'élève toujours animé des sentiments de sa jeunesse se fût incliné encore avec le même respect devant celui qu'il considérait comme la personnalité vivante du génie de la chirurgie.

Ils se rapprochaient par les grandes qualités qui font l'homme supérieur et le chirurgien éminent, mais différaient, du reste, par tous les autres côtés de leur organisation.

L'un et l'autre brillaient par le regard pénétrant qu'ils apportaient dans l'examen des malades, par l'art infini qu'ils mettaient à grouper, dans leur enchaînement le plus naturel tous les phénomènes observés, par la lucidité avec laquelle ils précisaient le siége et la nature de la maladie. Celle-ci déterminée, ils montraient la même habileté à saisir les indications qu'elle présente, le même talent à les remplir. C'était surtout dans les cas difficiles qu'on aimait à les voir et à les entendre; déroulant le tableau de la maladie, ils n'en dissimulaient pas les points obscurs; ils les mettaient, au contraire, en pleine évidence; puis, par

l'interprétation logique des faits, par la comparaison de ceux-ci avec des faits analogues puisés dans les annales de la science ou dans leurs souvenirs, par une savante et lumineuse discussion, ils soulevaient peu à peu le voile sous lequel se cachait la lésion à combattre et finissaient le plus souvent par la montrer dans tout son jour. Qui n'a vu notre éminent collègue aux prises avec une de ces grandes difficultés de la chirurgie, qui n'a assité à une de ces leçons dans lesquelles il répandait sur son sujet et sur ses auditeurs les vives clartés de son esprit, ne saurait avoir une juste idée du caractère et de l'élévation de son talent. Il apportait dans les opérations une main ferme et sûre, calculant et prévoyant tout d'avance, allant droit à son but, ne se préoccupant que des intérêts du malade. Si l'un de ces accidents que la science la plus consommée ne permet pas de prévoir venait à surgir, avec une admirable présence d'esprit il modifiait à l'instant même tout son plan d'opération, et arrivait à son but, aussi sûrement, aussi rapidement par une route improvisée.

Comme professeurs, Dupuytren et Nélaton ont obtenu tous les deux un éclatant succès. Tous deux étaient suivis dans leur clinique par la foule des élèves et des médecins étrangers. De la part de ceux-ci c'était le même empressement, le même désir de les entendre, la même déférence; et cependant combien les deux maîtres étaient différents! Dupuytren avait une puissante constitution, une belle stature, une physionomie hautaine, le regard sévère. Grave, solennel, imposant, il tenait la foule à distance. Lorsque le moment était venu de prendre la parole, sa voix au début semblait presque éteinte; ensuite elle s'élevait peu à peu, puis remplissait toute la salle; il s'animait alors et bientôt, par son élocution claire, facile, abondante et correcte, il s'emparait de l'esprit de son auditoire qu'il tenait suspendu à ses lèvres. Nélaton était simple et digne; son attitude, son langage, ses manières, tout en lui exprimait la bienveillance; les élèves l'entouraient et l'abordaient sans crainte; aux réflexions et objections qu'on lui soumettait il répondait volontiers, discutait quelquefois et toujours sur le ton de la simplicité et de la plus grande courtoisie. Être utile à ses malades, instruire ses élèves, remplir, en un mot, la haute mission qui lui était confiée, la remplir le mieux possible, telle était sa grande et sa seule préoccupation. Il avait aussi le don de la lucidité, et le don, plus rare, de captiver l'attention de ses auditeurs. Mais il arrivait à ce but, moins peut-être par les formes brillantes du langage que par les développements cliniques dans lesquels il entrait et sur lesquels il savait répandre le plus vif intérêt.

Dupuytren restera comme le type le plus accompli du professeur, et Nélaton comme le modèle le plus parfait du clinicien. Ils avaient, l'un et l'autre, le sentiment exquis de la science; et tous les deux, cependant, ont peu écrit. Avec eux ont disparu dans la tombe les trésors accumulés de leur longue expérience. Regrettons cette perte immense; mais n'accusons que l'insuffisance de leurs forces. Constamment entraînés dans le tourbillon d'une vie dévorante, ils n'avaient ni le calme ni le temps nécessaires pour les longs travaux. Une considération toutefois vient adoucir l'amertume de nos regrets. Ce qu'ils n'ont pu nous léguer sous une forme durable, ils l'ont transmis par la parole à plusieurs générations d'auditeurs; à leur école se sont formés des élèves répandus sur tous les points du globe; leur enseignement a été pour la propagation des saines doctrines de la chirurgie un foyer de lumière, et pour toutes les connaissances qui se rattachent à l'art de guérir un grand centre de diffusion. Si l'un et l'autre ont bien mérité de l'humanité souffrante, l'un et l'autre aussi ont bien mérité de la science.

Autour des facultés éminentes de notre collègue venaient se ranger tout un groupe de qualités secondaires qui leur formaient comme un cadre brillant et qui en rehaussaient singulièrement l'éclat. Peu d'hommes ont possédé au même degré le grand art de bien dire, de dire ce qu'il fallait, et de le dire à propos. Notre langue, pour la pensée la plus simple, nous offre presque toujours vingt mots différents; mais l'un deux l'exprime mieux que tous les autres : ce mot heureux il le trouvait sans effort. Un jugement sûr, un tact exquis, lui évitaient les écueils auxquels l'exposaient des relations toujours délicates et sans cesse renouvelées. Il ne possédait ni la belle tête de Dupuytren, ni son port majestueux. Mais une sorte d'agrément était répandu sur toute sa personne. Sa physionomie exprimait la bonté; son accueil ouvert et sympathique inspirait la confiance. Si j'ajoute qu'il avait des manières à la fois expansives et réservées, une tendance naturelle à s'oublier pour faire valoir le mérite et les avantages d'autrui, on comprendra sans peine combien il devait plaire; et il plaisait en effet.

Ces qualités de second ordre, *leniores virtutes* des anciens, auraient suffi à un homme, d'ailleurs médiocre, pour lui assurer dans le monde un rang distingué. Alliées à un mérite supérieur, elles en deviennent les ailes; elles lui permettent de prendre un plus rapide essor, de s'élever plus haut et de se maintenir dans les hautes régions comme dans son milieu naturel. Ces ailes du talent, notre collègue les possédait presque toutes. Si elles ne lui ont pas donné la renommée, elles ont contribué beaucoup à sa popularité; elles ont pris certainement une large part à ses succès. Il leur doit ses satisfactions les plus vives, ses joies les plus intimes, ses nombreuses et belles relations dans toutes les classes de la société.

Lié avec les hommes les plus marquants de son époque, habitué depuis longtemps aux priviléges d'une grande existence, notre collègue est resté jusqu'à la fin de sa carrière ce qu'il était au début, bon et affectueux pour les siens, simple, affable et bienveillant pour tous. Mille traits pourraient attester cette simplicité pleine de charme; je n'en citerai qu'un seul.

Appelé en Suède vers la fin de l'Empire, il fut reçu à Stockholm avec la plus haute distinction. Le corps médical, heureux de lui témoigner ses sentiments d'estime, l'invita à un repas où figuraient les plus illustres représentants de la science. A son entrée dans la salle, brillamment décorée et illuminée, tous se rangèrent sur deux lignes, s'inclinèrent avec déférence sur son passage, et le président, l'accueillant comme un prince étranger, le conduisit à la place d'honneur. Pendant la durée du repas, il fut comblé des plus grands égards, qui redoublèrent lorsque le moment des toasts fut arrivé. Cette réception, aussi grandiose qu'inattendue, contrastait étrangement avec ses habitudes de simplicité. A peine rentré dans le calme de la solitude, il s'affaissa sur un siége comme accablé de tant d'honneurs, et deux larmes apparurent aux bords de ses paupières. Quelle soudaine émotion venait donc l'agiter au sein de toutes ces splendeurs? Notre collègue pensait à la patrie lointaine, à la famille absente, à ceux qui lui étaient chers; son cœur, repassant les mers, s'épanchait pour un instant dans ses affections les plus vives. Ce n'étaient pas les aspirations d'un orgueil, légitime peut-être, qui triomphaient en lui; c'étaient les sentiments les plus élevés et les plus nobles de la nature humaine qui remplissaient cette âme d'élite. Tel il fut dans cette circonstance mémorable, tel nous le retrouvons dans tout le cours de son existence.

Sa vie, si longtemps prospère, était depuis quelques années déjà pleine d'angoisses. Une affection organique du cœur le condamnait au repos; depuis deux mois, elle avait fait de si cruels progrès qu'elle ne laissait plus aucun espoir; le malade lui-même ne conservait aucune illusion. Il attendait sa fin prochaine avec résignation, accueillant par un sentiment de satisfaction tout ce qui pouvait contribuer à en rapprocher le terme.

Notre collègue ne meurt pas tout entier. Il nous laisse un fils, heureusement doué, chez lequel nous pouvons entrevoir déjà la plupart des qualités du père. Digne héritier d'un grand nom, il saura le porter noblement. Pour nous, désireux de voir le talent se perpétuer dans une famille désormais chère à la science, nous l'accompagnerons de nos vœux et applaudirons à ses efforts.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie pratique.

De la décortication du nez dans le cas d'éléphantiasis de cet organe, par M. A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon. (Hôtel-Dieu de Lyon ; service de M. Ollier.)

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané du nez deviennent parfois le siége de phénomènes hypertrophiques entraînant à leur suite une difformité des plus disgracieuses, dont chacun se rappelle avoir vu des exemples. Il est, en effet, certains nez à végétation luxuriante qui commandent l'attention par un développement inaccoutumé; ils offrent de ci, de là, des saillies, des dépressions, en même temps qu'une teinte pourpre ou violacée tirant sur le rouge vineux. L'hypertrophie a une marche lente, mais elle gagne chaque jour du terrain; on l'observe chez les buveurs de profession surtout. Après un repas copieux, à la suite de nombreuses libations, la face s'anime; la peau du visage, plus généralement du nez et des joues, devient rouge; la circulation y semble plus active; puis, au bout de quelques heures, la coloration redevient normale. Chez certains buveurs, la même cause produisant le même effet, la congestion, qui de prime abord était passagère, devient définitive; il se produit une véritable ectasie des vaisseaux superficiels.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, commencent alors à s'épaissir; les follicules sébacés, en grand nombre dans cette région, s'indurent, s'enflamment, et leur inflammation entretient dans ces tissus un trouble de nutrition, une sorte d'inflammation chronique aboutissant à l'éléphantiasis du nez.

L'hypertrophie, qui occupe de préférence la partie mobile de l'organe, ne se présente point toujours avec les mêmes caractères; tantôt elle est uniforme, c'est-à-dire qu'elle arrive au même degré sur tous les points où elle se montre; tantôt, au contraire, elle est plus prononcée dans certains points au niveau desquels elle produit des tumeurs, des bosselures de forme variée.

Ces dernières peuvent, par leurs dimensions, causer des troubles fonctionnels, c'est dire qu'on les a vues gêner tout à la fois, à un degré variable, la respiration, la prononciation et la préhension des aliments; par leur volume, elles empêchent parfois la vision binoculaire et déterminent ainsi du strabisme. Ajoutons à la difformité quelques douleurs et un suintement de mauvaise odeur, et l'on comprendra que le chirurgien s'occupe d'une semblable déformation et s'efforce d'y remédier.

Beaucoup de malades atteints d'éléphantiasis du nez sont accueillis par un sourire lorsqu'ils viennent demander la guérison de leur hypertrophie nasale, et l'on se contente de leur recommander de ne pas boire autant. Le conseil est assurément très-bon, il a son utilité pour l'avenir, mais, pour le moment présent, il ne saurait parer à la déformation.

C'est dans des cas de ce genre que M. Ollier pratique la *décortication* du nez. Cette expression, heureusement choisie par ce chirurgien, rend, ainsi que nous le verrons, parfaitement compte de l'opération. Le malade étant anesthésié, il incise la peau et les tissus épaissis sur le dos du nez, puis, saisissant l'un des bords de la plaie avec des pinces, il procède à leur dissection, en ayant le plus grand soin de ne pas toucher au cartilage et de conserver intact le tissu fibreux qui les unit. Il ménage ainsi complétement la charpente fibro-cartilagineuse, pour ne pas compromettre la forme et les fonctions du nez; et si l'on nous permet de nous servir d'une comparaison, il fait sur cet organe, avec des pinces et un bistouri, ce que l'on fait avec les doigts en enlevant le brou d'une noix fraîche sans briser la coque, en enlevant l'écorce d'une branche sans toucher au bois.

Dans les différentes décortications faites par M. Ollier, l'opération n'offrit d'autre particularité qu'une hémorrhagie en nappe abondante, vu la grande vascularité de l'organe enlevé. L'emploi d'éponges imbibées d'eau glacée permit, en étanchant le sang, de poursuivre sans aucun risque l'opération.

Avec le doigt introduit à différentes reprises dans les narines, ainsi que le recommande M. Ollier, on se rend facilement compte de l'épaisseur des tissus qu'on laisse en place et de l'intégrité du support fibro-cartilagineux qu'il faut avant tout conserver.

La décortication terminée, on maintient pendant quelques instants sur les surfaces saignantes des compresses imprégnées d'eau glacée; puis on procède au pansement. M. Ollier, pour s'opposer à toute hémorrhagie, applique directement sur la plaie de la charpie râpée imbibée de perchlorure de fer dilué, place au-dessus des plumasseaux et maintient le tout par une large bande. Ce premier pansement doit rester plusieurs jours en place; il faut que la charpie se détache et tombe d'elle-même, soulevée par la suppuration; plus tard, lorsqu'on ne redoute pas l'hémorrhagie, un pansement simple suffit.

L'hémorrhagie peut survenir plusieurs jours après l'opération et être assez abondante pour mettre la vie du malade en danger si l'on n'intervient pas rapidement. Elle est le fait des modifications qu'ont éprouvées dans leur élasticité et dans leur calibre les vaisseaux de l'organe hypertrophié. Après une section; leurs parois ne s'affaissent plus comme auparavant; ils restent béants, comparables en quelque sorte aux veines sus-hépatiques sur une coupe du foie; de plus, formés aux dépens d'un tissu riche en vaisseaux, les bourgeons charnus sont eux-mêmes très-vasculaires, et tant que la cicatrisation n'est pas complète, on doit se tenir en garde contre l'hémorrhagie.

La cicatrisation part des bords de la peau du dos et du lobule du nez, ainsi que de la peau des narines; au bout de deux ou trois mois, elle est complète.

L'observation que nous publions est un exemple remarquable d'éléphantiasis du nez opéré par le procédé de M. Ollier, la *décortication*.

Observ. *Décortication du nez.* — André Ducharne, né à Saint-Igny-de-Vers (Rhône), âgé de cinquante-cinq ans, exerçant la profession de crocheteur, est entré le 10 juin 1869 (salle Saint-Sacerdos, n° 97), service de M. Ollier.

Cet homme, doué d'une force peu commune, s'est toujours livré à un travail pénible. Exerçant la profession de crocheteur, il portait des fardeaux très-pesants et faisait, suivant son expression, ce qu'un cheval n'aurait pu faire; mais, ajoute-t-il, pour soutenir mes forces je buvais beaucoup. Sans avoir un faible bien prononcé pour les liqueurs, il en acceptait volontiers quelques verres, se rattrapant, du reste, largement sur le vin et la bière; c'étaient là ses deux boissons favorites. Chaque jour le voyait consommer trois à quatre bouteilles de vin à un repas, et comme amateur de bière il engageait souvent des paris sur la quantité de ce liquide qu'il pouvait absorber et qu'il absorbait au moment même.

Grâce à ses habitudes alcooliques, son nez n'avait pas tardé à rougir et à augmenter de volume, il avait toujours eu un beau nez; mais depuis trente ans surtout, ce dernier avait pris un développement extraordinaire.

Objet d'une curiosité indiscrète, constamment en butte à des quolibets, le malade, dont le nez était devenu proverbial dans quelques quartiers (il était connu sous le nom de *père la France*), voyant qu'une telle difformité l'empêcherait bientôt de gagner sa vie, vint demander une opération à M. Ollier.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il présentait, sur la face, au front et aux joues surtout, des boutons volumineux d'acné. La peau de ces régions, épaissie, avait une couleur rouge violacée, mais le nez du malade captivait avant tout l'attention. Comparable à une pomme de terre, il pouvait se diviser en trois parties, une médiane et deux latérales. La peau, d'un rouge vif, d'apparence mamelonnée, sillonnée par des vésicules bleuâtres, était parsemée de gros boutons d'acné. La partie latérale droite avait sensiblement la forme et le volume d'un marron; rattachée à la partie médiane, elle jouissait d'une certaine mobilité, le malade la nommait la noisette; quant au nodule gauche, il était un peu moins volumineux, mais offrant les mêmes caractères.

Ces masses latérales, plus spécialement celle du côté droit, gênait la vision binoculaire et, pour mieux voir, le malade préférait se servir d'un seul œil.

Le 15 juin 1869, le malade étant anesthésié et maintenu assis sur une chaise haute, la tête renversée sur la poitrine d'un aide, M. Ollier pratiqua la décortication du nez. Il incisa la peau sur la ligne médiane, l'incision s'étendant du lobule au bord antérieur des os propres du nez; il saisit avec des pinces chaque lambeau cutané, disséqua avec grand soin ces masses charnues qu'il enleva jusqu'à la peau saine. Leur poids était de 40 grammes.

Son principal soin pendant l'opération fut de ne point toucher aux différents cartilages qui donnent à la partie mobile du nez sa forme et sa souplesse. Il dut ainsi aller lentement, par petits coups de bistouri, préférant revenir à la charge plutôt que d'exciser des parties importantes qu'il recommande essentiellement de conserver.

L'excision de ces tissus variqueux donna une assez grande quantité de sang qui, masquant les organes, apporta quelques difficultés à l'opération. Aussi doit-on toujours, dans des cas semblables, avoir sous la main des éponges imprégnées d'un mélange glacé d'eau de Pagliari, de façon à s'opposer facilement à ces hémorrhagies en nappe.

On eut seulement à faire quelques ligatures.

Le pansement consista en charpie râpée, imbibée de perchlorure de fer dilué au 1/10, et recouverte de plumasseaux de charpie maintenus par quelques tours de bandes modérément serrés.

Durant les premières heures qui suivirent l'opération, on maintint les pièces du pansement imbibées d'eau de Pagliari glacée.

Jusqu'au 25 juin, l'état du malade n'offrit rien de particulier; il se plaignit, dans cet intervalle, à différentes reprises, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, pouvant s'expliquer par l'hémorrhagie qu'avait entraînée l'opération.

Le 19, le pansement s'était desserré; en enlevant les premiers tours de bande, l'appareil glissa complétement. La plaie était recouverte d'un exsudat noirâtre, mélangé de sang et de perchlorure; la suppuration commençait à s'établir; la plaie fut lavée et nettoyée avec précaution, puis on appliqua un pansement simple.

Le 21, dans la nuit, le malade fut réveillé par le sang qui coulait sur son visage; le pansement s'était défait. L'hémorrhagie fut abondante, au dire du malade, son nez ressemblait à une pomme d'arrosoir d'où s'écoulerait du sang; l'interne de service s'en rendit néanmoins facilement

maître, en appliquant et en maintenant sur la plaie, par une légère compression, des plumasseaux de charpie imprégnés de perchlorure de fer.

Le 23, nouvelle hémorrhagie, moins abondante que la première, cédant au même pansement.

Le 24, le malade est faible, un peu abattu; il redoute beaucoup une autre hémorrhagie; il n'ose faire aucun mouvement.

Le 26, le pansement donnant de l'odeur, on le renouvelle. Il s'écoule un peu de sang. La plaie est couverte de bourgeons charnus. Suppuration assez abondante.

Le 28. A partir de cette époque, on panse la plaie tous les jours.

Le 30, légères cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent pour réprimer les bourgeons exubérants. Pansement au vin aromatique.

Le 3 juillet, la cicatrisation paraît se faire surtout sur le dos du nez, à partir des os propres.

Le 5, craignant de voir le malade prendre à l'Hôtel-Dieu un érysipèle, M. Ollier le fait partir pour l'asile des convalescents. A ce moment, la plaie granuleuse est en voie de cicatrisation, le liséré épidermique s'avance de la peau du dos et du lobule du nez, en même temps que du pourtour des fosses nasales.

Le malade passa plus d'un mois à l'hospice de Long-Chêne; lorsqu'il revint, la cicatrisation n'était pas complète; sur le dos du nez persistait une petite ulcération, qui se cicatrisa bientôt elle-même après quelques cautérisations.

Le malade n'était plus reconnaissable, et pour qui le voyait trois mois après l'opération, il était difficile de croire qu'il avait devant lui le *père la France*.

Le nez avait un volume normal, peut-être même l'eût-il fallu plus gros pour la figure du malade. La cicatrice, passant sur le dos du nez et s'étendant d'un sillon naso-labial à l'autre, faisait l'office de bride et diminuait l'épaisseur de l'organe.

La cicatrice, comme toutes les cicatrices, était loin d'avoir la même teinte et la souplesse de la peau avoisinante; elle offrait de près tous les caractères du tissu cicatriciel. A ce point de vue, le nez du malade ne pouvait être évidemment en tout point semblable à un nez ordinaire; mais relativement à ce qu'il était auparavant, le malade avait, depuis l'opération, un beau nez; il était, du reste, tout le premier à reconnaître la chose.

Lorsqu'il quitta l'hôpital, les différences de teinte allaient en s'atténuant, le malade ne craignait plus de se montrer.

Depuis, le malade ne s'était pas présenté à M. Ollier, lorsqu'il mourut dans l'hiver de 1870, huit mois après l'opération. Il fut trouvé mort dans la rue par une nuit des plus froides. La face a été conservée et fait partie de la collection de M. Ollier.

Le nez a la forme normale, son volume est celui d'un nez ordinaire; un tissu de cicatrice moins souple que la peau avoisinante fait seul supposer qu'il a été l'objet d'une opération.

Chez un autre malade qui subit la décortication du nez pour une hypertrophie notable de cette organe, le résultat immédiat fût très-beau; la plaie était devenue promptement granuleuse et la cicatrisation faisait des progrès, lorsqu'un érysipèle de la face, dont le nez fut le point de départ, entraîna la mort du malade.

Opération de forme, la décortication devient, dans certaines circonstances, une opération d'utilité; elle ne saurait être pratiquée à toutes les époques dans un milieu hospitalier où l'érysipèle et d'autres complications non moins graves paraissent si souvent à l'état épidémique; mais en dehors des hôpitaux, l'opération n'offre aucune gravité et peut être exécutée sans crainte. Dans un cas d'éléphantiasis du nez, M. Ollier essaya la cautérisation de la peau et des tissus hypertrophiés; mais la difficulté de guider à son aise l'action du caustique lui a fait préférer l'emploi du bistouri, avec lequel il n'enlève que ce qu'il veut.

Clinique médicale.

Notes cliniques recueillies dans les hôpitaux de Lyon : Contribution a l'étude des abcès du foie, par le docteur Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nous sommes mal placés sous notre climat tempéré pour nous livrer à une étude un peu plus complète des abcès du foie. Elle a été faite, d'ailleurs, avec soin par un grand nombre d'auteurs dans des conditions plus favorables.

Je veux seulement ici mettre en lumière certains points de leur histoire, en m'appuyant sur quelques faits observés dans nos hôpitaux.

Obs. I. — Le nommé Marvier (Antoine), âgé de vingt-six ans, employé de l'octroi de Lyon, entre le 12 août 1871 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 11. Ce jeune homme est d'apparence robuste, il présente un embonpoint notable. Il nie avoir jamais fait aucun excès alcoolique. Il est resté trois ans à Pondichéry et à la Réunion, en qualité de soldat de marine.

Les accidents débutèrent chez lui il y a un peu plus de deux ans, dans cette dernière colonie, à la suite d'une marche forcée par une température très-élevée. It prit froid et fut atteint peu après d'une dysentérie avec selles sanglantes et ténesme. Il entra à l'hôpital de Saint-Denis, où bientôt sa maladie se compliqua d'un gonflement douloureux et considérable du foie, qui fut qualifié d'hépatite, sans qu'on crût à l'existence d'un abcès. Après huit mois de traitement, il fut renvoyé en France, étant considéré comme guéri.

Pendant un an il se porta assez bien étant pris seulement de temps en temps de vomissements bilieux, accident passager qui ne l'empêchait pas de revenir aussitôt à une santé parfaite.

Au mois d'avril 1871, il eut de nouveau, mais très-passagèrement, le foie gonflé et douloureux.

A la fin de juillet, après avoir reçu la pluie, il resta mouillé une journée entière. Le lendemain, une douleur vive au creux épigastrique et dans l'espace interscapulaire l'obligea à s'aliter. Cinq ou six jours après les vomissements bilieux se reproduisirent presque continuels pendant cinq jours. Ce symptôme cessa ensuite et les douleurs seules persistèrent. Malgré l'inappétence complète le malade continuait à manger.

L'ingestion des aliments le soulageait, dit-il, et faisait disparaître la gastralgie qui était remplacée par une sensation de distension et de gonflement avec éructations fréquentes et insipides. Les douleurs d'estomac se reproduisaient surtout la nuit.

Au moment où il est soumis pour la première fois à notre observation, il présente les symptômes suivants : Inappétence complète. La gastralgie a diminué. Elle est toujours soulagée quand il mange. Selles normales. Le lobe gauche du foie, augmenté de volume, s'avance à l'épigastre jusqu'à 1 centimètre de l'ombilic.

La matité hépatique ne se trouve au contraire en dehors qu'à 2 centimètres au-dessus des fausses côtes, et l'hypochondre est très-sonore. Le foie est certainement à ce niveau refoulé par les intestins météorisés.

Apyrexie. Toutes les autres fonctions normales. On prescrit de l'eau minérale de Vichy et des amers.

Le 18 août, subitement, vomissements bilieux abondants avec douleurs vives à l'épigastre et au milieu des reins. Diète. Deux vésicatoires sur la région hépatique.

Le 22, pas de vomissements, beaucoup moins de douleurs. Quelques aliments légers.

Le 24, tous les symptômes précédents ont disparu, le lobe gauche du foie n'est plus douloureux à la percussion. Le ventre est beaucoup moins météorisé. A l'épigastre on trouve encore de la matité jusqu'à 1 centimètre et demi au-dessus de l'ombilic. Dans la région du lobe droit la matité est normale, l'appétit est revenu. Le malade se trouvant bien demande son exeat.

Il reste assez bien portant, souffrant cependant parfois de l'estomac et du côté droit, jusqu'au 15 janvier 1872, pouvant remplir ses fonctions d'employé de l'octroi.

A cette époque, à la suite d'un refroidissement contracté en passant la nuit en plein air et immobile, il est pris d'un gonflement excessivement douloureux du côté droit, avec inappétence complète mais sans vomissements bilieux.

Il rentre dans la même salle, au n° 23.

Le 18 janvier, lendemain de sa seconde entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants : L'épigastre est proéminent, évidemment dilaté ainsi que tout l'hypochondre droit qui est beaucoup plus saillant que le gauche. Cette saillie est uniforme, les côtes sont déjetées en dehors et en avant en masse, sans qu'il y ait un point plus proéminent que les autres. L'exploration est tellement douloureuse qu'on peut difficilement, par la percussion ou la palpation, délimiter exactement le foie.

Inappétence complète. Pouls à 100. Chaleur de la peau à peine fébrile. Diète. Quinze sangsues sur la région hépatique. Limonade avec 10 grammes de crème de tartre.

Le 19, le foie est encore le siége d'une vive souffrance, cependant on peut procéder à une exploration plus complète. Même saillie des côtes et de l'hypochondre. Le développement anormal du foie s'est surtout effectué par refoulement des côtes et du poumon, mais peu par abaissement de l'organe.

Sur la verticale correspondant au côté droit du sternum, la matité commence au niveau du bord inférieur de la troisième côte, et s'étend

jusqu'à 2 centimètres et demi au-dessous du rebord des cartilages costaux. La matité du lobe gauche se prolonge assez à l'épigastre pour dépasser un peu le bord oblique des cartilages costaux du côté gauche. Constipation. Pas d'ictère. L'urine est claire et colorée en jaunâtre, mais ne passe pas à la coloration verte par l'acide nitrique.

Le malade n'a, à aucun moment, éprouvé de frisson ni de symptômes généraux en rapport avec une suppuration hépatique.

Eau de Sedlitz. Cataplasmes et onctions d'onguent napolitain belladoné sur la région du foie. Diète.

Le 21, l'eau de Sedlitz a produit cinq selles. Même apparence de la région hépatique.

Le 22, urines colorées non ictériques.

Le 23, vomissements jaunâtres avec douleurs de reins vives. Cinq ou six selles liquides. Les matières présentent une coloration, en partie d'un noir brunâtre, en partie d'un jaune clair, et contiennent beaucoup de bile. Le pouls est à 88. L'examen attentif du foie n'indique aucun nouveau symptôme, en particulier pas de saillie localisée ou de fluctuation appréciable pouvant démontrer la présence d'un abcès. L'état général ne semble pas mauvais. Le pouls est peu accéléré et le malade n'accuse aucun malaise nouveau. Quand on ne touche pas à la région hépatique, il souffre peu.

Le 24 au matin, au moment de la visite, je trouve le malade à l'agonie. Il ne peut plus parler. Son regard est terne, le pouls absolument imperceptible, la peau est froide, inondée de sueur. On m'apprend qu'il est tombé presque subitement dans cet état de prostration complète la veille dans l'après-midi. Il a commencé à ressentir un malaise extrême et inexprimable, avec faiblesse profonde, impossibilité de faire le moindre mouvement et refroidissement général. L'interne de garde appelé a vainement employé tous les stimulants pour le ranimer.

Le malade expire au moment même où je l'examinais.

A l'*autopsie* faite quarante heures environ après la mort, on constate un embonpoint très-marqué. Le sujet est très-bien musclé. L'incision des parois abdominales montre une quantité considérable de tissu cellulo-graisseux dans leur épaisseur.

La poitrine étant ouverte on s'aperçoit en premier lieu que le péricarde est très-distendu. A l'incision de cette membrane, il s'échappe une grande quantité de sérosité sanguinolente. Après son écoulement on constate que la partie la plus déclive du sac péricardique est occupée par du véritable pus, et que la pression sur le foie fait affluer une quantité encore plus grande de ce liquide, crémeux, épais, un peu rougeâtre dans la séreuse cardiaque.

En détergeant la face diaphragmatique de cette membrane, on y trouve une ouverture pouvant admettre un stylet, à bords amincis et éraillés. Le feuillet pariétal de la séreuse présente de petites saillies très-multipliées ébauches de fausses membranes. Cette disposition est encore plus marquée sur le feuillet viscéral qui est surmonté d'éminences régulières papilliformes, composées d'un exsudat jaunâtre de consistance gélatineuse, un peu brun.

Le cœur est parfaitement sain et de volume normal. La plèvre gauche est saine. La droite présente au niveau de sa portion diaphragmatique, entre le feuillet viscéral et le feuillet pariétal, des néomembranes en partie déjà un peu fibreuses et ayant l'apparence de brides, en partie gélatiniformes. Les poumons sont tous deux remarquablement sains.

Le foie est volumineux, mais développé par refoulement du diaphragme et des côtes, sauf au niveau du lobe gauche qui s'avance à l'épigastre jusqu'à l'hypochondre gauche. Il est adhérent au diaphragme de chaque côté du ligament falciforme dans une étendue circulaire de 13 à 15 centimètres de diamètre. On est obligé d'enlever ensemble le foie, le diaphragme et le feuillet diaphragmatique du péricarde.

Une section faite sur ces parties, au niveau de l'orifice qui donne issue au pus dans le péricarde, montre que le foie est creusé d'une cavité, d'une dimension supérieure au volume du poing, aux dépens du lobe droit dont elle a détruit à peu près également le tissu. Elle est limitée par une véritable coque, de 5 millimètres au moins d'épaisseur, à surface interne lisse, constituée par un tissu très-dense, blanc, de consistion fibro-cartilagineuse très-résistant à la coupe. Elle contient un pus épais jaune rougeâtre.

Ses parois dans le point correspondant au diaphragme sont plus minces, d'autant plus qu'on s'approche davantage de l'orifice de communication avec le péricarde. Elle adhère à ce niveau tellement intimement au diaphragme qu'on ne peut plus distinguer le tissu fibreux du centre phrénique de celui de la poche avec lequel il est confondu.

L'orifice, ainsi que nous l'avons dit, est excessivement étroit. Ses bords sont minces et comme éraillés. Le tissu hépatique est rouge brun, gorgé de sang; sa consistance est normale.

La veine cave, au niveau du foie, quoique très-voisine du foyer purulent, et la veine porte sont dans un état normal et contiennent, la première, du sang demi-coagulé; la deuxième, du sang fluide. La rate, le pancréas, l'estomac, l'intestin grêle dans toute sa longueur, sont absolument sains. Le gros intestin présente les traces d'une entérite ulcéreuse ancienne.

Dans le côlon ascendant, à partir du cæcum, et d'autant plus nombreuses et saillantes qu'on s'approche de l'arc transverse, existent des saillies cicatricielles rougeâtres d'un demi à 1 centimètre de diamètre, au niveau desquelles la muqueuse est épaissie et froncée. Quelques-unes s'élèvent au moins de 2 millimètres au-dessus du niveau de la muqueuse environnante, d'autres moins.

Dans d'autres points elles sont linéaires. D'une façon générale, elles sont allongées. Elles sont moins nombreuses à mesure qu'on se rapproche de l'arc transverse où il n'en existe pas. On en retrouve, mais de plus petites, dans l'S iliaque et le rectum.

Cette observation se recommande à notre attention à divers points de vue.

Si nous étudions les lésions constatées à l'autopsie, nous remarquons d'abord le siége de l'abcès.

Il est assez rare de rencontrer les foyers purulents du foie dans un point intermédiaire aux deux lobes et creusés simultanément aux dépens de chacun d'eux, mais cela n'a rien de bien anormal, car les statistiques concluantes de Rouis (*Recherches sur les suppurations du foie, etc.*, Paris, 1860), d'Haspel (*Maladies de l'Algérie*, Paris, 1850, t. I), et de Dutroulau (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, 1868, p. 605), prouvent que toutes les parties de l'organe sont passibles de la fonte purulente, et que si elle se rencontre plus souvent dans le lobe droit, cela provient de sa masse relativement plus considérable.

En effet, les chiffres donnés par Rouis, l'auteur qui a réuni le plus de cas à ce point de vue (156), pour le nombre de fois que le lobe droit, le lobe gauche et le lobe de Spigel ont été atteints, représentent précisément, d'après la remarque de J. Simon (*Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirur. prat.*, t. XV, art Foie (abcès), p. 59), les proportions moyennes dans lesquelles ces lobes sont en rapport entre eux quant à leur volume.

La coque fibreuse qui entourait l'abcès était, on l'a vu, remarquablement épaisse et formait une solide barrière qui séquestrait la collection purulente et expliquait son défaut de retentissement sur l'économie en dehors des périodes où une cause occasionnelle amenait son accroissement.

Cet enkystement des abcès à longue marche a été souvent signalé, mais rarement avec une membrane conjonctive de consistance aussi grande qui contraste avec le peu d'abondance et la ténuité du tissu conjonctif du foie à l'état normal, et ne se retrouve pas dans des organes où les conditions anatomiques paraîtraient plus favorables à sa formation.

L'ouverture creusée aux dépens du diaphragme et de la séreuse cardiaque présentait des caractères qui devaient faire songer bien plus à un amincissement graduel de la paroi du foyer à ce niveau par distension mécanique résultant de l'accumulation du pus, qu'à un processus d'ulcération. Les bords éraillés de la petite ouverture formaient, en effet, une sorte de valvule qui eût empêché le liquide de repasser du péricarde dans l'abcès. Les tissus n'avaient pas disparu à ce niveau, ils avaient été déchirés.

L'exsudat séro-sanguinolent très-abondant que contenait le péricarde ne provenait évidemment pas directement de l'irruption dans la séreuse du pus de l'abcès hépatique, mais bien de la péricardite suraiguë et hémorrhagique produite par la petite quantité de ce liquide qui avait passé par cet orifice. Cela avait suffi pour amener immédiatement une inflammation propagée à toute la surface séreuse à partir de l'ouverture et un épanchement assez abondant pour distendre le péricarde et empêcher l'introduction ultérieure d'une nouvelle quantité de pus.

Les produits plastiques qui existaient sur la séreuse offraient l'apparence papilliforme qu'on observe souvent dans la péricardite au début. Ils n'étaient certainement pas vascularisés et n'avaient pu fournir le sang de l'épanchement. Ce sang provenait des vaisseaux capillaires du tissu conjonctif sous-séreux

qui, sous l'influence de l'irritation intense du début, avaient laissé s'extravaser les hématies.

Le tissu cardiaque chez notre malade était absolument indemme de lésions.

Dans les cas très-rares, analogues à celui-ci, cités par les auteurs, les lésions du péricarde ont été parfois trouvées plus avancées et le cœur lui-même n'était pas resté indemne de lésions. Cela s'explique par la durée plus longue de la péricardite avant la mort.

Dans le fait emprunté par Castro (*Des abcès du foie et de leur traitement*, Paris, 1870, p. 44) à Zancarol, le péricarde était rempli de fausses membranes. Il y avait eu un certain degré de myocardite, car le cœur avait sa pointe comme usée dans une étendue égale à une pièce d'un franc, en sorte qu'une paroi très-mince empêchait seule la perforation du cœur gauche.

Dans le cas observé par Castro lui-même, la myocardite avait été encore plus marquée, car le cœur avait été durci comme si on l'avait mis dans l'alcool.

Nous indiquerons encore comme circonstance anatomique intéressante, quoique souvent observée, l'état de l'intestin.

Il nous montre quelles traces laisse une entérite ulcéreuse grave, et nous explique combien les malades porteurs d'une pareille lésion doivent être sujets à des rechutes.

Cette muqueuse, couverte de cicatrices saillantes, exposées au frottement des matières fécales plus que les autres parties de la membrane intestinale, composées de ce tissu cojonctif imparfaits, si facilement ulcérable et pourvu de vaisseaux incomplétement organisés, qui compose les cicatrices, ne doit-elle pas pas être disposée à s'enflammer et à être le siége d'un nouveau processus de destruction locale par la moindre cause qui tend à congestionner l'intestin, et à modifier, par suite, la nutrition de sa membrane interne?

Ces occasions de rechute pourront être un refroidissement de la peau, alors que la température extérieure prédispose au retentissement réflexe sur les organes abdominaux, ou même une émotion morale qui a souvent le même résultat.

Si nous étudions maintenant la marche et les symptômes de la maladie, nous aurons à remarquer que peu d'observations rapportées dans les ouvrages spéciaux nous offrent l'exemple d'un abcès considérable du foie ayant pu être compatible pendant des intervalles si longs avec une santé presque parfaite.

Rappelons, en effet, qu'après son retour des colonies, le malade est resté un an sans présenter de troubles fonctionnels et que depuis, il a eu une série d'exacerbations, des accidents, mais à des intervalles éloignés souvent de plusieurs mois, et avec un état normal des fonctions pendant les périodes de calme.

La première fois que le malade est sorti de mon service, il n'éprouvait plus le moindre symptôme, pas même de la douleur à la région du foie. Cependant, l'apparence anatomique de l'abcès, l'épaisseur de son kyste, les commémoratifs, la dysentérie contemporaine des accidents initiaux, les conditions climatériques où se trouvait alors le malade permettent d'affirmer que la collection purulente s'est développée à la suite de la première atteinte d'hypérémie hépatique.

Dutroulau a cité des cas analogues, mais sans en rapporter les détails. « Un abcès enkysté, dit cet auteur (*op. citat.*, p. 373, 380), peut durer plusieurs années. J'ai vu des Européens partis des colonies avec des abcès du foie ouverts et guéris, succomber longtemps après à de nouveaux abcès. »

Rouis (*op. cit.*) a vu, malgré l'existence certaine d'un abcès du foie, la santé être assez florissante pour qu'il se soit produit une notable augmentation de l'embompoint. C'est exactement ce qui existait chez notre malade qui, à l'autopsie, nous présenta une quantité de tissu cellulo-adipeux plus qu'ordinaire.

La plupart des auteurs notent comme assez fréquente la marche des abcès du foie avec ce que nous pourrions appeler l'augmentation par saccades, mais, néanmoins, ils admettent que, dans l'intervalle, les sujets présentaient un état plus ou moins maladif, le plus souvent, dit Frerichs (*Traité des maladies du foie*, 2e édit. française, Paris, 1866, p. 373, 380), une fièvre à forme hectique avec accès intermittents et épuisement progressif.

D'autres fois, l'existence d'un abcès du foie et son influence sur l'état général peut être masquée, pour ainsi dire, par une autre lésion grave dont est atteint en même temps le malade. Nous en citerons tout à l'heure deux cas.

Le bon état de la santé, en dehors des périodes d'accroissement, pouvait s'expliquer chez notre malade par l'intégité du parenchyme hépatique, jointe, nous l'avons dit, à la protection qu'exerçait le kyste sur le tissu de la glande contre l'irritation qu'eût dû déterminer le voisinage de l'abcès. La plus grande partie de l'organe pouvant remplir ses fonctions sécrétoires, on comprend l'intégrité persistante des fonctions digestives.

On peut même admettre qu'à la faveur de cette disposition anatomique, si des causes occasionnelles n'étaient pas venues donner à la lésion de notre malade, pour ainsi dire une série de coups de fouet, peut-être eût-il pu guérir par résorption ou régression de l'abcès ainsi que l'ont constaté Casimir Broussais, Morehead, Catteloup, Cambay (Frerichs, *op. cit.*, p. 389), Dutroulau (*op. cit.*, p. 610, 611).

Ces auteurs ont trouvé, en effet, chez des sujets qui avaient présenté tous les caractères d'une hépatite suppurative des cicatrices épaisses renfermant des masses caséeuses. Dans deux cas, Dutroulau trouva dans le tissu hépatique des plaques grises où blanchâtres, dures, résistantes, ressemblant aux cartilages intervertébraux.

Budd et Castro (*op cit.*, p. 16) ont vu des malades qui, après avoir présenté tous les signes rationnels des abcès du foie, guérirent sans issue extérieure du pus.

Dutroulau cite un cas encore plus caractéristique : Un abcès du foie vint proéminer dans les espaces intercostaux sous forme de tumeur fluctuante, mais bientôt les symptômes généraux s'apaisèrent, la tumeur s'affaissa et disparut, et le malade revint à une santé parfaite sans ouverture à l'extérieur ni dans aucun organe. Plusieurs mois après il ne présentait aucun symptôme d'abcès du foie.

Au point de vue symptomatique, outre la latence habituelle de la maladie, les exacerbations étaient remarquables surtout par la fréquence et l'intensité des vomissements et par le caractère des douleurs.

Les premiers étaient dus à un trouble réflexe de l'innervation de l'estomac résultant du tiraillement des nerfs hépatiques par suite de l'augmentation brusque de l'abcès. C'était par le même mécanisme que se produisaient les douleurs à siége plus ou moins éloigné de celui du mal. Cette action irritante par distension devait s'exercer bien plus sur les nerfs de l'enveloppe péritonéale de la glande que sur ceux des parties profondes. Il est, en effet, presque de règle, comme le remarque Frerichs (*op. cit.*, p. 380), que les abcès du foie ne deviennent douloureux que quand l'enveloppe séreuse est intéressée.

Au moment où une véritable inflammation s'est produite dans cette membrane, les douleurs ont réellement siégé dans la région hépatique, sous forme de souffrances spontanées et de sensibilité excessivement vive à la pression.

L'absence d'ictère était due au défaut de compression des canaux biliaires un peu volumineux. Il n'y avait pas non plus la teinte terreuse habituelle de la peau, mais seulement une pâleur anémique.

Enfin, nous devons remarquer le peu de saillie du foie au-dessous des fausses côtes qui rendait l'exploration de l'organe difficile et le diagnostic obscur et son développement globulaire par refoulement des côtes dû à la présence de l'abcès sphérique et tendant à donner cette forme à l'organe qui le contenait.

La durée de la maladie chez notre sujet a été exceptionnellement longue. Elle ne s'est, en effet, terminée qu'au bout de

deux ans et demi. Nous citerons, cependant, plus loin un cas où la maladie s'est prolongée beaucoup plus encore (jusqu'à cinq ans).

Castro affirme cependant n'avoir pas vu d'abcès du foie durer plus de six mois. Dans la statistique de Rouis, les cas les plus longs (abcès ouverts dans les plèvres, puis dans les bronches) ont eu une durée de cent quatre-vingt-cinq jours. Andral a vu un abcès du foie durer deux ans.

Nos deux cas dépassent de beaucoup ces limites.

La terminaison est enfin la particularité la plus intéressante que présenta notre malade.

Nous n'avons pu, en effet, trouver dans les auteurs plus de six cas d'ouverture dans le péricarde.

Parmi les quatre cent quatorze faits empruntés à Rouis, Haspel, Cambay, Morehead, Andral et Dutroulau, qui composent la statistique rapportée par Frerichs (*op. cit.*, p. 387), à propos du mode d'ouverture des abcès du foie, un seul cas de Rouis offrit cette terminaison.

Castro (*op. cit.*, p. 20), sur cent dix-sept cas empruntés à sa pratique ou à celle de ses confrères d'Alexandrie, a cependant trouvé deux faits semblables.

Les symptômes, chez un de ses malades, furent analogues à ceux que présenta notre sujet. Le soir, il se plaignit de douleur vive dans la région précordiale, et de gêne dans la respiration; le matin, il était mort.

Dans le cas souvent cité de Graves, l'abcès s'ouvrit simultanément dans l'estomac. Il se produisit immédiatement une douleur aiguë brûlante dans la région cardiaque, des palpitations violentes et en même temps un cliquetis métallique particulier qui se transforma en un tintement métallique éclatant. Le malade survécut quatre jours.

Les autres cas semblables sont dus à Allan (*Death from hepatic abcess bursting into the pericardium*, *The Lancet*, 1845, p. 645), et Bentley (*Abcess of the liver curting into the pericardium*, *London medical Gazette*, 1848, p. 1068). Leurs malades présentèrent des symptômes analogues à celui qui nous occupe.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

SUR L'ANALYSE ET LA THÉORIE DU POULS A L'ÉTAT NORMAL ET ANORMAL, par M. *Bouillaud*. — Il n'est question, dans cette première communication, que du pouls à l'état *normal*. Les auteurs définissent le *pouls* un *choc* perçu par le toucher, à chaque augmentation de la tension artérielle par les afflux successifs du sang que lance le cœur. M. Bouillaud trouve cette définition très-incomplète, et entre à cet égard dans des explications qu'il termine par les conclusions suivantes :

« 1. L'action ou le *travail* des artères se compose de deux mouvements, séparés l'un de l'autre par un même nombre de repos. Pendant le premier, les artères sont dilatées, distendues, ou en état de *diastole*. Pendant le second, elles sont contractées, rétrécies, ou en état de *systole*. Les artères constituent donc un instrument ou un organe d'hydraulique *vivante*, à quatre temps, et non à deux, comme on l'avait cru jusqu'ici.

» 2. Le premier *choc*, connu sous le nom de *pouls*, est produit par la systole ventriculaire du cœur. Le second choc, on pourrait dire le second pouls, résulte de la systole des artères. Celles-ci sont donc *passives* dans le premier et *actives* dans le second.

» 3. Ces deux chocs alternatifs des artères constituent un *dicrotisme normal*, dont le *dicrotisme* prétendu *anormal* n'est que le renforcement, soit *simple*, soit *double*, c'est-à-dire, soit qu'il porte seulement sur le second choc, ou *systolique*, soit qu'il porte à la fois sur celui-ci et sur le premier choc, ou *diastolique*.

» 4. Contrairement à la doctrine de Harvey et à celle de certains physiologistes modernes, les artères possèdent, comme le cœur, une *force* impulsive, sans le concours de laquelle le premier acte de la circulation du sang (transport de ce liquide dans toutes les parties du corps) ne saurait s'accomplir.

» 5. Les mouvements coordonnés des artères et du cœur sont régis par l'innervation ganglionnaire; mais le siége *précis* du centre nerveux qui *coordonne* ces mouvements, d'une régularité vraiment admirable, reste encore à découvrir. »

M. *Bouley* déclare que, pendant que M. Bouillaud parlait, il a cherché, par l'exploration de son propre pouls, à constater ces différents temps, et qu'il n'a pu les reconnaître. Il rappelle que Magendie a déjà formulé ce principe, que M. Bouillaud semble présenter comme nouveau : que *le mouvement intermittent du cœur serait transformé en mouvement continu*. Il est vrai que Magendie fait jouer ce rôle à l'élasticité, tandis que M. Bouillaud invoque peut-être la contractilité; mais, au point de vue de ce qui est en discussion actuellement, cette question est secondaire.

M. *Bouillaud* réplique que lui-même n'avait pas jusqu'ici reconnu les quatre temps du pouls; M. Bouley arrivera par l'habitude à les constater.

LES DÉJECTIONS CHOLÉRIQUES, AGENT DE TRANSMISSION DU CHOLÉRA. Note de M. *Ch. Pellarin*. — « Le rôle des déjections cholériques comme agent de transmission du choléra avait peut-être, dit l'auteur, été soupçonné chez nous dès l'épidémie de choléra de 1832; mais personne, que je sache, n'avait apporté à l'appui autant de faits précis que j'en ai rassemblé dans une série de communications adressées, soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine, pendant les quatre derniers mois de 1849, et à diverses reprises dans le cours de l'année 1850. » C'est à la démonstration de ce droit de priorité qu'est consacrée la note de M. Pellarin. Pour ne citer que deux de ses conclusions, insérées dans les COMPTES RENDUS de l'Académie des sciences, il disait (1849, 2e semestre, t. XXIX, p. 693 et 694) : « Le choléra ne voyage qu'avec et par les individus qui en ont pris le germe. En temps d'épidémie de choléra, la désinfection des fosses d'aisances et des matières rejetées par les cholériques, l'enfouissement immédiat de ces matières, si c'est dans les campagnes, où la plupart des habitations n'ont pas de fosses d'aisances couvertes, voilà l'essentielle mesure de préservation à mettre en pratique. »

Dans une note adressée à l'Académie des sciences et mentionnée dans la séance du 29 octobre 1849, il disait encore : « Je tiens à ce qu'il soit dès à présent constaté que j'ai le premier signalé les matières rendues par les cholériques comme étant l'agent le plus ordinaire de la transmission du mal. »

Cette revendication est faite surtout à l'occasion du mémoire lu par M. H. Blanc à la réunion de l'*Association française pour l'avancement des sciences*. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

CHOLÉRA. — M. *Erb*, M. *Clarke*, adressent des communications relatives au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse une nouvelle note concernant les perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Charles Coste*. — *b*. A l'occasion du choléra, des lettres de MM. *Netter*, *Hubert*, *Boens*, *Bobée-Galli*, *Remy Deviers* et *Brochin*.

M. *Hervieux* présente, au nom de M. *Blanc*, une sonde utérine à double courant.

La séance s'ouvre sous de tristes impressions. La mort vient d'enlever à l'Académie deux de ses plus illustres représentants, M. Coste et M. Nélaton, que l'on conduit à sa dernière demeure au moment où l'Académie entre en séance. Aussi la salle est-elle presque vide, le président ordinaire, M. Depaul, et les deux secrétaires, MM. Béclard et Roger, assistant à la cérémonie funèbre ; et c'est M. Delpech qui lit le procès-verbal et dépouille la correspondance, correspondance peu longue du reste et qui comprend uniquement des lettres sur le choléra.

CHOLÉRA. — M. *Remy Deviers*, rédacteur médical au MONITEUR UNIVERSEL, demande à l'Académie de publier, comme en 1832 et en 1849, des *instructions populaires* sur les moyens de prévenir le choléra et les premiers soins à donner aux cholériques.

M. *Bobée-Galli* pense que le seul et véritable traitement du choléra est l'emploi de l'oxygène et des acides végétaux, entre autres le nitrate de soude le plus « assainissant de tous ».

M. *Hubert Boens*, docteur en sciences, en médecine, en chirurgie, en accouchement, etc., envoie une petite brochure sur le choléra. L'auteur déclare « qu'on ne trouvera jamais un remède contre le choléra, jamais ! » Ce n'est pas un remède qu'il faut, c'est une méthode thérapeutique. Il déclare aussi que « la science, dans les siècles à venir pas plus que de nos jours, n'ira pas au delà en fait de thérapeutique des notions si simples et si naturelles qui sont consignées dans son opuscule ». La modestie est une bien belle chose !

M. *Netter* cite trois nouveaux cas de guérison par la méthode d'absorption d'énormes quantités de boissons aqueuses.

Enfin, M. *Brochin*, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX, adresse à l'Académie une longue lettre que nos lecteurs pourront lire tout entière dans le BULLETIN et qui confirme les idées de M. J. Guérin sur la diarrhée prémonitoire.

M. Brochin conclut en effet des observations qu'il a recueillies en 1849, 1853 et 1854, que, dans le plus grand nombre des cas, l'invasion des symptômes cholériques est précédée d'une diarrhée qu'il appelle de préférence avec les Anglais *prémonitoire*, pour ne rien préjuger relativement à sa valeur prodromique. Ce fait, ajoute-t-il, a une importance capitale au point de vue de la prophylaxie du choléra.

M. *Delpech* présente ensuite à l'Académie le tableau de l'épidémie du 16 au 22 septembre inclusivement. Voici ce tableau :

	HÔPITAUX CIVILS.		HÔP. MIL.	DOMICILE.	TOTAUX
	Entrées.	Décès.	Décès.	Décès.	par jour.
16 sept.	13 dont 7 intérieurs,	9	0	9	18
17	14 dont 5 intérieurs,	7	0	11	18
18	15 dont 7 intérieurs,	14	0	13	27
19	9 dont 2 intérieurs,	3	0	11	14
20	11 dont 2 intérieurs,	5	1	3	9
21	0	7	0	4	11
22	7 dont 5 intérieurs,	2	?	4	6
Total..	69	47	1	55	103

Comme on le voit, les résultats sont satisfaisants ; la mortalité totale a baissé de près d'un tiers, et l'intensité de l'épidémie paraît avoir notablement diminué en général. Je dis en général, parce que localement, dans certains hôpitaux, il semble y avoir recrudescence. Ainsi, à Beaujon, après trois ou quatre jours de calme, au moment où l'on se croyait débarrassé du mal, le service spécial des cholériques a reçu tout d'un coup en deux jours (23 et 24 septembre) 13 nouveaux cas de choléra, dont plus de la moitié s'est déclarée à l'hôpital.

M. Delpech, dans sa communication, constate que l'influence des sexes, à laquelle on avait accordé une certaine importance, n'existe pas en réalité ; il constate enfin que jusqu'ici les communes suburbaines ont été à peu près indemnes.

Après cette lecture rassurante, M. *Devergie*, président par intérim, annonce officiellement la mort de MM. Coste et Nélaton, et l'Académie décide qu'en signe de deuil la séance sera suspendue.

— La séance est levée à quatre heures moins un quart.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

MARCHE DU CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES. — DE L'INFLUENCE DE L'AIR ET DE L'EAU DANS LA PROPAGATION DU CHOLÉRA. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE : ÉTAT DU SANG, DE L'INTESTIN, DU SYSTÈME NERVEUX ; ABSENCE DE PARASITES SPÉCIFIQUES. — DE L'ISOLEMENT ET DES HÔPITAUX SPÉCIAUX POUR LE CHOLÉRA.

M. *E. Besnier* lit une seconde note sur les épidémies cholériques 1866-1873.

Il constate que l'épidémie poursuit actuellement son cours sans dépasser jusqu'ici les limites prévues. Son extension n'est pas considérable et le nombre des victimes est relativement restreint. On ne peut, pour le moment, que se borner à cette constatation, et l'on ne saurait sans légèreté préjuger de l'avenir. Caractériser cette épidémie de bénigne est impossible quand on voit déjà la mortalité qui en résulte.

LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX. — Signalé le 29 août à l'hôpital Saint-Louis, le 4 septembre à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, le 5 à la Pitié, Lariboisière, la Salpêtrière, le 6 à Beaujon, le 7 à Necker, et depuis le 13 à la Maison de santé, le 16 aux Enfants-Malades, le choléra n'a pas encore paru à Cochin, le Midi, Lourcine, Sainte-Eugénie, la Clinique, la Maternité, Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Évrard, les Enfants assistés, Bicêtre, les Incurables, les Ménages, La Rochefoucauld, Sainte-Périne, etc.

Jusqu'au 11 septembre, on n'avait compté que 81 cas de choléra, ayant donné 49 décès, 3 sorties et 29 cas encore en traitement.

Du 11 au 18, il s'est produit dans les hôpitaux 86 cas, sur lesquels 48 décès, 3 sorties et 64 encore en traitement. La marche de l'épidémie est donc restée uniforme pendant ce septénaire.

Au total, il y a eu dans les hôpitaux depuis le début de l'épidémie 167 cholériques, 97 décès, 6 sorties et 64 malades qui restent en traitement mais qui fourniront, hélas ! encore, un nombre considérable de décès.

Dans la journée d'hier, 18 septembre, jusqu'à minuit, il y a eu 8 cholériques admis du dehors, 7 cas intérieurs, 14 ont succombé.

Par un tableau général donnant l'état des malades cholériques admis, sortis et décédés dans chaque établissement hospitalier, du 4 au 18 septembre, tableau communiqué par M. Blondel, on juge de la marche suivie par l'épidémie dans chaque hôpital. On y voit en particulier que les cas dits intérieurs sont plus nombreux à l'Hôtel-Dieu (15), à la Charité (8), à Lariboisière (16), à Saint-Louis (10) que dans les autres hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. Besnier étudie avec soin les 18 cas de choléra observés dans ses salles. L'épidémie a *débuté* dans l'hôpital même par des cas *intérieurs*. La première atteinte a porté sur une femme entrée le 28 juillet, salle Saint Thomas, rez-de-chaussée à gauche, pour un eczéma localisé, peu grave. Le 29 août apparaissent les premiers symptômes ; le 5 septembre

cette malade, enlevée de l'hôpital par son mari, succombe chez elle. Ceci prouve qu'on ne doit pas considérer comme guéris tous les malades qui sortent de l'hôpital, et qu'il faut en tenir compte dans une statistique rigoureuse. Le deuxième cas fut constaté, le lendemain, 30 août, au n° 74 de la salle Sainte-Marthe, étage au-dessus de la salle Saint-Thomas, sur une femme entrée le 2 août. Ce cas fut mortel le jour même. Le 4 septembre, deux hommes, couchés aux n°s 6 et 81 de la salle Saint-Augustin, sont pris et meurent le lendemain. C'est le 4 septembre qu'on admet à Saint-Louis le premier cholérique du dehors; on le place au n° 22, salle Saint-Léon; celui-là meurt pendant la nuit suivante. Aucun cas nouveau ne s'est produit depuis dans les salles Saint-Thomas et Sainte-Marthe, malgré la terreur provoquée par ces attaques subites chez les autres malades.

Sur les 18 cas traités à Saint-Louis, 6 seulement sont venus du dehors, 12 se sont développés à l'intérieur. Ces derniers, bien que traités énergiquement dès le début, ont fourni 10 décès. Ceux du dehors ont donné déjà 3 décès et en donneront probablement un quatrième.

Hôpital de la Charité. — Le premier cas s'est produit le 4 septembre, salle Saint-Joseph, n° 19, service de M. Bernutz suppléé par M. Audhoui. La malade, traitée pour une pneumonie, avait eu la diarrhée pendant sa convalescence. Le lendemain, 5 septembre, elle était morte. Il n'y avait pas encore eu de cholérique amené du dehors. Sa voisine, couchée au n° 22, convalescente d'un rhumatisme, fut prise le 5 et mourut le 8. Elle avait eu un peu de diarrhée pendant sa convalescence. Enfin, au n° 21, une convalescente d'érysipèle est prise de diarrhée le 5 et des symptômes cholériques le 6; elle guérit.

Dans la salle d'accouchement de M. Bourdou, salle Saint-Basile, il y a eu aussi un petit foyer. Premier cas, nouvelle accouchée prise le 5, morte le 8; deuxième cas, femme couchée en face de la première, diarrhée cholériforme.

Hôtel-Dieu. — Du 6 au 19 septembre, 14 hommes malades, 7 morts, 2 guéris, 5 encore en traitement; la plupart à forme grave, plusieurs succombant pendant la période algide ou en réaction incomplète et parfois en moins de vingt-quatre heures. Sur les 14 cas, 3 se sont produits à l'intérieur sur des individus atteints de phthisie, de cancer gastrique et de scrofule.

LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. — *Hôpital Saint-Martin* (MM. Cabrol et Lagarde). Le premier malade provenait du 87e de ligne (caserne de La Villette). Admis le 6 septembre, il a succombé quatre-vingt-quinze heures après les premiers accidents. Le même jour, second malade venant de la même caserne. Le 7 septembre, un garde républicain (2e légion, caserne du Château-d'Eau). Le 8, pas d'entrant. Le 9, deux cas légers. Le 10, 2 cas, dont 1 mortel chez un sapeur-pompier caserné rue Blanche, lequel avait monté la garde la veille à l'Entrepôt des vins sans y avoir fait le moindre excès alcoolique. Chez cet homme, la diarrhée n'a précédé le choléra confirmé que de cinq heures. Le 11, 2 cas de moyenne gravité. Le 12, le 13, pas d'entrée. Le 14, 2 cas dont 1 grave. Le 15, 2 cas. Le 16, 1 cas. Le 17, 1 cas. Cinq de ces derniers cas étaient d'intensité moyenne.

Chez tous, il y a eu de la diarrhée prémonitoire devançant de cinq heures à quinze jours l'invasion des accidents cholériques.

Quatre de ces malades avaient monté la garde dans le voisinage des abattoirs de la Villette.

A l'hôpital Saint-Martin, on a pratiqué un isolement aussi parfait que possible. Les mesures de désinfection par le chlorure de chaux, l'acide phénique, des piles de Bunsen destinées à décomposer les matières nuisibles, ont été prises tout de suite. Les vases des cholériques ont été constamment lavés avec une solution de nitrate de zinc. Une salle spéciale a été affectée aux cholériques convalescents.

Hôpital militaire de Vincennes (M. le docteur Freschut). — Beaucoup de sujets atteints de diarrhée et de dysentérie. Un seul cholérique a été reçu, venant de la caserne de Reuilly. Il guérit.

Hôpital du Gros-Caillou (M. le docteur Champenols). — En août, 7 cas de cholérine (les 9, 15, 17, 24, 25 et 26 de ce mois), tous guéris dans une moyenne de neuf jours. — Le 5 septembre, premier cas de choléra chez un artilleur de l'École militaire. Mort. Ce malade, placé par erreur dans une salle ordinaire, n'y resta qu'une demi-heure. Son voisin, affecté de dysentérie et à l'hôpital depuis trois jours, est pris la nuit même de choléra grave et meurt le lendemain. Chez ces deux sujets, M. Champenois a remarqué à l'autopsie des épanchements sanguins en nappe à la surface postérieure des hémisphères cérébraux. — Du 5 au 10 rien de particulier.

Le 10, deux hommes, dans le service de M. le docteur Widal, sont pris de choléra; l'un, typhique au deuxième septénaire, meurt rapidement, l'autre, *infirmier*, diarrhéique depuis deux jours et surmené par la préparation d'un examen de baccalauréat, qui guérit rapidement.

Le 10, un chasseur du 12e est amené de la Porte-Maillot avec un choléra moyen. Il avait eu de la diarrhée depuis deux jours.

Le 11, un typhique et un dysentérique prennent l'aspect cholérique; le premier succombe.

Le 13, un homme du 120e de ligne, pris de diarrhée depuis deux jours, est amené des Invalides avec le choléra.

Le 14, un chasseur de l'École militaire, qui avait souffert de diarrhée pendant tout l'été, est amené avec le choléra. Malgré un traitement énergique employé *dès le début*, il meurt le 15. Son camarade de chambre, qui l'avait soigné avec dévouement toute la nuit précédente, est amené le 14 au soir en pleine attaque cholérique, qui avait commencé dès le matin. Après avoir été dans une situation très-grave, ce pauvre soldat était, le 17, en voie de guérison.

L'isolement a été pratiqué dès le début de l'épidémie, et outes les mesures de désinfection rigoureusement suivies.

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A ROUEN. — M. Leudet a adressé à M. Besnier une note sur l'état sanitaire de Rouen.

Cette ville avait généralement peu souffert des épidémies précédentes. En 1849 peu de cas, presque tous dans la classe pauvre. En 1866, comme cette année, M. Leudet n'a observé aucun choléra dans sa clientèle civile. La mortalité dans les diverses épidémies a été de 50 à 60 pour 100.

L'épidémie actuelle a été précédée de nombreuses diarrhées catarrhales et de la fièvre typhoïde, qui règne depuis quatre mois avec une certaine intensité. C'est dans les premiers jours d'août que se produisent les premiers cas, chez une femme qui n'avait pas quitté la ville et chez un mousse à bord d'un navire.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, il y a eu depuis le 9 août 90 cholériques environ. A l'Hospice général, on en a compté environ 110.

Les quartiers *principalement* atteints ont été à peu près les mêmes qu'en 1866 : ce sont les quartiers pauvres, mal aérés. Comme en 1866, il s'est produit des foyers limités dans lesquels plusieurs individus ont été frappés ensemble ou successivement. Presque tous les cas ont été précédés de diarrhée pendant quelques jours. Ils ont été remarquables par leur gravité.

Comme en 1866, les cholériques n'ont pas été isolés dans les hôpitaux de Rouen, et M. Leudet déclare que la mortalité n'en est pas augmentée.

— Le choléra a également visité Elbeuf, Pont-Audemer, Bolbec, etc.

— M. Colin, du Val-de-Grâce, lit une note sur l'*influence de l'air et de l'eau dans la propagation du choléra*.

Ce travail est un examen critique des diverses opinions émises autrefois ou affirmées plus récemment sur la manière dont le choléra envahit un pays, s'y propage et s'y implante.

M. Colin partage l'opinion de la pénétration du choléra par

voie d'importation, bien que dans une grande ville comme Paris il soit bien difficile d'expliquer ces foyers multiples qui plaident en faveur de la naissance sur place de la maladie. C'est dans des conditions, encore fort obscures, de réceptivité spéciale des masses et des individus et de localités que se forment ces foyers. Il n'y a pas pour le choléra, comme pour la fièvre jaune, la peste, de limites infranchissables : ni les altitudes, ni la nature du sol ne sont obstacles pour le choléra. Ceci explique les allures saccadées de cette maladie dans une grande ville où les conditions de vie sont si différentes et si variées. Dans une armée en campagne, où tous les individus sont soumis aux mêmes influences, le choléra accomplit son cycle régulier et en un temps court.

La dissémination des foyers vient à l'encontre de la théorie des eaux comme véhicule de la maladie, théorie émise en 1849 et reprise par M. Blanc tout récemment (*Congrès pour l'avancement des sciences*, Lyon, 1873). Cette théorie est inapplicable à l'épidémie actuelle. Cependant M. Colin admet l'influence morbifique d'une eau contaminée par des sécrétions morbides, mais il n'en admet pas la spécificité. Dans un travail sur l'ingestion des eaux marécageuses comme cause de dysentérie et de fièvre intermittente (*Annales d'hygiène*, 1872, t. XXXVIII, 2e série), M. Colin a déjà défendu cette opinion. Donc, il faut surveiller avec soin les eaux de consommation.

Quant à la diffusion atmosphérique, M. Colin la considère comme très-redoutable. Les épidémies se développent ou se modèrent suivant les états météorologiques. Souvent on a constaté l'influence aggravante ou tempérante des orages sur les épidémies de choléra. Les grandes pluies et les vents modèrent l'intensité épidémique, tandis que le calme de l'atmosphère et la sécheresse déterminent un redoublement. M. Cazalas a insisté sur ce dernier point. Bryden et Canningham ont également admis l'importance des phénomènes météorologiques. M. Colin croit que l'épidémie parisienne actuelle subit l'influence de conditions de ce genre, et il ne doute pas que l'état du temps (pluie incessante et grands vents) ne soit pour beaucoup dans la modération du fléau pendant les derniers jours.

Quant à l'action des nappes d'eau souterraines, qui a été acceptée par certains auteurs, M. Colin y croit peu.

La prophylaxie du choléra peut-elle bénéficier de ces considérations?

D'abord il paraît démontré que les ports de mer ont une réceptivité extraordinaire pour le choléra. C'est là qu'il faut chercher à étouffer la maladie dès le début. Dans les villes, il faut appliquer les mesures prohibitives locales, qui ont si bien réussi à Munich, Milan, Bâle, mais ces mesures, facilement applicables dans un corps d'armée, déjà difficiles pour une ville d'importance moyenne, sont impossibles dans une grande capitale. Cependant, dans une grande ville, il est un moyen possible d'arrêter l'épidémie : c'est la création d'hôpitaux spéciaux éloignés du centre de la population. Lorsque le choléra arriva sur des navires dans le port de Copenhague, on dirigea immédiatement les cholériques dans un hôpital isolé, situé hors la ville, et le choléra ne pénétra pas dans la ville. Le docteur Schleissner donna sur cette épidémie du port de Copenhague une relation des plus intéressantes et où il mit en lumière les immenses avantages que l'on retira de la création de cet hôpital isolé. On peut objecter qu'un hôpital spécial peut entraîner une aggravation dans l'état des cholériques que l'on y accumule. M. Colin nie ces dangers d'un hôpital spécial : il penserait d'une autre façon s'il s'agissait d'un hôpital de typhiques ou de dysentériques.

— M. *Beaumetz* demande qu'on porte à l'ordre du jour de la prochaine séance le traitement du choléra par les injections liquides dans les veines. Trois points sont à considérer : 1° à quel moment faut-il faire ces injections; 2° quel liquide doit-on employer; 3° quel est le meilleur mode opératoire. M. Beaumetz a déjà expérimenté ce traitement : il donnera bientôt les résultats qu'il a obtenus.

Anatomie pathologique, sang, intestin, système nerveux. — M. *Hayem* a étudié plusieurs points de l'anatomie pathologique du choléra. Le sang, examiné sur le vivant, présente un aspect différent pendant l'algidité et pendant la réaction. Pendant la période algide, les globules rouges sont visqueux, glutineux, ils s'étirent comme des gouttelettes de gutta percha ramollie; les globules blancs sont plus nombreux qu'à l'état normal. Pendant la réaction, les globules rouges ont leur aspect ordinaire, mais ils sont mélangés à une grande quantité de globulins; enfin les leucocytes sont nombreux. Dans aucun cas, M. Hayem n'a rencontré d'élément histologique anormal, de parasite quelconque (1).

Dans les selles riziformes, le microscope démontre la présence d'une innombrable quantité d'organismes inférieurs, les uns mobiles, les autres immobiles; il y a là une douzaine de variétés de vibrioniens : bactéries, vibrions, bactéridies, et de plus une autre espèce d'organisme caractérisé par des rangées de sporules ressemblant à des groupes de fibres musculaires striées, étranglées en leur milieu. Ces derniers n'ont été rencontrés que chez deux malades.

Il serait important de rechercher ces infusoires dans les selles ordinaires, et de prime abord M. Hayem n'est pas disposé à admettre que le choléra soit lié à l'existence d'organismes inférieurs particuliers.

Le tube digestif a été trouvé malade même dans les cas où le choléra avait eu une marche très-rapide. D'abord, M. Hayem a constaté que l'intestin dans toute sa longueur était distendu par des gaz et des liquides. L'idée d'une paralysie de l'intestin vient tout de suite à l'esprit, et l'on peut se demander si, dans certains cas où les selles sont peu abondantes, il n'y a pas simple excrétion par regorgement.

La surface interne de l'intestin est rouge, violacée; le réseau veineux est très-distendu. La muqueuse, recouverte de mucus, est parsemée de petits points blancs, abondants surtout vers la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin, et qui sont les follicules clos. Le microscope montre une stase veineuse dans le tissu sous-muqueux et même dans les villosités et une desquamation épithéliale abondante. L'épithélium qui reste est en dégénérescence granulo-graisseuse.

Ces lésions ressemblent à celles d'un catarrhe aigu et rapide de l'intestin, et elles n'offrent rien de spécifique. Cependant leur ensemble, leur grande étendue, rappellent les troubles déterminés dans l'intestin par l'énervation des nerfs du péritoine.

Quant aux lésions du système nerveux, M. Hayem n'a pas rencontré encore les suffusions sanguines des méninges signalées dans la note de M. Besnier.

Le système nerveux central et périphérique doit bien probablement être lésé, mais jusqu'ici ses altérations n'ont pas été découvertes. D'ailleurs, elles ne sont peut-être que secondaires. La lésion intestinale est énorme; elle peut à elle seule expliquer la gravité de la maladie, mais elles ne sont pas spécifiques, car un simple purgatif drastique est capable d'en déterminer de semblables. La grande gravité du choléra vient de la soustraction rapide et considérable des liquides de l'organisme.

M. Hayem indique le traitement qu'il a suivi dans les cas qui se sont présentés dans son service à Lariboisière. L'ipéca à dose vomitive lui a rendu de véritables services dans la période prémonitoire, au début du choléra, avant l'algidité.

Il a employé le sulfure de mercure (éthiops minéral) préconisé par Mureno en Italie, et dans les 4 cas où il en a fait usage il a vu la diarrhée se supprimer assez rapidement. Mureno donnait ce médicament à titre de parasiticide et le prescrivait à la dose de 1 gramme 1/2 toutes les heures, plus de 24 grammes par jour. M. Hayem ne l'a administré qu'à la dose de 1 gramme toutes les deux heures. Au bout de cinq ou

(1) Ces résultats sont conformes à ceux obtenus par les autres observateurs. (Voyez le *Traité des humeurs* de M. Ch. Robin, page 202. Paris, 1867).

six heures, la diarrhée cessait. La constipation qui suivait a duré jusqu'à trois jours dans l'un des cas.

M. *Raynaud* confirme les résultats microscopiques énoncés par M. Hayem. Comme lui, il a trouvé de nombreux vibrioniens dans les selles et en particulier des *Leptothrix*.

M. Raynaud se loue beaucoup de l'infusion de feuilles de cassis contre les vomissements.

M. *Hayem* fait remarquer que les infusoires que l'on trouve dans les selles sont identiques avec ceux qui se développent au bout de quatre et cinq jours dans les liquides organiques en putréfaction. Or, dans le choléra, ils paraissent se développer beaucoup plus vite, puisqu'on les rencontre dès les premiers jours, avant même que le choléra soit confirmé. Existaient-ils depuis un certain temps déjà dans l'intestin? Peut-être, et cela expliquerait la marche foudroyante de certains cas.

M. *Damaschino* dit que, pendant l'épidémie de 1865-66, il a fait de nombreuses recherches sur les lésions du système nerveux, sans jamais rien rencontrer.

Le plexus solaire examiné avec soin dans une dizaine de cas lui a toujours paru sain.

ISOLEMENT, HÔPITAUX SPÉCIAUX. — M. *Labbé* demande qu'on discute la question de l'hôpital spécial. Les faits rapportés par M. Colin et publiés par le docteur Schleissner démontrent jusqu'à l'évidence l'utilité des hôpitaux spéciaux et éloignés du centre de la ville.

M. *Moissenet* dit que M. Blondel est tout prêt à organiser des hôpitaux spéciaux si leur importance est démontrée et si l'épidémie doit prendre de l'intensité. Mais il faut aussi avouer que certains médecins craignent l'agglomération des cholériques et vont même jusqu'à demander leur dissémination dans les services hospitaliers ordinaires.

A cela, M. *Brouardel* répond avec raison que, dans la Société des hôpitaux, personne jusqu'ici ne s'est déclaré partisan de cette dissémination. Si ceux auxquels M. Moissenet fait allusion ont quelque confiance dans leurs arguments, pourquoi ne viennent-il pas les exposer ici?

D'autre part, M. *Proust* dit que c'est précisément au moment où le nombre des cas de choléra est encore peu considérable, qu'il est plus opportun d'établir un hôpital spécial, afin d'enrayer l'épidémie.

M. *Brouardel* rappelle, à l'appui de cette considération, qu'en 1865 le choléra ayant débuté le 1er septembre, n'avait fait à la fin de ce mois que 254 victimes, mais qu'en octobre il y en eut 3500. C'est donc tout de suite qu'il faut isoler les cholériques, circonscrire les foyers, et il ne faut pas se leurrer de l'espoir de la cessation de l'épidémie si l'on ne prend pas des mesures efficaces.

— La question de l'utilité de la création d'un hôpital spécial est mise à l'ordre du jour de la séance suivante.

A. LEGROUX.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le traitement des luxations par l'appareil de Jarvis, modifié par Robert et Collin, par W. STOKES.

Le professeur Stokes ayant été témoin des succès obtenus par Nélaton dans la réduction de luxations anciennes au moyen de l'appareil Jarvis, a été conduit à employer cet appareil tel qu'il a été modifié par Robert et Collin. Il a eu l'occasion de l'expérimenter dans une douzaine de cas, et les résultats de sa pratique sont des plus favorables. L'appareil, dit l'auteur de ces observations, permet une action mathématique en ce qu'elle fait connaître la force employée; celle-ci peut être variée, dirigée en divers sens.

Les observations du professeur Stokes sont au nombre de douze. Il y a deux insuccès qui concernent une luxation de la tête de l'humérus, en dedans, datant de cinq semaines, et une luxation de la tête de l'humérus, en avant, remontant à cinq mois.

Les autres cas peuvent être résumés dans les termes qui suivent: Luxation de la tête de l'humérus, en avant, datant de trois heures, luxation de la tête humérale, dans l'aisselle, datant de vingt-cinq heures; luxation des os de l'avant-bras, en arrière; luxation de la tête humérale, en avant, datant de vingt-quatre heures; luxation de l'humérus, en avant, remontant à trois jours; luxation, en dedans, de la tête humérale réduite vingt-quatre heures après l'accident, puis une luxation de l'humérus, en dedans, réduite treize heures après l'accident. L'appareil appliqué à d'autres luxations a également donné de beaux résultats, tels que la réduction d'une luxation de l'avant-bras, en arrière, datant de trois semaines; deux luxations sous-coracoïdiennes.

Ces résultats sont très-satisfaisants, et comme le dit M. Stokes, l'appareil est un des moyens les plus actifs et les plus précis à employer dans la réduction des luxations. Cependant nous ferons remarquer que dans la plupart de ces cas on aurait eu des chances de réussite par l'emploi d'autres procédés que celui qui nécessite un appareil coûteux, précieux dans la pratique hospitalière, mais dont l'emploi a échoué dans les deux cas où son indication eût été considérée comme plus directement nécessaire. (*The Dublin Journal of medical science*, août 1873.)

Abcès du rein contenant un calcul, opération, guérison, par le docteur Th. ANNANDALE.

Cette observation est intéressante non-seulement comme exemple d'un abcès contenant un calcul et guéri, mais aussi par le mode opératoire. Il s'agit d'un fermier de soixante-trois ans qui souffrait depuis douze mois de douleurs lombaires avec troubles gastriques et douleurs rénales. L'état général était fort mauvais; le malade réclamait avec instance une intervention chirurgicale. A un premier examen, on n'avait pu reconnaître aucune fluctuation, mais au mois de mai on ressentait à travers la paroi abdominale une sensation vague de fluctuation profonde placée au-dessus du rein droit. M. Annandale pensa qu'il y avait un abcès au niveau du rein droit, et comme l'état du malade semblait désespéré, il proposa une ponction exploratrice. Celle-ci fut exécutée de la manière suivante: Le chirurgien ayant anesthésié le malade, pratiqua du côté droit et dans la paroi abdominale, suivant une ligne oblique analogue à celle qui se pratique pour la ligature de l'artère iliaque primitive, mais moins étendue par en haut. Le péritoine fut mis à nu, et repoussé en dedans avec les viscères jusqu'à ce qu'on eût aperçu le bord externe du psoas. En cherchant à détacher le péritoine par en haut, on trouva qu'il adhérait au psoas. En grattant avec l'ongle on put le détacher et pénétrer dans une cavité située en dehors du péritoine; un flot de pus sortit; le doigt sentait dans la poche un corps dur, celui-ci fut enlevé avec des pinces, c'était un petit calcul ayant le volume d'un gros pois.

L'abcès une fois vidé, la cavité fut lavée avec une solution d'acide sulfureux, et les extrémités de la plaie réunies par des sutures.

Le malade supporta bien les suites de l'opération, mais le cinquième jour, des aliments passèrent par la plaie, il se fit une fistule intestinale dont le malade guérit en neuf jours. A la fin du mois, le malade était en parfaite santé et complétement guéri.

Comme le fait remarquer le docteur Annandale, il s'est agi ici d'un calcul rénal qui a produit l'ulcération, la suppuration, et est ainsi sorti du rein, l'abcès semblait tendre à s'ouvrir dans le côlon ascendant ou dans le cæcum; si le malade n'avait pas été opéré et qu'il eût résisté à la fièvre, aux douleurs et à la suppuration, l'abcès se serait vidé par le rectum. Cependant le docteur Annandale, considérant l'état de marasme dans lequel

était le malade, regrette de n'avoir pas pratiqué la ponction exploratrice plus tôt. Il a choisi la paroi antérieure parce que c'est seulement en ce point qu'on pouvait percevoir de la fluctuation. (*Edinburgh medic. Journal*, avril 1873.)

Mort à la suite de l'emploi de la pompe stomacale.

Nous avons signalé les bons effets obtenus par l'emploi des injections de liquides et de l'aspiration dans l'estomac au moyen de la sonde et de la pompe stomacale; cette fois nous devons faire connaître un fait en apparence défavorable, qui est rapporté par The Lancet dans les termes suivants, intéressants à divers égards.

Une enquête a été faite à Blackburn, le 21 courant, sur la mort de T. Titterton, âgé de cinquante ans. Il paraît que le décédé avait des habitudes d'intempérance, il prenait journellement une once de teinture de rhubarbe comme stimulant. A sept heures du matin, le 16 août, il prend chez le droguiste sa dose habituelle; mais le malade, après l'avoir bue, observe que la saveur diffère de celle à laquelle il est habitué. Le droguiste, s'apercevant qu'il a donné du laudanum au lieu de teinture de rhubarbe, lui administre du sulfate de zinc. Un médecin fait prendre trois pintes d'eau chaude, un autre praticien procède immédiatement à l'aspiration stomacale au moyen de la pompe et de la sonde œsophagienne; mais la première sonde ne put passer; une sonde plus fine ne put être introduite. On administra dix grains de sulfate de zinc et le malade vomit copieusement, mais il succomba trois jours après l'accident sans avoir présenté de symptômes d'empoisonnement narcotique. Il se plaignait de douleur dans la gorge et ne pouvait avaler les aliments.

L'autopsie démontra l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage, probablement de nature maligne, ce qui explique la difficulté du cathétérisme œsophagien. Mais au-dessus du rétrécissement, la paroi de l'œsophage, très-amincie, était le siége d'une déchirure produite sans doute par la sonde. Le malade, avant l'accident ne semblait pas avoir présenté de signes de rétrécissement de l'œsophage. Le jury exonéra les deux médecins de tout blâme, et considéra la mort comme le résultat d'un accident; mais il considéra le droguiste comme méritant un blâme sévère.

En nous associant au blâme que mérite l'erreur du droguiste, nous ferons remarquer que ce fait ne peut être invoqué contre l'emploi de la sonde stomacale lorsqu'il est raisonné et basé sur une étude sérieuse du malade. Personne ne songerait à employer la sonde stomacale dans un cas de rétrécissement de l'œsophage. Ce fait doit cependant inspirer quelque prudence lorsqu'on applique l'aspiration stomacale dans les cas d'empoisonnement. D'ailleurs, il faut reconnaître que l'existence inattendue d'un rétrécissement de l'œsophage chez un empoisonné est presque aussi rare que l'indication nécessaire de l'aspiration à l'aide de la sonde œsophagienne, car, à notre connaissance, on n'a pas sauvé beaucoup d'empoisonnés par l'aspiration du liquide ingéré dans l'estomac. (*The Lancet*, 30 août 1873.)

Travaux à consulter.

Sur la macroglossie, par le docteur Th. Gies. — L'auteur rapporte une observation de macroglossie congénitale, avec opération. Passant en revue toutes les hypothèses faites sur la cause et la nature de la macroglossie, il conclut pour ce fait à la nature éléphantiasique de la tumeur. Des dessins montrent la dilatation des cavités lymphatiques de la langue. (*Archiv für klinische Chirurgie*, 15 Bd. 3 Heft.)

Observations pour servir a l'étude de la circulation dans les extrémités inférieures, par le docteur Giacomini Carlo. — Ce travail d'anatomie descriptive, très-complet comme recherches bibliographiques, renferme une étude intéressante des anomalies nombreuses de la distribution des veines saphènes externe et interne. (*Giornale della accademia di Torino*, n° 4, 10 août 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des sections nerveuses, par E. Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Paris, J. B. Baillière et Fils.

Le meilleur hommage qu'on puisse rendre à un homme de bien, a dit Balzac, c'est de raconter sa vie. Cette phrase me semble parfaitement applicable aux œuvres de l'esprit, et j'estime que le meilleur éloge qu'on puisse faire d'un bon livre, c'est aussi de le raconter, pour ainsi dire, de l'analyser dans tous ses détails, d'en faire un résumé exact qui, sous une forme diminuée, représente son image aussi fidèlement que possible. Certes, l'ouvrage que vient de faire paraître M. Letiévant, le Traité des sections nerveuses, mériterait les honneurs d'une étude longue et complète; aussi je regrette beaucoup que les limites d'un article de journal m'obligent à le réduire à une sèche et courte analyse.

Le traité des sections nerveuses est divisé en trois parties : la première est consacrée à la physiologie pathologique; la seconde, partie clinique, aux indications de la section des nerfs; la troisième à la description des procédés opératoires qui conduisent le plus sûrement sur les troncs nerveux au point précis où il convient de les sectionner.

Les études de physiologie pathologique qui composent la première partie sont extrêmement intéressantes, et on le comprend aisément, puisqu'elles jettent une clarté souvent vive et presque toujours suffisante sur les phénomènes obscurs qui accompagnent les sections des nerfs. L'auteur entre tout de suite en matière par la constatation des faits; il cite des observations. Le premier problème à résoudre, et il ne peut l'être que par l'observation, est celui-ci : lorsqu'un nerf a été sectionné, que la circulation nerveuse a été interrompue par une solution de continuité dans le réseau qu'elle suit, que se passe-t-il dans les parties où les rameaux de ce nerf venaient se distribuer? Il est de la plus grande importance de constater rigoureusement les faits consécutifs à la section d'un nerf, car mal vus ou reconnus incomplétement, ils conduisent logiquement à l'affirmation du merveilleux, à l'intervention du surnaturel dans les phénomènes physiologiques ou au renversement de bien des connaissances qui semblent positivement acquises. On ne saurait trop féliciter M. Letiévant de la rigueur qu'il a apportée dans la recherche du fait positif, de la netteté des limites exactes dans lesquelles il s'est efforcé de se renfermer. On dit que la science est une langue bien faite; sans doute parce qu'il faut des mots justes pour représenter des faits précis; mais si la précision du fait vient à manquer à quoi pourra s'appliquer la justesse du mot? L'auteur a donc interrogé avec le plus grand soin la sensibilité et la motilité des parties innervées par le nerf sectionné, et il a fait la part très-nette de la vérité et de l'illusion; il a pu reconnaître ainsi que certains phénomènes très-extraordinaires n'avaient nullement besoin d'explication, pour la simple raison qu'ils n'existaient réellement pas, mais que d'autres faits surprenants aussi se manifestaient quelquefois avec une évidence indiscutable : je veux parler de la conservation ou du retour rapide de la sensibilité et de la motilité après la section de gros troncs nerveux. L'auteur, pour les expliquer, admet d'abord, avec bien d'autres, la circulation nerveuse collatérale, ou par les anastomoses, analogue à la circulation artérielle, et puis, et cette idée lui appartient en propre, ce qu'il appelle la suppléance. Quant à la régénération du nerf divisé, elle demande un certain temps pour s'accomplir. D'après la théorie de la suppléance, les impressions reçues par les parties paralysées se communiquent par une sorte d'ébranlement aux parties voisines restées saines, et c'est dans ces parties qu'est le siége réel de la perception, que l'habitude fait rapporter à des points tout à fait insensibles. Aussi certaines impressions seulement sont perçues, celles précisément qui peuvent être transmises par continuité d'un point à un autre, ainsi un chatouillement, un

frottement léger; tandis que d'autres impressions, bien plus violentes mais localisées, telles que des piqûres d'épingles, ne sont pas ressenties par les malades.

De même pour la motilité suppléée : ce sont les muscles sains qui, par une disposition nouvelle de leur jeu et de leur action, arrivent à produire quelques-uns des mouvements dont l'exécution habituelle est sous la dépendance des muscles paralysés.

Cette théorie de la suppléance est le résultat d'une observation très-attentive, et c'est ce qui fait sa force et sa valeur. Ce n'est pas une hypothèse imaginée pour rendre compte de certains phénomènes, et reconnue juste parce que l'évolution des faits concorde avec elle, à la façon de beaucoup d'hypothèses scientifiques; non, c'est, je le répète, la constatation positive des faits; ainsi M. Letiévant a vu la flexion de la main s'exécuter, dans une certaine mesure, malgré l'inertie des muscles fléchisseurs, et il a reconnu que c'était l'action des muscles voisins qui arrivait à déterminer cette flexion de la main; il est donc autorisé à dire que ces muscles sont devenus les suppléants des fléchisseurs. Voilà toute la théorie de la suppléance. On ne dira pas à propos d'elle : C'est ingénieusement trouvé; mais on pourra dire, avec raison : C'est bien vu et bien observé.

M. Letiévant étudie successivement les phénomènes de physiologie pathologique qui se manifestent après la section isolée ou simultanée des principaux nerfs du membre supérieur, du membre inférieur et de la face.

Dans la seconde partie de ce traité, l'auteur expose la question clinique : la névrotomie dans les cas pathologiques.

L'idée de recourir à la section des nerfs pour triompher de certaines affections rebelles et de maladies le plus souvent incurables, est sans doute fort ancienne, mais son application est bien rare dans la pratique; dans la plupart des cas, c'est seulement lorsqu'il s'est trouvé à bout de ressources que le médecin a songé à tenter un dernier effort, à réaliser un espoir suprême en s'opposant à la marche de l'influence nerveuse par la rupture d'un de ses conduits. Mais les succès obtenus ont été assez nombreux pour solliciter l'attention des chirurgiens, et les études entreprises permettent d'espérer que les sections nerveuses pourront être considérées comme un moyen thérapeutique indiqué dans des cas précis, et non plus comme un mode de traitement de la dernière extrémité.

Ainsi que l'auteur le fait justement remarquer, les maladies qui peuvent être traitées par ce mode opératoire ne sont pas nombreuses, mais sont assez fréquentes. Ce sont les névralgies, les douleurs symptomatiques, le tétanos, l'épilepsie, les contractures, les tumeurs et les blessures des nerfs.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude de la névrotomie dans toutes ces lésions ou maladies; après avoir tracé l'historique de chaque question, l'auteur fait l'exposition de son état actuel, nous présentant ainsi un résumé très-complet de ce qui a été dit et fait, de la science, en un mot, sur chacun de ces points en particulier. Puis, suivant toujours la méthode sûre et féconde de l'observation positive, il cite des faits, il les analyse et les discute. Un fait ne peut devenir un enseignement qu'autant qu'il est interprété, mais pour qu'une interprétation soit juste et ne conduise pas à l'erreur, il faut d'abord que le fait soit parfaitement établi; condition qu'oublient trop souvent de remplir les théoriciens contemplatifs ou les spéculatifs enthousiastes.

M. Letiévant a consacré les deux plus longs chapitres de la seconde partie de son traité à l'étude de la névrotomie dans les névralgies, et à celle de la névrotomie dans le tétanos. Ses conclusions, motivées par l'appréciation des succès obtenus et des insuccès constatés, par l'appréciation de toutes les circonstances de la maladie et de tous les détails du manuel opératoire sont favorables à la pratique de la névrotomie dans un bon nombre de cas. L'auteur, ainsi qu'on devait s'y attendre de la part d'un véritable praticien, d'un pathologiste, on les reconnaît toujours à des signes certains, ne donne pas le conseil banal de pratiquer la section des nerfs quand on ne saura plus à quel moyen recourir, mais il indique d'une façon positive les cas auxquels cette opération est applicable. Je sais bien qu'on viendra encore se heurter aux difficultés du diagnostic; mais n'est-ce pas déjà beaucoup que la pathologie soit arrivée à poser les indications d'un mode de traitement? Après cela c'est affaire à la clinique, par toutes les recherches possibles, d'arriver à découvrir les cas justiciables de ces indications.

Dans la troisième partie, l'auteur indique les procédés opératoires des sections nerveuses. Ce traité spécial de médecine opératoire était indispensable, car il est fort incomplet dans les ouvrages classiques, et puisque une opération est conseillée, il convient d'indiquer la manière de la faire le mieux et le plus sûrement possible.

Un premier chapitre renferme le résumé des principales opérations qui peuvent être pratiquées sur les troncs nerveux, la section, la suture, la greffe, etc. Le chapitre suivant présente l'exposé des procédés qui permettent de découvrir chaque nerf; bon nombre de ces procédés appartiennent à l'auteur, quelques autres étaient déjà connus, ils ont été discutés, et parmi ceux-ci les meilleurs et les plus sûrs ont été indiqués.

J'aurais voulu pouvoir, dans le court espace d'un compte rendu, donner une idée assez complète de cette œuvre pour en faire apprécier la valeur, mais ce n'était guère possible. Voici les qualités que je trouve à ce livre : La question traitée est intéressante et peu connue; elle prête à des applications d'une utilité réelle dans le traitement d'un grand nombre de maladies, et quelles maladies! L'auteur a bien observé et bien vu, sans parti pris, sans enthousiasme, sans entraînement, et il ne raisonne que sur des faits entourés des meilleurs motifs de vérité. Enfin, qu'on me permette de le dire, ce livre paraît écrit avec la confiance modeste du savant consciencieux qui cherche dans son travail la réalisation d'une œuvre utile, et non plus une occasion de bruyante réclame. M. Letiévant est un des dignes représentants de cette forte et laborieuse école de chirurgie lyonnaise, dont je n'ose pas faire l'éloge qu'elle mérite, car c'est dans son sein que j'ai trouvé mes premiers maîtres, et que j'y compte aujourd'hui de nombreux et excellents amis.

Dr SERVIER.

Journal de la Jeune Mère, ou l'Éducation de Bébé, revue illustrée du premier âge, paraissant le 1er de chaque mois. — Lyon, chez Josserand, place Bellecour. Prix : 6 francs par an.

De cette publication nous n'avons encore sous les yeux que le prospectus, orné d'une jolie vignette qui représente une *jeune mère* tenant debout sur ses genoux un *bébé* frisé, qu'une petite sœur considère avec curiosité. Le premier numéro n'est annoncé que pour le 1er novembre; mais il n'y a à craindre ici ni une annonce fallacieuse, ni que le journal reste au-dessous de ses promesses; car il aura pour rédacteur en chef un des médecins qui ont jeté les premiers cris contre ce cruel sacrifice de nourrissons, qui est si onéreux à la population de la France; un de ceux aussi qui ont le plus contribué à armer contre ce fléau les familles et l'administration; nous parlons du docteur Brochard, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou, inspecteur des crèches et des bureaux de bienfaisance de Lyon, auteur de deux ouvrages très-estimés sur *la mortalité des nourrissons en France* et sur *l'allaitement maternel*.

Notre méritant confrère veut faire plus pour l'enfance : il veut se dévouer à tous ses intérêts, et, après avoir contribué à la sauver de la mort, apprendre aux mères à l'élever et à le bien élever. « Je traiterai, dit-il, dans ce journal, de l'éducation physique et morale de l'enfant. Je m'occuperai donc de l'alimentation, des vêtements, du coucher, du sommeil, des promenades, etc., du nouveau-né. Je m'occuperai également

de la dentition, du sevrage, de la vaccine, toutes choses très-importantes, sur lesquelles un grand nombre de jeunes femmes ont souvent des croyances fausses ou erronées qu'il importe de rectifier ou de détruire. » Cette tâche, si noble et si utile que s'impose M. Brochard, d'autres confrères l'ont déjà entreprise, — il serait injuste de ne pas le rappeler, — tantôt par des livres, comme M. le professeur Fonssagrives, M. Sirey, etc., tantôt par l'association, comme M. A. Meyer et les autres fondateurs des sociétés protectrices; mais une publication du genre de celle que nous annonçons sera peut-être l'un des plus sûrs moyens de la mener à bonne fin.

Index bibliographique.

Le cuivre contre le choléra. — Sous ce titre, M. le docteur Burq nous adresse le manuscrit autographié d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences pour le concours du prix Bréant. Un passage pénible du préambule nous apprend que c'est de la Maison municipale de santé, où l'*Association des médecins de la Seine* lui a fait un asile, que notre malheureux confrère tente un suprême effort en faveur de ses idées sur « l'immunité cholérique » des ouvriers en cuivre, et adresse un appel quasi désespéré à tous les amis de la vérité et de la justice. Nous sommes assurément de ceux-là, et nous voudrions pouvoir soutenir de notre propre témoignage une sorte d'apostolat payé si cher; mais l'observation personnelle nous fait défaut. Seulement, il nous paraît impossible de ne pas être frappé des termes si explicites du rapport fait en 1869 au conseil d'hygiène par M. Vernois, chargé d'une enquête sur cette même question. Ce rapport est tout à l'avantage de M. Burq. Vérification faite à domicile *par les propres agents de la préfecture de police*, il s'est trouvé que, dès l'épidémie de 1856, tous les ouvriers en cuivre, au nombre d'au moins 30 000, n'ont fourni que 8 décès, la moyenne ayant été, pour l'ensemble de la population, de 3,7 pour 100. Il paraît avéré également que, près du berceau de l'épidémie, à Bagdad, pendant l'épidémie de 1871, sur 500 individus parqués dans un bazar exclusivement affecté à la chaudronnerie, un seul mourut, tandis que le reste de la population (80 000 âmes) compta entre 12 et 15 000 cholériques.

Malgré les statistiques qui ont été opposées aux précédentes et que M. Burq attaque énergiquement, il nous paraît que, tout au moins, il y aurait lieu à une enquête nouvelle, si (ce qu'à Dieu ne plaise) l'occasion s'en présentait.

Que si quelqu'un désirait connaître plus à fond les vues de l'auteur sur l'emploi des métaux en médecine, nous le renverrons à l'article *Métallothérapie* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer, par le docteur Armaingaud. — Broch. in-8. Delahaye.

C'est la reproduction d'un mémoire lu le 12 septembre 1872, lors de la réunion de l'*Association française* à Bordeaux. L'auteur y montre l'insuffisance de nos institutions d'hygiène et demande, avec M. Littré (dont il publie une lettre au commencement de la brochure), la création d'un *ministère de la santé publique*. (Voyez, pour plus de détails, *Gaz. hebdom.*, 1872, p. 616.)

VARIÉTÉS.

Crémation des morts. — Nous avons, dans notre dernier numéro, dit qu'une société s'était formée à Zurich dans le but de vulgariser la crémation des morts. On nous écrit à ce sujet : « Le grand cimetière de Zurich sera bientôt rempli, et les cadavres, au lieu de s'y décomposer, passent à l'état d'adipocire. Il faut donc le quitter et en chercher un autre. C'est à cette occasion qu'on a soulevé la question de la crémation, et M. W. Ercolani, en particulier, a écrit plusieurs petits articles dans les journaux à ce sujet. Ce n'était que pour lancer la question dans le public; depuis lors elle n'a pas fait de progrès, et l'on est bien loin d'avoir un projet définitif. La commission, à ce que je crois, fait seulement prendre des informations; je sais que les appareils de crémation du docteur Brunetti, professeur d'anatomie pathologique à Padoue, ont particulièrement attiré son attention à l'exposition de Vienne. »

La même question a été posée au congrès international de Florence et y a reçu unanimement un accueil favorable. Un intéressant article de M. Pietra-Santa, inséré dans l'Union médicale, fait connaître les expériences instituées à ce sujet par MM. les docteurs Polli et Gavini. Nous en extrayons ce qui suit :

« C'est au gazomètre de Milan que le docteur Polli a fait sa première expérience. Dans une cornue d'argile réfractaire de forme cylindrique, servant à la distillation du charbon de terre, il plaça le cadavre d'un chien barbet du poids de 10 kilogrammes (noyé pour contravention aux ordonnances de police municipale sur la muselière). L'appareil était chauffé par une couronne de flammes issues d'un tube circulaire perforé; afin de rendre la combustion plus active, le gaz d'éclairage était mêlé à une certaine quantité d'air pur. La crémation dura plusieurs heures, produisant une fumée assez épaisse, à odeur de viande rôtie (1); après la carbonisation, le savant chimiste put obtenir une incinération complète, c'est-à-dire la calcination de toutes les parties solides du cadavre représentées par le poids de 850 grammes.

» Ce premier essai prouve ainsi la possibilité de réduire en cendres le cadavre d'un animal avec les flammes du gaz d'éclairage. Le poids de la cendre représente environ le 1/12e du poids du corps. Voici les résultats d'une deuxième expérience entreprise ces jours derniers dans le même établissement :

» Le professeur Polli avait disposé la cornue de manière à pouvoir brûler la fumée à sa sortie même du récipient. Les conduits qui amenaient le gaz d'éclairage étaient disposés de manière à mieux favoriser son mélange avec l'air pur. Dans ces conditions, un gros chien du poids de 19 kilog. fut incinéré au bout de deux heures, laissant un résidu de 973 grammes de cendres.

» Le professeur P. Gorini, auteur d'un ouvrage très-important intitulé : *I vulcani sperimentali*, a procédé au mois de septembre, dans son laboratoire de Lodi, à des expériences les plus intéressantes, en présence d'une brillante réunion d'hommes du monde et de savants.

» Il fait liquéfier dans deux creusets, à une température très-élevée, une matière dont il a gardé jusqu'ici le secret. Lorsque, après quelques instants, le liquide a atteint le degré d'ébullition nécessaire pour désagréger les tissus, même les plus résistants, il place dans le creuset une partie du corps humain (pied, jambe, cuisse, main, tête).

» Dès que le membre a touché le liquide incandescent, il est enveloppé d'une flamme des plus vives; puis, au bout de vingt minutes, il se trouve complétement détruit; la partie volatile de ses principes organiques s'élève dans les nues sous forme de gaz, tandis que les principes fixes, calcinés et incinérés, restent au fond sous forme de cendres qui se déposent sur une toile métallique très-serré (2).

» L'œuvre de destruction s'accomplit rapidement et en silence, sans crépitation d'aucune sorte, sans odeur incommode.

» Les gaz se répandent dans les airs pour aller féconder de nouveaux êtres; les cendres sont rendues à la terre pour remplacer les bases métalliques qu'elle avait perdues.

» Quoique les deux procédés que je viens d'indiquer me paraissent répondre, d'une manière péremptoire, au programme de l'Institut lombard, je sais pertinemment que leurs auteurs espèrent y apporter de nouveaux perfectionnements. »

Choléra. — A Saint-Pétersbourg, la seconde semaine écoulée depuis l'apparition du choléra n'a changé que peu sensiblement le degré d'intensité de la maladie. L'épidémie se propage, il est vrai, mais le degré de mortalité n'augmente pas. Pendant la première semaine, la moyenne par jour avait été de 17 2/7, soit à la fin de la semaine 125 malades (87 du sexe masculin et 38 du sexe féminin).

Dans le courant de la seconde semaine, le chiffre moyen des cas est monté à 25 5/7, ce qui a abouti, au 27 août à midi, à 180 cas nouveaux (128 hommes et 52 femmes). Ainsi le chiffre des cas nouveaux n'a pas même doublé, ce qui est un symptôme très-favorable. Sur les 125 malades de la première semaine, il en est mort 44 (28 hommes et 16 femmes), ce qui donne 35 1/5 pour 100 de mortalité (42 pour 100 pour les hommes, 32 pour 100 pour les femmes). Les cas nouveaux de la seconde semaine sont de 180. En y ajoutant le reliquat de la première semaine, qui est de 78, nous aurons pour la seconde semaine 258 malades, dont 43 ont été guéris (32 hommes et 11 femmes) et 83 sont morts (61 hommes et 22 femmes). (*La Voix*, de Saint-Pétersbourg.)

Le choléra en Europe. — Dans l'empire d'Allemagne, le mal décroît légèrement, sauf à Berlin; dans cette ville il y a eu, du 21 au 28 août, 91 cas et 40 décès; du 28 août au 5 septembre, 151 cas et 89 décès. A Kœnigsberg, le 31 août on constate 37 cas et 22 décès; le 4 septembre, 27 cas et 14 décès; depuis ce jour, l'intensité du fléau diminue constamment. Il en est de même à Magdebourg : le 1er septembre, 56 cas, 45 décès; le 5 septembre, 38 cas, 20 décès. La mortalité a été peu élevée à Munich; depuis le 31 août, sur 669 malades, 287 seulement avaient succombé. A Wurtzbourg, du 18 juillet au 31 août, sur 114 cas

(1) Il sera facile de brûler cette fumée en plaçant à l'orifice supérieur du creuset une seconde couronne de flammes. (Docteur Polli.)

(2) Les récipients ou creusets sont d'argile; la fournaise, formée de simples briques superposées (sans aucun ciment), est chauffée par le coke.

il n'y a eu que 44 décès. Le choléra a disparu de Dresde et d'Heilbronn.

En Roumanie, l'état sanitaire s'est aggravé. Du 21 au 29 août, on a compté 789 cas nouveaux et 207 morts; du 29 août au 10 septembre, 1031 cas et 344 décès. A Saint-Pétersbourg, il y a eu 24 cas et 15 décès le 12 septembre; le 16, 32 cas et 17 décès; le nombre des cas nouveaux a augmenté, mais ils sont moins graves, et la mortalité relative a plutôt diminué. Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 16 septembre, il y a eu 585 cas et 261 décès.

En Italie, le choléra n'a fait des progrès qu'à Naples, à Gênes et à Udine; dans les autres villes, il a beaucoup diminué. Voici le bulletin sanitaire du 19 septembre : province de Venise, 9 cas, 6 morts; province de Trévise, 2 cas, pas de mort; province de Brescia, 2 cas, 1 mort; province de Padoue, 3 cas, 1 mort; province de Naples, 20 cas, 6 morts; province de Gênes, 19 cas, 15 morts; province d'Udine, 17 cas, 9 morts.

La ville de Lisbonne est-elle réellement contaminée? c'est ce qu'on ne peut encore affirmer. (*Journal des Débats*).

Hongrie. — Nous annoncions dans le n° 36 que la Hongrie comptait, vers le 1er septembre, 60 000 décès cholériques (sur 10 000 000 d'habitants). Nous n'avions donné ce chiffre que sous réserves. Or, le *National Zeitung* annonce que le 1er septembre les décès par choléra s'élevaient au nombre de 104 000. Il est vrai que nous ne faisions pas entrer dans notre compte les pays de la couronne de Saint-Étienne. Le journal ajoute que depuis lors la maladie a diminué d'intensité dans tout le pays, mais qu'une fièvre dangereuse semble prendre sa place, de sorte que les médecins qui avaient été envoyés dans les localités où sévissait le choléra ont reçu l'ordre de rester à leur poste.

— Rome, le 24 septembre: Les navires et les marchandises provenant des ports français, à destination de la Sicile, seront soumis à une quarantaine de cinq jours.

— Lisbonne, le 21 septembre : Un manifeste de l'autorité constate que Hull (Angleterre) est infecté par le choléra; il déclare aussi suspects les ports du nord de l'Angleterre, et met leurs provenances en quarantaine.

FIÈVRE JAUNE. — La mortalité par la fièvre jaune à Shreveport avait été jusqu'au 15 septembre de 60 pour 100. La maladie continuait à exercer ses ravages. Néanmoins, d'après une dépêche de l'Agence Reuter, en date du 18, une légère amélioration s'était produite.

ZIMMERMANN ET LE MOULIN DE SANS-SOUCI. — Il résulterait des recherches de la critique allemande, que c'est Zimmermann qui a imaginé et répandu la fable du moulin de *Sans-Souci*. Appelé de Hanovre à Berlin pour y soigner Frédéric le Grand, et revenu à Hanovre, il aurait publié, dans un but de spéculation, ses conversations avec le roi (lequel venait de mourir), et y avait ajouté nombre d'anecdotes de son invention. Notre célèbre confrère s'était borné à raconter la proposition d'achat du moulin et le refus du meunier, et c'est le poëte Hebel qui a arrangé l'histoire telle qu'on la connaît et que l'a racontée Andrieux.

— L'ouverture du concours pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux de Paris aura lieu dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, les 5 et 13 octobre prochains.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Lescordé, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'anatomie, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie précises). — La Société se réunira extraordinairement le 26 septembre 1873. — Ordre du jour : Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — Note sur la diarrhée dite prémonitoire, par M. Damaschino. — Communication sur les injections veineuses dans le traitement du choléra, par M. Dujardin-Beaumetz. — Discussion sur la proposition suivante : Y a-t-il utilité à ouvrir immédiatement un hôpital spécial pour les cholériques? — Note sur l'anatomie pathologique du choléra, par M. Renault, interne des hôpitaux.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS PROTECTRICES DE L'ENFANCE A PARIS. — Un congrès des sociétés protectrices de l'enfance s'ouvrira le 8 octobre, à Paris. dans la salle des séances de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, n° 49. Voici le programme arrêté par la Société protectrice de Paris :

Première question. — Examiner les diverses propositions relatives à la protection de l'enfance et arrêter, au nom de toutes les sociétés protectrices de France, un projet de loi à soumettre à l'Assemblée nationale.

Deuxième question. — Quel doit être le rôle des sociétés protectrices de l'enfance?

Troisième question. — Quels sont les moyens pratiques d'arriver le plus promptement possible à la propagation des sociétés protectrices en France?

Quatrième question. — Des moyens de généraliser l'institution des crèches Comparer les avantages et les inconvénients des crèches-asiles et des crèches à domicile. La première séance aura lieu le 8 octobre, à deux heures précises. — Des cartes d'entrée seront tenues à la disposition des membres de la Société protectrice de l'enfance, à partir du 1er octobre, au bureau, rue Magnan, 5, où l'on pourra les retirer.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. Année scolaire 1873-1874. — Les exercices de l'école commenceront le 3 novembre 1873. Rappelons à cette occasion les conditions particulières dans lesquelles se trouve placée l'École d'Alger.

La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger embrasse les trois départements de l'Algérie. Les réceptions d'*officiers de santé, pharmaciens, herboristes et sages-femmes* de 2e classe sont valables pour chacun des trois départements, sans que le changement de province entraîne l'obligation de subir de nouveaux examens...

Tout aspirant au doctorat devra produire, avant de prendre sa première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres, et avant la cinquième le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathématique.

L'aspirant au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, s'il est Français ou naturalisé Français, fournira un certificat d'examen de grammaire, conformément à l'article 2 du décret du 10 avril 1852, ou un certificat d'examen délivré par le jury institué à cet effet.

Les musulmans indigènes qui auront reçu l'enseignement supérieur dans les écoles arabes-françaises seront admis à l'École sur la production d'un certificat d'études visé par l'autorité administrative, et l'attestation donnée, après examen, par le directeur de l'établissement où ils ont étudié, qu'ils sont en état de suivre les cours.

Les étrangers chrétiens, israélites, musulmans, seront également admis à l'école préparatoire en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le recteur de l'Académie d'Alger, pour les étrangers chrétiens et israélites, et par le proviseur du lycée pour les étrangers musulmans.

COURS D'ANATOMIE. — M. le docteur Fort commencera son *cours public d'anatomie et de physiologie* le mercredi 15 octobre 1873, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Les *cours particuliers* de M. Fort recommenceront le lundi 20 octobre. Il y aura deux leçons par jour dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois n° 2 et dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections*.

Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser, tous les matins, 12, rue Caumartin, à partir du 10 octobre.

— Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de thérapeutique, de chimie et d'histoire naturelle médicales, le mercredi 1er octobre, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

État sanitaire de Paris :

Du 13 au 19 septembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 973 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 44. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 38. — Dysentérie, 8. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 65. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 125. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 339, dont 164 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 13.

SOMMAIRE. — **Paris.** A propos du choléra. — Mort et obsèques de Nélaton. — **Travaux originaux.** Chirurgie pratique : De la décortication du nez dans le cas d'éléphantiasis de cet organe. — Clinique médicale : Contribution à l'étude des abcès du foie. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — **Revue des journaux.** Sur le traitement des luxations par l'appareil de Jarvis, modifié par Robert et Collin. — Abcès du rein contenant un calcul. — Mort à la suite de l'emploi de la pompe stomacale. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Traité des sections nerveuses. — Journal de la Jeune Mère. — Index bibliographique. — **Variétés.**

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 2 octobre 1873.

A PROPOS DU CHOLÉRA (1).

Les hommes remarquables qui, à la fin du dernier siècle, portaient leurs études sur les maladies épidémiques, nous ont laissé de ces fléaux des descriptions dont quelques-unes demeurent comme de véritables modèles ; si l'on tient compte surtout des difficultés sans nombre dont ils étaient entourés, de l'insuffisance des procédés d'investigation mis à leur disposition par des sciences naturelles encore peu étendues, on se sent pris d'une véritable admiration pour ces cliniciens hors ligne, ces Torti, ces Sydenham, ces Pringle et tant d'autres dont nous ne pouvons assez relire les œuvres, peut-être trop négligées par la génération actuelle.

Tous s'accordent à décrire, comme du reste les écrivains des époques antérieures, des endémo-épidémies, de gravité variable, dans lesquelles les symptômes extérieurs se rapprochaient de ceux que nous offre actuellement le choléra. Mais d'un autre côté ces épidémies restaient toujours localisées dans les points où elles avaient pris naissance, et jamais on n'observait leur généralisation à toute une province, à toute une contrée; l'idée même de la transmission ne pouvait venir à l'esprit. Née sous l'influence de causes fortuites et locales, la maladie s'éteignait lorsque les causes, ou du moins quelques-unes d'entre elles, venaient à prendre fin. Telle fut, pour ne citer qu'un exemple, l'épidémie qui, de 1669 à 1670, ravagea la ville de Londres; Sydenham l'attribuait à la fois à la chaleur toute spéciale de l'été en 1669 et aux foyers d'insalubrité que présentait alors cette capitale, foyers parmi lesquels la Tamise, véritable égout à ciel ouvert, pouvait être rangée en première ligne.

(1) Voir, à la *Correspondance*, une communication sur le choléra.

En France, des endémies analogues, mais également locales, se manifestaient à différentes époques et sur différents points sans que leur apparition coïncidât avec une généralisation de la maladie en dehors de ses foyers primitifs.

Du reste, on conservait à ces manifestations le terme de choléra que leur avaient donné les médecins grecs, et Hippocrate le premier. Ainsi donc, on peut admettre que jusqu'aux premières années du XIXe siècle, le choléra bien connu des épidémiologistes de l'époque ne se manifestait que sous forme d'endémo-épidémies locales. On ne saurait prétendre que la généralisation du fléau existait, mais qu'on ne savait point la reconnaître; l'Europe savante du XVIIIe siècle possédait assez d'observateurs aussi érudits que sagaces pour qu'un tel fait n'eût pu passer inaperçu.

A partir de 1817, tout change. Dans cette même année, le choléra, jusque-là localisé dans certains points de la côte du Bengale et plus particulièrement aux embouchures du Gange et dans le delta que forme ce fleuve en mélangeant ses eaux à celle du Brahma-Poutra, se propage d'abord sur toute la côte, puis dans les diverses provinces de l'Inde, en rayonnant de son foyer primitif comme d'un centre. En 1818, la Péninsule tout entière avait été ravagée par le choléra, puis le fléau sortait des Indes en suivant la direction des courants humains. Il atteignait la Chine, les archipels de la Malaisie (1820), Maurice, qui étaient reliés à la côte indienne par le commerce maritime, et, d'autre part, gagnait en 1821 la Perse et l'Arabie, la première en rapport avec l'Inde par sa frontière terrestre, la seconde à la fois par sa frontière terrestre et par les navigateurs qui, partant de Bombay ou de la côte du Coromandel, se rendent dans le golfe Arabique et la mer Rouge.

Ces faits sont hors de doute et ne supportent point la discussion. Deux opinions peuvent néanmoins être émises à leur sujet: le choléra endémique dans l'Inde, d'après le dire des plus anciens voyageurs et dont on retrouve la description jusque dans les plus anciens ouvrages sacro-scientifiques du brahma-

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les n°s 17, 18, 34 et 38.) (1)

LE RAPATRIEMENT DES PÈLERINS. — LES EMBARQUEMENTS. — LES SERVICES QUARANTENAIRES DE LA MER ROUGE. — LES RÈGLEMENTS SANITAIRES

Le pèlerinage de la Mecque est obligatoire, au moins une fois dans la vie, pour tout bon musulman; mais il n'en est pas moins vrai que Mahomet et les imams, qui sont ses premiers successeurs, ont déclaré que l'obligation du pèlerinage existe seulement pour les gens en parfait état de santé, qui ont assez de bien pour payer leurs dettes, pour assurer la dot de leurs femmes et pour donner à leur famille la subsistance d'une année, pour laisser de quoi se remettre en métier ou en négoce au retour et pour emporter, après tout cela, cinq cents écus en deniers comptants destinés à couvrir les frais du voyage; que, si l'on n'a pas ces moyens, on n'est point astreint au pèlerinage et que, si on les a et qu'on n'ait pas la santé requise, il faut faire le pèlerinage par procuration, ce qui se pratique ou en envoyant un mercenaire à sa place ou en achetant le pèlerinage de quelqu'un qui l'a entrepris.

Mais, beaucoup d'autres musulmans prétendent que ce précepte oblige tous ceux qui peuvent *se soutenir avec un bâton* et qui ont seulement *une écuelle de bois vaillant* pendue à la ceinture; on enseigne même, parmi les *Chafay*, une des grandes sectes du mahométisme, que chacun est obligé de faire le pèlerinage, n'eût-il pas un para.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, sous ce rapport, le pèlerinage est, tous les ans, très-mélangé et qu'il laisse dans le Hedjaz une véritable population de pauvres.

(1) En présence des nombreuses publications ou discours dont le choléra est en ce moment le sujet, nous croyons devoir déclarer que les articles de M. Buez sont entre nos mains depuis le mois de mai et n'ont reçu que peu d'additions.

nisme, avait-il pris en 1817 une intensité et un essor, absolument nouveau, ou de semblables explosions n'auraient-elles point déjà été signalées? A cette dernière opinion se rattache M. Tholozan; il en donne pour preuve des arguments historiques d'une haute valeur, qu'il serait trop long de reproduire ici. (Voy. *Gaz. médicale*, 1868; *Du choléra dans l'Inde depuis le* XVIe *siècle jusqu'à la fin du* XVIIIe *siècle*.)

Il ne répugne en rien d'admettre cette façon de voir, tout au contraire elle paraît logique. Les causes productrices du choléra endémique ont dû exister dans l'Inde depuis des siècles, car jusqu'au XIXe siècle la physionomie extérieure de ces régions n'avait point changé sensiblement; si ces causes telluriques existent réellement, et il faut bien l'admettre, elles ont dû exister depuis que les bords du Gange ont été peuplés. Quant aux causes de la généralisation de l'épidémie *dans l'Inde*, causes fortuites, météorologiques peut-être, concordant sans doute avec des agglomérations ou des migrations humaines, on peut supposer également qu'elles s'étaient déjà rencontrées.

Étudié avec soin par la conférence de Constantinople, ce point secondaire de l'histoire du choléra n'a pas encore été définitivement tranché, mais s'il devait l'être, ce serait vraisemblablement dans le sens qu'indique M. Tholozan, qui s'appuie sur des faits en apparence dignes de foi.

Mais ici surgit une nouvelle difficulté. Pourquoi le choléra, jusque-là limité aux provinces asiatiques, suit-il, à partir de 1820, une marche plus envahissante qu'auparavant, marche qui, le conduisant en Perse, l'amena à pénétrer en Europe par le Caucase, à remonter le Volga jusqu'à Moscou, à passer en Pologne au moment même (1831) où l'insurrection de cette province avait amené des concentrations de troupes, à passer en Allemagne, puis en Angleterre, enfin en France. Pourquoi des bords de la mer Noire passait-il également en Turquie, en Égypte, en Grèce, etc.?

Il est difficile de répondre par des explications catégoriques à des questions aussi précises. Remarquons cependant que cette propagation — admettons-la pour le moment — se fit avec une certaine lenteur tant que la maladie sévissait en Asie, dans des centres peu habités, parmi des populations n'entretenant avec l'Europe que des rapports peu fréquents, au moyen de caravanes se mouvant avec une lenteur remarquable. Ne peut-on point supposer qu'en 1830 il se produisit sur la frontière russo-asiatique telle concordance de faits qui nous fourniraient une démonstration parfaitement plausible? Cette frontière n'était pas alors surveillée suffisamment pour que l'on ne puisse admettre la propagation comme chose possible. Remarquons enfin que, dès qu'il est entré en Europe, le choléra y suit une marche d'autant plus rapide qu'il avance dans des pays plus civilisés, unis par des relations plus fréquentes et plus rapides.

Du reste, ce n'est point en France seulement qu'on l'observe à partir de 1832; jusqu'en 1837 il ravage successivement toute l'Europe et passe même en Amérique; les premiers cas éclatent à Québec, à la suite de l'arrivée de navires partis d'Angleterre pendant l'épidémie et ayant présenté des cas de choléra pendant la traversée.

Cette première explosion en Europe d'un choléra à marche envahissante, à symptômes très-graves, à mortalité élevée, offre une importance que personne ne saurait méconnaître; les épidémies postérieures pourraient, *à la rigueur*, se rattacher à la première, tandis que l'épidémie de 1830-1837 ne peut se rapporter à aucune autre explosion antérieure. Dira-t-on, par exemple, que sous l'influence de causes météorologiques, telluriques ou autres, le choléra indigène, préexistant en Europe, dont personne ne conteste l'existence, a pris subitement une intensité anormale? Une telle argumentation serait possible si l'épidémie avait éclaté en un point quelconque de l'Europe, foyer d'où il se serait répandu. Mais comment expliquer alors les cas successifs observés sur cette longue route tortueuse qui passe par Astrakan, Moscou, Pétersbourg et l'Allemagne du Nord? Comment se rendre compte de ces retours offensifs, de ces allées et venues qui semblent se confondre si complétement avec les courants humains, sur les routes, sur les fleuves et particulièrement par la voie maritime?

Il ne peut pas exister, ou du moins il est bien difficile d'admettre une pareille succession de localisations successives si ces manifestations n'ont pas entre elles un lien commun, celui de la transmissibilité. Nous n'en sommes pas là encore, mais bien à l'origine indienne de l'épidémie de 1830-1837; celle-là admise, il n'y a plus de difficulté pour admettre la même origine dans les épidémies postérieures, et pour faire tomber absolument la théorie de la spontanéité primitive du choléra à forme envahissante. Nous disons *primitive*, car quelques épidémies postérieures peuvent, à la rigueur, se relier à la première. On pourrait du moins le discuter.

De 1837 à 1847, c'est-à-dire pendant une période de dix

Si l'on veut bien songer aux dépenses du pèlerin, et je parle du pèlerin sérieux et suffisamment fortuné, on verra que c'est une charge assez lourde.

Voici un tableau qui en donnera une idée approximative et qui montrera en même temps à quelle exploitation donne lieu le pèlerinage.

Les prix de passage sur les navires sont les suivants :

De Constantinople à Djeddah, 7 livres turques (161 francs); de Port-Saïd à Djeddah, 3; de Suez à Djeddah, 2.

De Singapoore à Djeddah, 5 livres anglaises (125 francs); de Bombay à Djeddah, 3; de Calcutta à Djeddah, 3; de Pennang à Djeddah, 4; de Bassorah à Djeddah, 6; de Bender-Abbas à Djeddah, 5; de Mascate à Djeddah, 3; de Batavia à Djeddah, 8.

De Massouah (côte africaine) à Djeddah, 12 thalaris Marie-Thérèse (62 francs); de Souakim (côte africaine) à Djeddah, 8; de Hodeidah (côte arabique) à Djeddah, 8.

D'Alger à Djeddah, 8 napoléons.

Ces prix constituent la moyenne des prix ordinaires; ils sont à peu près les mêmes pour le retour.

Le tarif des droits sanitaires comprend :

1° Le droit de reconnaissance, payable par tout navire qui arrive dans un port ottoman.

2° Les frais de quarantaine en cas de contumace.

3° *Additionnellement* un droit sur les pèlerins et voyageurs provenant de la Perse, *voie de terre*, et un droit sur les pèlerins et voyageurs se rendant dans le Hedjaz et l'Yémen, *voie de mer*.

A Suez, chaque pèlerin paye 10 piastres (2 fr. 50) ou *droit d'entrée*.

A Djeddah, il paye la même somme (au reste tout passager y est soumis) à la quarantaine, également comme droit d'entrée dans la ville, un autre à la douane et enfin les visas de passe-ports.

Les navires, qui se tiennent fort loin de la ville même de Djeddah, à cause de l'obstruction on peut dire presque com-

années, on n'observe sur aucun point de l'Europe de manifestations épidémiques du choléra; quelques cas de l'ancien choléra européen, celui que l'on connaissait avant 1832, s'observent chaque année, surtout dans les villes et pendant la période des chaleurs, mais il n'y a point épidémie, il n'y a point de généralisation. En 1842 et 1843, l'Inde ayant été de nouveau parcourue par le fléau asiatique comme elle l'avait été dans l'épidémie de 1817-1823, le choléra reprend sa marche vers l'occident, ou du moins ses manifestations éclatent successivement sur le parcours de la route; en 1848 le nord de l'Europe est envahi, et de 1848 à 1863 il est bien peu de points des deux continents qui ne reçoivent au moins une atteinte, sinon plusieurs successives, reliées entre elles par la persistance de quelques cas isolés.

En 1865, après une courte période de calme absolu, l'Europe est de nouveau mise en émoi, et cette fois l'épidémie semble se propager hors de son foyer primitif avec une rapidité tout anormale. Alors que dans les deux premiers exodes la progression s'était faite par la voie terrestre, dans celle de 1865 c'est la voie maritime qui semble être le mode exclusif de propagation. C'est qu'en effet depuis quelques années, la navigation à vapeur ayant pris une extension considérable, le littoral indien ne se trouvait plus qu'à quelques journées, quelques semaines au plus, du littoral européen. Une épidémie meurtrière envahit le Hedjaz à la suite de l'arrivée des pèlerins musulmans provenant de l'Inde et débarqués dans les ports de la mer Rouge; l'Égypte reçoit des cholériques amenés à Suez sur les navires à vapeur en provenance de ce foyer secondaire, devient elle-même un foyer d'où l'épidémie rayonne, soit vers la France par Marseille, soit vers la Turquie et les différents points du littoral méditerranéen.

Ces faits, bien connus, n'ont pas besoin d'être rappelés.

Huit années nous séparent exactement de cette nouvelle apparition du choléra asiatique, années pendant lesquelles il ne s'est jamais éteint complétement; en 1868 les derniers vestiges semblaient en avoir disparu en Europe, mais ses foyers persistaient encore en Russie, où le choléra éclate avec vigueur en 1869 et 1870; en 1871 et 1872, il se localise dans l'est et dans le midi de l'Europe, pour présenter une nouvelle marche envahissante vers les contrées plus occidentales, phénomène auquel nous assistons actuellement.

En présence de ces trois grandes manifestations épidémiques, concordant toutes les trois avec une propagation du fléau sur les routes qui relient ou reliaient l'Europe à l'Inde, peut-on se demander encore si ces concordances ne sont qu'un pur hasard? Est-il possible de nier les rapports qui unissent les épidémies indiennes aux épidémies européennes, et de sacrifier ainsi l'évidence des faits à un point de vue doctrinal, à une théorie de cabinet, comme le disait fort bien M. Fauvel dans son argumentation devant l'Académie.

En résumé, on peut admettre, avec l'immense majorité des observateurs modernes, la réalité des propositions suivantes :

1° Il a de tout temps existé en Europe une affection dite choléra, caractérisée par l'ensemble de symptômes dits actuellement cholériques, mais affection essentiellement endémique, locale, ne présentant aucune tendance à la propagation.

2° Depuis 1832, le choléra a pris une forme toute nouvelle, cliniquement, ses manifestations ont une intensité beaucoup plus grave, il a une tendance marquée à la généralisation et affecte la forme d'épidémie.

3° Trois grandes épidémies, dont la dernière n'est pas terminée, marquent le cours de son évolution depuis 1832; dans toutes les trois une succession de foyers secondaires relient les foyers européens à un foyer primitif, qui semble exister à l'état permanent sur la côte du Bengale, mais qui, en raison de circonstances encore indécises, présente de temps à autre une intensité plus considérable.

4° Les trois grandes manifestations épidémiques en Europe et en Amérique concordent avec des périodes d'avivement du foyer indien.

G. Morache.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique médicale.

Notes cliniques recueillies dans les hôpitaux de Lyon : Contribution a l'étude des abcès du foie, par le docteur Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

(Suite. — Voyez le numéro 39.)

Si nous examinons maintenant l'étiologie de la maladie, les causes de ses exacerbations et leur pathogénie, nous remarquerons d'abord l'influence qu'a exercée l'impression du froid.

Cette action sur la peau baignée de sueur a évidemment joué un rôle important, au moins occasionnel au début.

---

plète du port par les bancs de coraux, ne se chargent nullement de débarquer les pèlerins; ceux-ci sont donc obligés de louer des sambouks pour pouvoir aborder la *terre sainte*.

Ils ne sont pas descendus sur le port qu'ils deviennent la proie d'une foule d'exploiteurs, au premier rang desquels il faut mettre les *scheks* (corporation puissante soumise au grand chérif de la Mecque), qui s'emploient à diriger les hadjis dans toutes leurs pérégrinations, et ce, moyennant bonne rançon.

C'est à Djeddah que les pèlerins font leurs derniers préparatifs. Il faut un ou plusieurs chameaux pour se rendre à la Mecque et chacun de ces animaux ne coûte pas moins de 2 thalaris (10 fr. 80) de location.

Mais c'est surtout à la Mecque qu'on a multiplié, sous différentes formes, sous différents noms, les impôts sur les infortunés hadjis. Il n'est pas besoin de dire que, dans chacune de ces répartitions, les intérêts du grand chérif sont ménagés avec le plus grand soin, de sorte qu'on peut estimer le revenu annuel de ce grand personnage, qui a rang d'*Émir* (prince), à plus d'un million par an, en y comprenant le traitement que lui fait la Sublime Porte, à savoir 30 000 francs par mois.

Les dépenses s'augmentent d'autant pour ceux des pèlerins, et c'est le plus grand nombre, qui se rendent ensuite à Médine.

Lorsque, toutes les cérémonies terminées, ils redescendent à Djeddah, on peut dire que leur pécule est singulièrement diminué, et cependant ils ne sont pas encore rapatriés.

Généralement, ils restent quelques jours à Djeddah, et pour se reposer, et pour attendre que le chargement des navires soit complet; c'est à ce moment qu'ils épuisent leurs dernières ressources et s'endettent; c'est alors aussi qu'ont lieu au bazar les transactions commerciales les plus variées, car, en dehors des marchandises qu'ils ont apportées, les pèlerins finissent souvent par vendre leurs propres effets, leurs armes, bijoux, etc., et dépensent jusqu'à leur dernière obole.

Ce bazar offre, comme je l'ai déjà dit, à cette époque de l'année, une physionomie incomparable : c'est l'habitant du *Nedj*,

C'est elle, jointe à l'humidité qui a déterminé également les dernières rechutes.

Cette étiologie est indiquée par Castro (*op. cit.*, p. 8), pour presque tous les cas qu'il a observés, par Dutroulau (*op. cit.*, p. 635), et dans un travail récent de Fox (*The medical Archives*, décembre 1869).

De même que les poumons, pendant les saisons ou sous les climats froids, sont congestionnés par hypérémie réflexe à la suite de l'impression du froid sur la peau, les organes abdominaux sont hypérémiés par la même cause et le même mécanisme dans les pays chauds, ou même chez nous pendant l'été.

On pourrait, même à ce point de vue, diviser les constitutions médicales et climatériques en thoraciques et abdominales.

D'après Frerichs (*op. cit.*, p. 208) et Haspel, la température élevée dans tous les cas n'agirait que comme adjuvant, et le facteur principal dans la production des abcès du foie serait le miasme paludéen.

Cette assertion est contredite par Castro, qui n'a pas constaté que l'influence paludéenne fût évidente à Alexandrie. Il est d'ailleurs d'observation vulgaire dans les pays les plus sains, qu'une température élevée prédispose à la congestion du foie. D'autre part, des faits non contestables prouvent l'intervention parfois prépondérante du miasme paludéen. On peut citer comme exemple très-probant l'immunité de l'île Maurice pour les affections hépatiques jusqu'au moment où des remuements de terrain amenèrent à la fois et les fièvres intermittentes et les abcès du foie (1).

En résumé, les deux causes paraissent avoir une action égale et peuvent agir simultanément ou isolément.

Notre malade, par sa profession, était exposé à se livrer à des excès alcooliques, et quoique l'alcool seul ne produise habituellement que des lésions non suppuratives dans le foie, des inflammations scléreuses, il peut agir comme cause adjuvante, ainsi que le prouve la fréquence plus grande des abcès du foie chez les Européens qui, dans les pays chauds, ne renoncent pas à leurs habitudes d'intempérance.

Nous aurons à discuter plus loin si l'alcool seul peut parfois déterminer l'hépatite suppurée.

Nous devons maintenant examiner en quelques mots l'influence pathogénique qu'on pourrait attribuer à l'entérite sur l'hépatite suppurée.

On sait combien cette complication est fréquente, puisque sur 77 cas avec autopsie empruntés à Annesley, Haspel et Budd, il existait 44 fois des ulcérations intestinales, et que dans la statistique de Rouis, 118 malades eurent en même temps des symptômes d'entérite.

(1) Fait cité par J. Simon, art. Foie (hépatite), *Dict. de méd. et de chir pratiq.*, t. XV, p. 100.

Il faut ajouter cependant que cette fréquence n'est pas la même dans tous les pays : Cambay n'aurait observé cette complication qu'une fois sur vingt à Oran, et la grande statistique de Dutroulau (*op. cit.*, p. 634), comprenant tous les cas observés par lui au Sénégal et à la Martinique pendant six années, au nombre de 6 à 7000, n'indique qu'un huitième des cas d'abcès du foie avec dysentérie dans les années d'épidémie, et un neuvième dans les années ordinaires.

Frerichs (*op. cit.*, p. 367) et Dutroulau (*op. cit.*, p. 635) ont surtout combattu la théorie qui rattacherait comme conséquence l'abcès du foie à la lésion intestinale, et voudrait avec Ribes que ce fût par l'intermédiaire des veines que l'inflammation se communiquât de la muqueuse intestinale au foie, ou avec Budd, que ce vaisseau apportât au foie des liquides putrides, cause d'hépatite suppurative. Ces auteurs observent que la phlébite n'a jamais été matériellement démontrée.

Dutroulau et Cambay affirment même n'avoir rencontré de pus dans les veines intestinales dans aucune de leurs autopsies.

Frerichs fait remarquer, en outre, que l'hépatite se développe souvent en même temps que la dysentérie ou la précède, que beaucoup de maladies avec ulcérations intestinales ne s'accompagnent pas d'abcès du foie, que les abcès dans le cas d'infection du foie par des produits putrides devraient être multiples, tandis qu'on n'en rencontre le plus souvent qu'un seul.

Dutroulau et Cambay observent enfin qu'il y a des pays où la dysentérie se complique rarement d'hépatite (à Cayenne et à Oran par exemple).

Si la statistique de Rouis est favorable à l'idée du caractère habituellement primitif de l'entérite (80 cas), elle confirme la possibilité de sa postériorité (18 cas).

Nous avons vu, enfin, la proportion relativement faible des cas de dysentérie compliqués d'abcès observés, en six ans, par Dutroulau au Sénégal et à la Martinique.

Malgré ces motifs très-valables, Feltz (*Traité des embolies capillaires*, Paris et Strasbourg, 1870, p. 231 à 250, 258, 270), a repris et complété la théorie de l'infection embolique du foie et a apporté des arguments sérieux en sa faveur, qui ne permettent pas encore de la rejeter sans de nouvelles recherches.

Cet auteur a vu d'une façon évidente dans ses expériences, des oblitérations artificielles des capillaires du foie amener des infarctus et des collections puriformes. Il cite une observation de fièvre typhoïde où des foyers puriformes du foie, et de nombreux infarctus de cet organe, avaient eu évidemment pour origine une thrombose de la veine porte, résultant elle-même de coagulations dans les veines mésaraïques au voisinage des ulcérations intestinales, fait en opposition avec l'assertion de Frerichs qui affirme que des abcès du foie n'ont pas été vus dans la dothiénentérie.

---

cette patrie des grandes âmes, dit le poëte arabe, c'est le *Nedjéen* qui représente le plus beau type de la race arabe ; c'est l'*Acyrite*, le sauvage toujours armé, toujours en guerre avec les tribus voisines ; c'est l'Arabe de l'*Hasa*, du *Katif*, provinces toujours en révolte contre le *Nedj* et la farouche intolérance des prédicateurs *Wahabites*, ces terribles réformateurs qui ont pris et pillé deux fois la Mecque et qui possèdent les plus belles parties de la Péninsule ; c'est le *Kasimite*, au caractère franc, à l'allure décidée ; le *Shomerite*, l'habitant d'*Oman* et de *Mascate* ; c'est le type gracieux de l'indigène de *Souakim*, qui frise ses noirs cheveux en boucles soyeuses, et dont la taille athlétique, le regard vif, tranchent singulièrement sur les autres ; ce sont les *Turcs*, les *Persans*, les *Mogrebins*, les *Indiens*, les *Javanais*, les plus pacifiques des pèlerins, les *Bédouins* et enfin les *Algériens*, qui font toujours bande à part, qui savent se faire redouter des Arabes et ne deviennent pas, tant ils sont méfiants et avares, faciles à exploiter.

Si, lors du départ des pèlerins de Djeddah pour la Mecque, je ne pouvais rassasier ma vue du spectacle de ces longues caravanes qui tous les soirs partaient en bon ordre de la porte de la Mecque ; de même, au retour je ne pouvais me lasser de parcourir chaque matin, avant la grande chaleur, ces rues si animées du bazar et d'y contempler des scènes toujours nouvelles.

Burckhardt a énuméré avec soin, dans son intéressant ouvrage, toutes les boutiques du bazar de Djeddah ; elles offrent ce caractère particulier d'être groupées par profession, en sorte que chaque quartier a sa spécialité.

Une race des plus curieuses est celle des porte-faix, qui viennent presque tous d'Égypte ou de la côte africaine, ou encore de l'Hadramouth : ce sont des montagnards admirablement musclés et qui portent des fardeaux énormes. Ces gens sont assujettis à un labeur très-rude, car, il n'y a aucun autre moyen de transport, pas la moindre voiture, pas la moindre charrette.

Un commerce très-actif à Djeddah est, comme je l'ai déjà

Frerichs lui-même reconnaît que la pyléphlébite suppurée des radicules intestinales de la veine porte amène des abcès hépatiques. Divers cas authentiques prouvent que des suppurations intestinales ont pu être la cause d'abcès du foie.

Dance a vu trois malades chez lesquels ce phénomène se produisit; une fois après la cautérisation d'un cancer du rectum; une autre après l'incision d'une fistule à l'anus, enfin, après l'opération d'une hernie étranglée et la suppuration d'une portion d'épiploon.

Cruveilhier décrit un cas de ce genre où la cause fut le taxis prolongé après une chute du rectum.

Jackson, de Calcutta, vit trois fois le même accident après l'extirpation de tumeurs hémorrhoïdales.

Feltz explique la rareté de ces accidents par la difficulté de la réalisation des conditions voulues pour la fragmentation des caillots et leur entraînement en dehors des lacis des capillaires veineux, où ils peuvent facilement s'arrêter dans des vaisseaux collatéraux au lieu d'être lancés dans le courant qui se dirige vers le foie.

Feltz ne parle dans sa théorie que de la production mécanique des thromboses hépatiques qui précéderaient les abcès, mais il faut, suivant la remarque de Jaccoud (*Traité de pathologie interne*, t. II, p. 405), qui ne fait en cela que reproduire en en précisant le mécanisme, l'explication de Budd, compléter la théorie embolique en faisant observer que ces emboles sont, dans la dysentérie, de nature spécifique ou infectieuse, car ils sont imprégnés des liquides de nature toxique ou putride qui naissent dans les ulcérations intestinales. Ce même auteur admet aussi que les abcès du foie ne naissent pas tous par le même mécanisme et que quand ils précèdent ou sont contemporains de la dysentérie, les deux maladies sont produites à la fois par la même cause agissant sur le foie et l'intestin.

Nous citerons tout à l'heure une observation qui prouve la possibilité de cette simultanéité d'action.

En résumé, quoique la question de la relation pathogénique entre la dysentérie et l'hépatite suppurée ne soit pas encore tranchée, il n'est pas prouvé qu'elle n'existe pas pour un certain nombre de cas. C'est une question qui doit être encore étudiée, surtout par le moyen de recherches anatomo-pathologiques minutieuses portant sur les radicules intestinales et les ramuscules hépatiques de la veine porte.

Nous ferons immédiatement suivre les réflexions que nous a suggérées notre première observation, de celle dont nous venons de parler, comme ayant surtout de l'intérêt au point de vue des relations des maladies hépatiques et intestinales. Quoique n'ayant pas trait directement au sujet qui nous occupe, elle ne sera pas déplacée après la discussion à laquelle nous venons de nous livrer.

Obs. II. — Le 6 juin 1864, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la clinique médicale, une jeune femme de vingt ans environ, qui nous donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

Elle était d'une santé parfaite. Enceinte de deux mois, elle fit, le 3 juin, une longue marche et se fatigua beaucoup. Le lendemain, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine abondante et de tous les signes d'un avortement. L'expulsion de l'embryon ne tarda pas à se produire avec les phénomènes habituels. Sur ces entrefaites, sa mère, qui n'habitait pas Lyon, informée de la maladie de sa fille, quoique celle-ci tînt beaucoup à la cacher, arriva à l'improviste : elle en ressentit une émotion excessivement vive, et par suite un malaise général. Le lendemain, elle fut prise d'un ictère intense et simultanément d'une dysentérie avec selles très-peu abondantes, glaireuses et sanguinolentes, excessivement fréquentes. Elle éprouvait un ténesme très-pénible.

Elle entra à l'hôpital avec les symptômes que nous venons d'énoncer. Les sclérotiques et toute la face étaient fortement colorées en jaune, les urines ictériques; les selles, toujours très-fréquentes, présentaient les mêmes caractères que la veille. L'inappétence était complète, la langue jaunâtre. La métrorrhagie produite par l'avortement était presque arrêtée. Un purgatif salin fit justice de l'entérite; et l'ictère diminua rapidement en même temps que l'appétit revint, que toutes les fonctions redevinrent normales et la malade sortit bientôt guérie.

Nous avons rapporté sommairement ce cas pour démontrer qu'une même cause peut agir simultanément sur le foie et le gros intestin, produisant les troubles d'innervation et peut-être de circulation encore mal définis qui amènent l'ictère par émotion morale et une inflammation intense sur le gros intestin. Quoiqu'il ne s'agît peut-être pas ici d'une fluxion inflammatoire sur le foie, l'action commune sur les deux organes n'en fut pas moins évidente.

Nous tenons, à un autre point de vue, à rapprocher également de notre première observation le fait suivant, emprunté aux Comptes rendus de la Société médicale de Lyon (t. IV, p. 235) et observé à l'hôpital militaire des Collinettes par le docteur Perret.

Obs. III. *Résumé.* — Un malade de quarante et un ans, vigoureux, non amaigri, revenant du Mexique, entre à l'hôpital, le 9 janvier 1865, avec des signes de bronchite légère.

Le 20, le malade accuse une dyspnée intense et une douleur vive dans la région précordiale. Il est pâle, anxieux. L'examen permet de constater tous les signes d'une péricardite avec épanchement considérable (matité étendue, voussure, bruits du cœur éloignés, sourds). Le malade, malgré le traitement par les vésicatoires et les diurétiques, n'est nullement soulagé et meurt peu après par une syncope.

Autopsie. — Sérosité purulente brune, très-abondante dans le péricarde. Le cœur est adhérent par sa pointe et sa face antérieure. Il est réduit de volume, sans lésions du reste. On constate dans le lobe gauche du foie un très-vaste abcès, méconnu pendant la vie. Sa membrane d'enveloppe est immédiatement en contact avec le centre phrénique; elle est tapissée d'exsudats membraniformes, mais, malgré une recherche attentive, on ne peut découvrir la moindre ouverture faisant communiquer la poche de l'abcès avec le péricarde.

Ce fait très-intéressant prouve, comme d'autres faits analo-

---

dit, celui des esclaves, et l'on peut regarder cette ville comme le grand entrepôt de l'esclavage de la mer Rouge, surtout pendant le pèlerinage.

Il y a d'autant plus d'esclaves dans ces parages qu'il y a un manque presque absolu de domestiques libres dans le Hedjaz; aucun homme ne consent à faire le service, sur le *territoire sacré*, de domestique, à moins qu'il n'y soit contraint par la crainte de mourir de faim et, s'il en est réduit à cette extrémité il préfère se faire colporteur ou mendiant.

La mendicité est d'autant plus étendue dans le Hedjaz qu'on la favorise en donnant largement aux malheureux; les pèlerins surtout sont bien aises d'exercer leur charité au moment où, en débarquant à Djeddah, ils mettent pour la première fois le pied sur la terre sainte.

C'est pour eux une charge nouvelle qu'il faut ajouter aux autres; elle grève encore leur entretien personnel.

Les départs varient avec les différentes catégories de pèlerins; les uns, et généralement ce sont les plus aisés, ont hâte de s'en aller, une fois les cérémonies terminées; d'autres se rendent à Médine, ce qui leur prend bien un bon mois de plus; les Indiens s'en vont assez tard et les Javanais sont les plus traînards de tous; beaucoup d'entre eux s'installent même à la Mecque et, comme je l'ai dit aussi, y attendent le pèlerinage de l'an prochain; enfin, les moins fortunés et les pauvres ne partent guère qu'au mois de juin par les voiliers, à l'époque de la mousson favorable.

Le moment du rembarquement des pèlerins à Djeddah est incontestablement le plus critique; c'est alors qu'il faut constater avec le plus grand soin leur état sanitaire, en même temps qu'il faut veiller à leur installation à bord des navires.

Des mesures ont été prises, des règlements institués à cet égard par la conférence internationale de Constantinople et de leur rigoureuse application dépend, on peut le dire, le salut final.

On a pris pour type le règlement dit *Native passenger act*, que es Anglais appliquent au transport des *coolies* dans l'Inde ; on

gues, quoique moins caractéristiques, cités par Dutroulau (1), qu'un abcès du foie voisin du péricarde peut déterminer l'inflammation de cette membrane sans que le pus y fasse irruption. Il démontre aussi, comme les traces de pleurésie trouvées dans notre premier cas, comme plusieurs autres faits que nous relaterons plus loin, que malgré son intégrité apparente, le diaphragme n'oppose pas à l'inflammation une barrière infranchissable. Enfin, il est digne d'attention à cause de la latence complète de l'abcès, de l'apparence robuste qu'avait conservé le malade, quoiqu'il en fût porteur depuis plusieurs mois au moins.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Cet auteur a plusieurs fois trouvé de la sérosité dans le péricarde, au voisinage d'un abcès du foie.

CORRESPONDANCE.

Du bubon coxalgipare.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Une très-singulière observation vient d'être publiée au sujet de l'histoire pathologique du bubon... Rassurez-vous, ce n'est pas de bubon d'emblée chancrelleux qu'il s'agit. Le fait dont je veux parler est bien plus curieux encore, et sans doute ceux qui naguère me traitaient d'hérésiarque vont me dire : Voyez, vous êtes dépassé ! Ce n'est pas seulement le fait en lui-même qui me paraît surprenant. C'est surtout l'interprétation qui lui a été donnée. Elle serait même de nature, ce me semble, à vous faire penser que la pathologie allemande n'est pas tout à fait la même que la nôtre, et que les bubons allemands ont, comme le peuple allemand, une ténacité tout allemande. Et pourtant l'observation dont je vous parle est tout à fait incontestable... Elle est signée Herr. Langenbeck, elle a été publiquement exposée dans la seconde conférence du congrès des chirurgiens allemands. La voici du reste en deux mots. Un jeune homme de vingt-deux ans, ayant paru toujours d'une excellente santé, contracte, en avril 1870, une blennorrhagie. Survient un bubon dans l'aine, qui suppure ; on l'ouvre, et quatorze jours après le malade est guéri. Il part et reprend ses travaux. Mais en octobre 1871, c'est-à-dire dix-huit mois après, il éprouve dans l'aine un peu de douleur. Il se forme un abcès que l'on ouvre, et finalement l'articulation coxo-fémorale s'enflamme. En janvier 1872, le patient entre à l'hôpital, et en avril 1872 Langenbeck lui resèque la tête du fémur. Il a fini par guérir.

En présentant son malade, M. Langenbeck a raconté à ses collègues que deux fois déjà il avait vu l'articulation de la hanche suppurer à la suite de bubons. Et pour expliquer ce terrible accident, il n'hésite pas à dire que l'inflammation a dû se propager dans les parties profondes par la voie des lymphatiques.

Voilà donc qu'il nous faut inscrire la coxalgie suppurée sur la longue liste des complications possibles du bubon ! Mais avant d'admettre la théorie bizarre de M. Langenbeck, je voudrais qu'il me fût démontré :

1° Que la blennorrhagie peut amener un bubon suppuré chez un individu bien portant.

2° Qu'une lésion aussi bénigne (guérie en quatorze jours) peut, dix-huit mois après sa guérison, donner naissance à des accidents aussi graves qu'une arthrite suppurée.

3° Que les lymphatiques de l'articulation de la hanche, contrairement à l'assertion de tous les anatomistes, ne charrient pas la lymphe de la profondeur vers la superficie, mais bien en sens inverse.

S'il n'est pas donné réponse à ces trois questions, ne suis-je pas autorisé à dire que les maladies des Allemands diffèrent totalement des nôtres, ce qui doit tenir sans doute à ces différences de race que nous ont si bien fait connaître les récents travaux de M. de Quatrefages ?

Veuillez agréer, etc.

Daniel Mollière.

Le choléra à Varsovie, en juillet, août et septembre 1873.

M. le docteur Lubelski veut bien nous adresser les rapports par lui adressés à M. le consul général de France à Varsovie, sur l'épidémie de choléra qui sévit dans cette ville et dans ses alentours. Bien que le premier de ces rapports remonte à plus d'un mois, nous pensons qu'on le lira, aussi bien que le second, avec intérêt.

I

Monsieur le consul général,

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-après quelques données sur la marche et le développement du choléra, tel qu'il existe en ce moment dans le royaume de Pologne, qui forme la circonscription du consulat général de France à Varsovie. J'ai déjà, et à deux reprises différentes, entretenu l'Académie de médecine de Paris des signes précurseurs de l'épidémie actuelle, et mes notes ont été soumises à cette illustre compagnie par MM. Barth et le baron Larrey. Je me borne donc, pour le moment, à quelques observations générales, ainsi qu'à quelques tableaux statistiques d'origine officielle, me réservant de vous présenter un rapport général avec tracés graphiques aussitôt que l'épidémie aura cessé de sévir.

Données atmosphériques. — Le mois de juillet a été serein, chaud et sec. La moyenne était de + 20°,20 C., ou + 16°,16 R., ce qui présente une élévation de 1 degré au-dessus de la température normale. Moyenne de la hauteur barométrique mensuelle, 750 mill. Température maximum,

---

accorde un passager par tonneau de registre aux navires qui ne dépassent pas la mer Rouge, et seulement deux pour trois tonnes aux navires qui franchissent les autres mers (mer des Indes, Méditerranée, etc.).

Le règlement promulgué en 1858 par le gouvernement de l'Inde concernant les *navires destinés au service des passagers indigènes qui partent des possessions anglaises*, ou *Native passenger ship*, a été le premier acte important dans ce sens, bien qu'il n'ait pas eu en vue le choléra.

« Les conditions de l'agglomération à bord d'un navire, dit M. le docteur Fauvel dans son savant ouvrage (*Du choléra, étiologie et prophylaxie*, etc. Paris, 1868), sont sans contredit des plus favorables au développement rapide et à la violence d'une épidémie cholérique. Un espace étroit, mal aéré, l'impossibilité d'isoler suffisamment les malades, l'infection qui en résulte, font qu'un navire encombré d'hommes constitue le milieu le plus apte à favoriser une épidémie. Il va sans dire que, plus l'encombrement est grand, plus les conditions sanitaires du bord sont mauvaises, plus aussi les probabilités d'une épidémie violente sont à craindre. »

Cette question du tonnage des bâtiments est elle-même très-complexe, car le tonnage est de plusieurs sortes : il y a le *gross tonnage* des Anglais ou tonnage brut, qui comprend tout l'*espace navigable* du navire ; on comprend facilement que cette mesure ne peut être applicable au service des passagers ; il faut assurément tenir compte des emplacements divers du bâtiment qui sont déjà occupés, tels que celui de la machine, des cabines, etc. Alors, dans ce cas, on a adopté ce qu'on est convenu d'appeler la mesure de *capacité utilisable*, c'est-à-dire l'espace réellement libre, délimité, comme le font les Anglais, par mètres carrés, en fixant la quantité nécessaire à chaque passager et laissant dehors de toute mensuration les espaces occupés par les différents agrès du navire.

Néanmoins, je persiste à penser que ces mesures sont défectueuses, en tant qu'on les appliquera au service des pèlerins ; j'aimerais mieux voir une commission spéciale visiter les

29 degrés R. (le 30/7 à l'ombre); température minimum, 8°,96 R. (le 1/7, à huit heures du matin). Peu de pluie; quantité d'eau, 483 mill. Peu de tonnerre (tableaux publiés par l'observatoire universitaire de Varsovie dans la *Bibl. Warsz.*, août 1873).

Observations générales. — L'épidémie actuelle suit un trajet en quelque sorte inverse à celui des épidémies de 1830, 1852, etc.; au lieu de se diriger de l'orient à l'occident, elle éclate presque simultanément dans la Galicie autrichienne, à Lyck-Elk, près de Graïewo, sur la frontière polono-prussienne, poursuit son funèbre parcours le long de la Vistule, se ramifie particulièrement sur la rive gauche de ce fleuve, choisissant de préférence les endroits marécageux, les rues basses, le voisinage des marais stagnants, en un mot toutes les localités qui en Italie provoquent la *mal'aria* et chez nous les fièvres intermittentes et recurrentes. Il faut cependant constater que jusqu'à présent le delta de la Vistule (Dantzig, Noufahrwasser, Weichsolmundo, est moins éprouvé que les provinces austro-russes situées sur le parcours de la Vistule. Toutes ces données militent en faveur des vues du docteur Tholozan sur l'origine européenne des épidémies actuelles, vues développées dernièrement par lui devant l'Académie de Paris, ainsi que dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE du 18 juillet; elles confirment cette opinion que *l'épidémie passe à l'état d'endémie.*

La ville de Varsovie, les gouvernements de Varsovie, Piotrkow et de Kielce, sont jusqu'à présent les plus maltraités, ainsi que cela résulte des tableaux dressés d'après sources officielles. La mortalité varie entre 20 et 60 pour 100, présentant des fluctuations journalières et atteignant son maximum après les sabbats israélites et le lendemain des dimanches et fêtes. Tous les chiffres d'ailleurs n'ont qu'une valeur approximative, quoique fournis par l'autorité, le contrôle n'étant guère possible dans un moment où médecins, police, clergé, propriétaires d'immeubles, fournissent chacun leur contingent de rapports; sous l'empire de la panique, on attribue au choléra des décès survenus pour d'autres causes, et par contre on dissimule les vrais cholériques, afin de pouvoir les transporter dans les églises et les enterrer avec toute la pompe voulue, ce qui est défendu pour les cholériques, que, par mesure sanitaire, on enterre séparément.

RÉSUMÉ NUMÉRIQUE (*Journal officiel de Varsovie*, 13/8 1873.)

Ville de Varsovie. — Du 30 mai au 13 août. Population civile, 1365 malades, 504 décès. Garnison (russe), 314 malades, dont 84 sont morts.

Gouvernement de Varsovie (dans 58 localités). — 469 décès sur 1020 malades.

Gouvernement de Piotrkow (dans six localités). — Sur 138 malades, déclarés du 30 juillet au 7 août 1873, on a compté 62 décès.

Gouvernement de Kielce (16 localités). — 125 décès sur 260 malades, déclarés au chef-lieu du 30 juillet au 7 août 1873.

Pour les autres gouvernements (Plock, Radom, Kalisz, Lamza, Lublin, Siedlec), la maladie jusqu'à présent s'est bornée à quelques cas isolés. Dans le gouvernement de Suwatki, *quoique enclavé entre de nombreux foyers cholériques, le choléra ne s'est pas montré* (lettre du docteur Kuhlewein, inspecteur sanitaire, au docteur Guillaume Lubelski, 12 août 1873). — En *Lithuanie* des cas isolés se sont montrés à Pinsk, Brzesc-Litewski, Kobryn et Grodno, ainsi que dans quelques villes russes (Moscou, Pétersbourg, Cherson).

Sans nous arrêter aux questions de l'origine « miasmatique ou contagieuse » du choléra, nous pouvons garantir, d'après notre expérience, l'influence des conditions suivantes : 1° le refroidissement subit du tube intestinal par des bains froids, des boissons glacées, ou une atteinte portée aux voies digestives par des aliments indigestes, crus, pourris, ainsi que cela a été constaté sur les débardeurs et canotiers de *la Vistule*, qui ont été les premières victimes de la maladie (30 mai 1873); 2° la malpropreté, dans les petites villes, surtout chez les israélites, chez les paysans; 3° l'agglomération d'un grand nombre de personnes dans des endroits étroits, malsains et nauséabonds. Cette condition ne vient qu'en troisième ligne, et encore donne-t-elle d'autant plus à réfléchir que :

a. Au dépôt de la préfecture de police, prison provisoire, sale, mal aérée, où des centaines de vagabonds des deux sexes grouillent jour et nuit, à côté des baquets infects qu'on y place la nuit, personne n'a eu le choléra. (Communication officielle du grand-maître de police, général Wlasow, et de M. Smiechowski, médecin du dépôt, au conseil de salubrité de la ville de Varsovie, insérée dans les *Bull. de la Soc. méd. de Varsovie*, confirmée par tous les membres du comité cholérique de cette ville.)

b. Pas un seul vidangeur n'a ressenti la plus légère attaque de choléra ou de diarrhée prémonitoire, qui partout a précédé l'épidémie, et pourtant Varsovie ne possède que des latrines fort mal arrangées, des appareils à pompe foulante ou des fosses mobiles au-dessous de toute critique, la canalisation, les égouts et toute la voierie y étant à l'état embryonnaire, ou plutôt n'y sont qu'une chimère.

c. A l'Enfant-Jésus, service des aliénés, et à la Société de bienfaisance varsovienne, où l'air est vicié et confiné par l'agglomération des pensionnaires, tous les cholériques sont en voie de guérison (docteurs Bothe, Zlobikowski et moi), tandis que dans d'autres établissements plus favorisés sous le rapport de l'hygiène, le chiffre des malades et des morts est fort considérable.

Ces observations, dont nous pouvons tous garantir l'authenticité et qui, à plusieurs reprises, ont été portées à la connaissance du public médical et de l'autorité compétente, sont de nature à faire infirmer la théorie de MM. Pettenkofer et Proust sur la propagation du choléra par les émanations des selles des cholériques, des fosses d'aisances en général, et peuvent attirer l'attention des savants sur l'emploi de l'hydrogène sulfuré comme anticholérique.

De même, aux mines et hautes forges de Panski (gouvernement de Kielce), aucun ouvrier travaillant dans une atmosphère imprégnée de soufre n'a été atteint de choléra.

La désinfection au moyen de l'acide carbolique paraît être moins efficace que l'emploi du sulfate de fer. Nous nous bornons à citer comme preuve concluante le cas de M. Wlnnicki, médecin, dans lequel une varioleuse soumise à des lotions d'acide carbolique a contracté le choléra dans le cours de la variole.

23 août 1873.

II

Les journaux officiels d'hier (27 août 1873) publiant une nouvelle statistique du choléra, j'ai pensé que, tout en n'accordant qu'*une valeur restreinte* à ces chiffres, il était de mon devoir d'appeler l'attention de l'autorité consulaire sur les renseignements qu'on peut en tirer. Tout d'abord nous voyons que le choléra a accru le nombre de ses étapes; les journaux annoncent son apparition presque simultanée en Scanie (Suède), à Venise (Italie), à Cherson (Russie méridionale); plus près de Varsovie, les villes de Brzésc-Litewski, Kobryn (gouvernement de Grodno), les gouvernements de Siedlce, Kalisz, Lomza, Plock et Radom, sont envahis, tandis que le gouvernement de Swalki jouit toujours de la même immunité relative. Le fléau ne marche pas comme en 1830 (Radius, Boudin, Führy, Muchs); il éclate par petits foyers, d'où ses ravages se répandent de tous

---

navires avant leur chargement, et fixer, après une inspection minutieuse, la quantité de hadjis à prendre. En effet, autant de navires, autant d'aménagements différents; tel navire dont la patente indique un fort tonnage sera encombré avec un chiffre de passagers inférieur à celui qu'il lui est permis de prendre, tandis qu'un autre, de tonnage moins fort, ne le sera pas avec un nombre supérieur; tout dépend, en un mot, de la construction du bâtiment, de sa disposition intérieure et de son installation.

Il importe d'autant mieux d'éviter l'encombrement à bord des navires à pèlerins que ce ne sont point là des passagers ordinaires; c'est une foule à éléments bien divers, jeunes, vieux, femmes, enfants, plus ou moins fatigués de leur voyage, plus ou moins épuisés; chaque catégorie de pèlerins a ses maladies à elle comme elle a ses mœurs spéciales; ainsi, les Javanais sont plus particulièrement redoutables à cause de la variole qu'ils importent chaque année dans le Hedjaz, et qui y prend souvent les proportions d'une épidémie d'autant plus meurtrière que la variole est elle-même depuis longtemps, pour l'Arabie, la grande endémie du désert.

Suivant le voyageur Palgrave, il en est ici de la variole comme de la plupart des maladies, que les médecins arabes traitent le plus souvent par un long sermon sur la résignation et par la lecture des versets du Coran.

Quoi qu'il en soit, chaque année elle fait, dans le Hedjaz, de grands ravages; on a vu, en 1872, un exemple terrible d'épidémie variolique à bord d'un navire, épidémie due à l'encombrement. L'*Otterburn*, bâtiment anglais, était parti de Djeddah pour les Indes avec 1400 pèlerins, sur lesquels il devait, d'après l'office sanitaire, en débarquer au moins 400 qui étaient en excédant. Il n'en fit rien; la variole régnait parmi ces pèlerins et bientôt ce navire devint une nécropole flottante. La traversée de la mer Rouge ne fut qu'une longue traînée de cadavres (plus de 150 décès).

Tous les pèlerins ne sont pas d'humeur également accommodante; les Persans entre autres sont peu maniables; mais

côtés, comme autant de traînées de poudre. Le chiffre des cas varie d'un pays à l'autre, mais la mortalité proportionnelle reste presque toujours la même, 20,75 pour 100 (Farnepol, en Galicie).

La dernière quinzaine a présenté un nombre plus considérable de morts par la fièvre typhique consécutive au choléra, que par le choléra proprement dit. En outre, nous avons observé que le chiffre général est grossi journellement par un nombre considérable d'enfants en bas âge, épargnés dans le commencement.

La situation morale de Varsovie a empiré ; la panique est plus grande, et une piété malavisée amène, sous forme de processions, des agglomérations de personnes qui peuvent contribuer à répandre le fléau.

Du reste, et nous tenons à le rappeler encore une fois, afin de soumettre la question à la considération de MM. les savants, ni la prison (dépôt de la préfecture de police), M. le docteur Suck, médecin inspecteur, et M. Smiechowski, médecin du dépôt, sont là pour l'attester, ni la section des gâteux (docteurs Rothe, Ztobikowski, Lubelski), ni les salles des infirmes, à la Société de bienfaisance (docteur Lubelski, médecin en chef), n'ont eu de mort par le choléra. Il en est de même du camp de troupes russes à Grodno, ainsi que nous l'a annoncé avant-hier M. le docteur Praga, médecin-major de ce camp.

L'épidémie actuelle, rayonnant en quelque sorte autour de Varsovie, se maintient surtout dans les limites suivantes :

Point central, Varsovie, 403 pieds au-dessus du niveau de la mer, 52° 13' latitude nord, 38° 42' longitude est. Isotherme + 6° C. ; isothère + 14° C. ; isochimène, 2° C. (observ. de Varsovie et géogr. de Heden); sol argileux, en partie composé de terre labourable, contenant beaucoup d'eau ; vents régnants, nord-ouest.

L'apparition du choléra coïncide avec un abaissement graduel des eaux de la Vistule, au point d'en permettre presque le passage à gué. La maladie tend à passer des bas quartiers de la ville à ceux qui sont mieux situés (West-End de Varsovie). Les tanneurs et les marchands de cuir sont moins éprouvés que le reste de la population, à l'exception, comme nous l'avons dit, des vidangeurs. Par contre, on compte dans les listes des décès beaucoup de femmes enceintes et d'ivrognes de profession.

Les orages des derniers jours, les variations de température, n'ont presque pas exercé d'influence sur la marche de la maladie.

28 août 1873.

Guill. Lubelski,

Médecin de la Société française de bienfaisance, des hôpitaux et hospices civils et des écoles publiques de Varsovie.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Congrès médical international de Vienne.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — LA REVACCINATION.

Nous avons déjà, dans un précédent numéro, donné un compte rendu sommaire de la première séance du congrès médical international de Vienne, il nous reste aujourd'hui à dire quelques mots des questions les plus importantes qui y ont été traitées. Le caractère même de ce congrès implique, on le conçoit, l'hygiène internationale. Aussi, le programme comporte tous les sujets qui intéressent la médecine démologique, et en premier lieu les trois grands fléaux qui déciment la société européenne : la syphilis, la variole et le choléra. Ces trois importantes questions si souvent débattues, et ces trois grands problèmes pathologiques depuis si longtemps restés insolubles, ont de nouveau attiré l'attention des membres du troisième congrès international. Quels que soient les résultats de leurs efforts, on doit leur savoir gré de leur louable entreprise, et, si jusqu'ici la prophylaxie s'est montrée impuissante, il ne faut pas désespérer pour cela des inépuisables ressources de l'hygiène, et les congrès internationaux n'auraient-ils d'autre avantage que celui de créer pour ainsi dire la médecine sociale, ils trouveraient dans ces premiers résultats acquis une éclatante et légitime sanction.

Voici d'abord la communication du professeur von Sigmund (de Vienne) sur la *prophylaxie de la syphilis*, considérée surtout au point de vue de la prostitution. Une telle question intéresse tous les peuples, et rien de ce qui touche à cet important sujet ne doit nous rester étranger ; aussi, malgré la prolixité toute germanique du savant professeur de Vienne, ne pouvons-nous nous dispenser de présenter ici le court résumé des mesures hygiéniques qu'il propose pour arrêter l'extension sans cesse croissante de ce redoutable fléau. Après un trop long exorde, le professeur Sigmund arrive aux conclusions suivantes :

1° Il faut, dit-il, que la police exerce une surveillance plus attentive sur la prostitution en général et que cette surveillance soit soumise à un contrôle médical des plus sévères.

2° Pareil contrôle doit également être exercé, au point de vue de la syphilis, dans tous les corps organisés, chez les militaires et les marins aussi bien que sur les ouvriers des manufactures ou des fabriques, et en particulier dans toutes les associations ouvrières où les deux sexes se trouvent réunis.

3° L'examen médical doit en outre porter sur les nourrices et leurs nourrissons, à quelle classe de la société qu'ils appartiennent. Les vaccinations ne doivent pas être faites à la légère, et les professions reconnues suspectes, telles que celles de verriers, de musiciens faisant usage d'instruments à vent, d'émailleurs, d'ouvriers employés à la fabrication des cigares, etc., seront soumises à un contrôle minutieux. Dans le cas où la syphilis viendrait à atteindre l'un de ces ouvriers, il devrait être traité avec les plus grands soins.

4° Des instructions spéciales relatives à la contagion de la syphilis, aux moyens de préservation et au traitement de cette maladie doivent être données aussi bien aux écoles d'adultes qu'aux corporations ouvrières.

5° Il est aussi urgent d'admettre tous les individus atteints de syphilis qui se présentent à la consultation nosocomiale, que de créer pour eux des hôpitaux spéciaux ou tout au moins de réserver dans chaque hôpital une ou plusieurs salles exclusivement consacrées à cet objet.

---

ce sont surtout les Algériens qui sont remuants et tapageurs. Il faut donc aussi se mettre en garde contre les exigences des uns et des autres et éviter de trop les entasser, ne fût-ce encore qu'en vue de cette considération.

Les Javanais sont les plus paisibles de tous les hadjis; aussi sont-ils les plus exploités et les plus maltraités. S'ils ne peuvent payer leur passage, on les débarque dans quelque port de l'Inde, où on les loue comme *coolies* jusqu'à ce qu'ils aient acquitté leurs dettes.

On ne peut s'imaginer, si on ne l'a point vu, quelles proportions prend parfois cet entassement d'êtres humains à bord de ces navires, lorsqu'ils échappent à la surveillance ; j'en ai jugé par moi-même dans ma traversée de Suez à Djeddah, traversée que je faisais au mois de janvier, c'est-à-dire en pleine saison d'arrivages des pèlerins. J'avais pris passage sur l'*Earl of Londsale*, vapeur anglais littéralement bourré de hadjis, à un point tel qu'on ne pouvait mettre le pied nulle part sur le pont sans marcher sur une véritable litière humaine et que nous étions obligés, pour arriver à la dunette, de nous hisser par une échelle de fer qui partait de la soute au charbon et qui était collée contre les parois de la cheminée.

L'office sanitaire de Djeddah a pour principale mission de visiter chacun de ces navires quelques heures avant son départ, d'y compter le nombre de pèlerins et de ne délivrer la patente qu'une fois toutes les formalités accomplies.

Il en est de même pour les arrivages à Djeddah. On ne délivre la *libre pratique* et on ne tolère le débarquement qu'après avoir vérifié l'état sanitaire du navire et des passagers, pris connaissance de sa patente et des déclarations du capitaine. Malheureusement, cette surveillance n'est point facile à Djeddah. Les navires mouillent fort loin de la ville, et ils peuvent procéder à bien des opérations frauduleuses, loin de tout regard.

Que si, par exemple, on fait descendre d'un navire qui est en partance un excédant de passagers, il ne faut pas trop s'étonner d'apprendre que, une fois la commission sanitaire sortie du bord, on a rembarqué clandestinement et rapide-

6° Il est également nécessaire de répandre et de vulgariser l'étude des maladies vénériennes en créant des cours spéciaux sur la matière dans toutes les facultés de médecine, et en confiant cet utile enseignement à des professeurs instruits et compétents.

7° Infliger une punition sévère à toute prostituée atteinte de syphilis qui ne sera pas venue réclamer en temps opportun les soins médicaux ou qui s'y sera volontairement soustraite. (Le professeur Sigmund, il est vrai, ne spécifie pas le mode de châtiment qui doit être infligé à la coupable.)

8° Consacrer une somme prise sur le budget de chaque municipalité à l'exécution de ces différentes mesures de surveillance et à l'établissement des asiles spéciaux.

9° Instituer des conférences internationales périodiques pour la promulgation ou la révision des lois ou décrets spéciaux sur la syphilis et la prostitution.

11° Créer un comité dont chacun des membres étudiera les questions dans le pays qu'il habite et viendra communiquer le résultat de son enquête au prochain congrès.

Telles sont les mesures préventives proposées par le professeur Sigmund. Certaines d'entre elles sont depuis longtemps déjà en voie d'exécution en France, où elles ne semblent pas avoir donné des résultats aussi favorables que ceux que l'on aurait pu espérer. Cependant, quand on compare les institutions de notre pays à celles de nos voisins, on constate avec orgueil que, malgré les nombreuses lacunes qu'il reste encore à combler, nous sommes encore un des peuples les plus favorisés à cet égard.

— Un mot maintenant sur l'importante communication du professeur Hebra relative à la vaccination. Après avoir brièvement rappelé les services rendus à l'humanité par l'admirable découverte de Jenner, il pose les questions suivantes.

Doit-on vacciner? A quel vaccin doit-on avoir avoir recours? Quelle est la meilleure lymphe inoculable? Quel est le meilleur procédé de conservation du vaccin? A quel moment faut-il vacciner et peut-on le faire indifféremment à toutes les saisons de l'année? Quel est l'âge le plus propice pour le succès de la vaccination? Quelle est l'action préservatrice de la vaccine contre la variole, et combien de temps dure cette immunité? La variole atteint-elle plus fréquemment les sujets qui portent des cicatrices larges et profondes de vaccin légitime que ceux qui n'en présentent que des traces légères et à peine apparentes? L'inoculation avec la lymphe vaccinale peut-elle transmettre certaines maladies du vaccinifère, telles que la tuberculose, la scrofule ou le rachitisme? Le vaccin pris sur un enfant atteint de syphilis héréditaire peut-il communiquer la syphilis à un sujet parfaitement sain? En pareil cas, l'évolution de l'éruption vaccinale offre-t-elle des caractères suffisants pour faire reconnaître une infection syphilitique imminente?

Quelle est la cause la plus fréquente des vaccinations frustes? Quelles sont les affections qui accompagnent l'inoculation vaccinale?

Quelle est leur marche et leur terminaison?

Tels sont les principaux problèmes posés par le professeur Hebra : leur solution nous entraînerait trop loin, aussi nous bornerons-nous aujourd'hui à cette simple mention; nous aurons du reste l'occasion d'y revenir prochainement à propos de l'intéressante discussion soulevée sur la variole par ce même professeur, et nous rapporterons à ce sujet les opinions émises par les docteurs Koposi et Auspitz, relativement à la nature du contage varioleux.

Labadie-Lagrave.

45e congrès des naturalistes et des médecins allemands (Session de 1872 à Leipzig).

PATHOGÉNIE DE L'ICTÈRE. — LE CARBONATE D'AMMONIAQUE ET L'URÉMIE. — LE BRÔME DANS LE CROUP. — ACTION DE L'APOMORPHINE. — LA CHALEUR ANIMALE. — LA LEUCÉMIE. — SCLÉROSE BULBAIRE. — TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE. — PLESSIMÈTRE ET RHINOSCOPE. — ASTHME NERVEUX. — ANÉVRYSMES MILIAIRES.

Voici près d'un an qu'a eu lieu le congrès des naturalistes allemands à Leipzig, et l'on s'étonnera peut-être du retard que nous avons mis à en rendre compte; mais il y a un mois à peine que les dernières séances ont été rapportées en détail dans le Œsterreichisches Zeitschrift fuer praktische Heilkunde; aussi avons-nous attendu la fin de cette publication afin de pouvoir en présenter un résumé complet et fidèle. Nous laisserons de côté tous les travaux ayant trait aux sciences accessoires, pour ne nous occuper que des points qui intéressent plus spécialement les médecins, à savoir les travaux des sections suivantes : pathologie interne, anatomie pathologique, psychiatrie, maladies des enfants, obstétrique et gynécologie, chirurgie. Et disons le tout d'abord, malgré l'étendue de ce vaste cadre, nous aurons bien peu de découvertes, bien peu de points nouveaux à enregistrer. Les hautes prétentions des savants d'outre-Rhin nous donnaient, ce nous semble, le droit de mieux attendre d'eux. *Parturiunt montes*; voyons donc de quoi elles ont accouché. Et d'abord le professeur Vogel (de Dorpat) commence une assez longue dissertation sur la *pathogénie de l'ictère :* après avoir reproduit les deux théories en présence, l'une qui attribue l'ictère aux troubles fonctionnels du foie, l'autre invoquant une altération dyscrasique du sang, le célèbre professeur de Dorpat n'arrive à aucune solution certaine, et il est impossible de découvrir sa pensée intime dans cette stérile discussion.

Après lui, le professeur Rosenstein fait une communication plus importante, ayant pour titre : Le carbonate d'ammoniaque et l'urémie. Ne pouvant le suivre dans tous les détails de son

---

ment cette même portion de pèlerins, qui était restée cachée sur quelque sambouk dans le voisinage.

En cela, me dira-t-on, les capitaines de navires sont bien coupables; eh! sans doute! Les agents de navire ou d'affrétement et les capitaines font cause commune; il s'agit d'avoir le chargement le plus fort possible, puisque chaque tête de pèlerin représente une part de gain à partager; il s'agit de dissimuler la vérité, quand elle peut contrecarrer toutes ces opérations de débarquement et d'embarquement.

Les Anglais ont prévu cet écueil et, en menaçant le capitaine du navire d'une forte amende en cas de contravention de sa part, ils l'ont rendu responsable et, de la sorte, l'obligent à faire des déclarations exactes lorsqu'il vient à l'*arraisonnement.*

Le gouvernement ottoman vient d'adopter cette sage mesure. Les règlements doivent être d'autant plus sévères en Orient qu'il ne faut compter sur aucun agent dont le *bakschich* (gratification) a bien facilement raison; le bakschich est, en effet, ici le grand pivot autour duquel tournent toutes les consciences.

Le navire a patente *nette* ou patente *brute,* suivant l'état sanitaire du pays d'où il vient; on est en temps ordinaire, c'est-à-dire au calme, sanitairement parlant, ou l'on est en temps d'épidémie ou de maladie.

Les quarantaines ont été instituées à cet égard et rendent de très-grands services dans les principaux ports de mer.

C'est à *El Wetch*, point situé sur les limites du territoire arabique et du territoire égyptien, que les navires vont purger leur quarantaine, dont la durée est très-variable, mais n'est pas moins de dix jours en temps de choléra et de cinq en temps ordinaire.

On a institué à El Wetch un lazaret; des tentes ont été dressées sur la plage; des appareils distillatoires font de l'eau et les pèlerins qu'on y débarque s'y trouvent aujourd'hui dans des conditions relativement bonnes. La rade seule d'El Wetch est insuffisante, car elle est trop étroite.

intéressant travail, ni rapporter, même en abrégé, les deux observations d'urémie que renferme son mémoire, publié, du reste, dans les Archives de Virchow (*Archiv für pathol. Anat.* Bd. LVI, Heft 3), nous nos bornerons à reproduire ici les conclusions auxquelles il est arrivé.

Le carbonate d'ammoniaque introduit dans l'économie détermine des phénomènes complexes, tout à fait comparables à ceux de l'épilepsie ou à certains accidents urémiques.

Les convulsions que provoque ce poison sont d'origine cérébrale, puisqu'elles ne se reproduisent pas après séparation de la moelle d'avec le cerveau; elles sont donc probablement le résultat direct de l'action du carbonate d'ammoniaque sur les éléments mêmes des centres encéphaliques et non pas d'une excitation transmise par le grand sympathique ou par le nerf vague et réfléchie sous forme convulsive.

La morphine, le chloroforme, le chloral, sont sans aucune action sur la marche du poison.

Les muscles lisses échappent à l'action convulsive. L'avortement n'a jamais été la conséquence d'une pareille intoxication chez les animaux.

Le carbonate d'ammoniaque s'élimine surtout par les reins, et son action est très-éphémère et fugitive quand ceux-ci sont intacts. L'élimination du poison se fait aussi en petite quantité par le surface pulmonaire. Selon le professeur Rosenstein, la différence essentielle d'action du carbonate d'ammoniaque et du poison urémique, repose tout entière sur ce fait : le premier ne provoque seulement que des phénomènes épileptiformes, tandis que le second peut déterminer des accidents variés : coma, convulsions, délire. Dans les cas où le poison urémique produit des attaques épileptiformes et où l'on rencontre du carbonate d'ammoniaque dans le sang, il ne faut pas accuser ce dernier, parce que d'abord on ne le trouve pas toujours en pareil cas, et que la quantité qu'on en trouve dans le sang des animaux n'est nullement en rapport avec l'intensité des phénomènes épileptiformes. Enfin, le professeur Rosenstein ajoute que les accidents consécutifs aux affections de la vessie ou de la prostate et désignés sous le nom d'*ammoniémie*, doivent être nettement séparés de l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque. Les symptômes épileptiformes propres à cette dernière intoxication font absolument défaut dans l'ammoniémie.

Le docteur Schütz (de Prague) parle de l'emploi du *brome dans le croup*. Il a obtenu, dit-il, d'excellents résultats avec les inhalations de ce métalloïde; il a eu également recours avec succès aux badigeonnages, 50 centigrammes de brome purifié et 50 centigrammes de bromure de potassium sur 90 grammes d'eau suffisent dans les deux cas. Le docteur Goltwald confirme la vérité de ces assertions et assure que les fausses membranes diphthéritiques perdent, sous l'influence de ce précieux et nouvel agent, leur consistance et se laissent plus facilement enlever. A l'appui des observations de ces deux auteurs, nous pouvons dire que l'année dernière, pendant notre internat à l'hôpital des Enfants malades, nous avons placé des fausses membranes diphthéritiques dansune solution concentrée de brome, et à notre grande surprise, nous les avons vu se dissoudre au bout de dix minutes à peine; leur solubilité est moins grande en présence du bromure de potassium (10 grammes pour 90 grammes d'eau). Dans ce liquide, elles ne disparaissaient entièrement qu'après une heure environ.

Le docteur Köhler (de Halle) signale les effets vomitifs de l'*apomorphine*. Cette substance peut être administrée, dit-il : 1° en injection sous-cutanée, à la dose de 6 à 7 milligrammes; 2° par la bouche (12 à 18 centigrammes) ; 3° par l'anus (18 à 36 centigrammes). A fortes doses, les animaux auxquels on administre 1 à 2 décigrammes en injection sous-cutanée, éprouvent de la stupeur, de la faiblesse des extrémités postérieures et des troubles de motilité. La dose mortelle dépasse 4 décigrammes en injection sous-cutanée. Les expériences de cet auteur ayant été en partie analysées dans un précédent numéro de ce journal (*Gaz. hebd.*, n° 7), nous n'y insisterons pas plus longuement. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de rapprocher des résultats obtenus par Köhler les recherches plus récentes du docteur A. Mœrz (*Prager Vierteljahrschr. für prakt. Heilkunde*, XXIX, p. 76, 84; 1872). Cet auteur a rapporté des expériences très-concluantes sur l'emploi de ce nouveau vomitif. La dose dont il a fait usage variait de 6 à 12 milligrammes; il faisait l'injection hypodermique à l'avant-bras. De trois à douze minutes après, l'action se manifestait par de légers prodromes caractérisés par une diminution de fréquence du pouls sans collapsus, et par quelques nausées. Cet agent thérapeutique trouverait son indication, d'après l'auteur, dans le catarrhe aigu de l'estomac et dans les empoisonnements quand les autres vomitifs sont contre-indiqués.

Le docteur Winternitz (de Vienne), disserte longuement sur *le pouvoir régulateur de la chaleur animale* que possède l'épiderme. Il étudie les rapports de la circulation avec l'émission de la chaleur; mais, sauf l'instrument qu'il a imaginé à ce sujet, nous ne trouvons rien de nouveau à signaler dans cette communication fort diffuse.

Le professeur Mosler (de Greiswald) détache un chapitre de son récent Traité de la leucémie pour en faire part à la docte assemblée; c'est celui qui a trait à la troisième forme de cette maladie, décrite déjà par Neumann sous le nom de *leucémie myélogène*, et qui, d'après ce dernier auteur, serait la plus fréquente.

Le docteur Erbstein (de Breslau) rapporte une observation de *sclérose bulbaire et spinale* accompagnée d'ataxie locomotrice et d'aphasie, survenue à la suite d'une fièvre typhoïde.

Le docteur Kaczorowsky aborde le *traitement de la pneumonie*

On peut encore imposer deux jours d'observation, suivant les circonstances, aux *Fontaines de Moïse*, autre poste situé cette fois sur le territoire égyptien, mais plus près de Suez; ce poste est surtout réservé aux navires qui transportent des passagers ordinaires et qui ne participent pas au transbordement des pèlerins.

Voici du reste quelques-uns des règlements institués spécialement pour le service quarantenaire de la mer Rouge :

1. Sera déclaré en état de contumace tout navire ayant une patente brute, et l'on mettra à son bord un garde de santé, jusqu'au moment où ce navire pourra se rendre dans un port ayant une agence sanitaire qui lui fera purger sa quarantaine. Il pourra cependant s'approvisionner, mais sous la surveillance du préposé et avec les précautions prescrites par les règlements.

Ces mesures sont également applicables au navire qui aura eu, pendant la traversée ou à son arrivée, un ou plusieurs cas de choléra.

2. Tout navire sans patente de santé subira une quarantaine d'observation de un à trois jours, lors même que son état sanitaire serait excellent. Si ce navire provient d'un port contaminé, le préposé sera tenu de le diriger vers le port le plus voisin possédant une agence sanitaire.

3. Tout navire venant des Indes sans patente sera soumis à une quarantaine d'observation de un à trois jours, ou à celle de dix jours, s'il provient d'un port suspect; mais il payera, en outre, une amende suivant le tarif établi.

4. Les préposés délivrent aux navires sans patente un *teskèrè* portant leur nom, celui du capitaine, le nombre des hommes composant l'équipage et les passagers, la nature de la cargaison, et mentionnent l'état sanitaire du départ.

C'est sur ce teskèrè que l'agence sanitaire pourra leur délivrer une patente de santé imprimée.

5. Chaque préposé n'a qu'un seul garde de santé à son service; mais il est autorisé, si les circonstances l'exigent, à prendre le nombre de gardes provisoires qu'il croit nécessaire;

franche aiguë, en se fondant sur des données pathogéniques nouvelles sinon prouvées. Il considère en effet la pneumonie comme une maladie infectieuse due à l'introduction de parasites végétaux dans le larynx. Il cite des cas de pneumonies épidémiques et essaye de démontrer que la maladie débute d'abord par une laryngite et s'étend ensuite aux bronches par la voie des muqueuses. Les indications thérapeutiques se résument pour lui dans les quatre suivantes : 1° expulser les micrococques, premiers germes de la maladie, à l'aide des vomitifs, et en particulier du tartre stibié; 2° combattre ou modérer l'irritation locale (cette seconde indication serait, à ses yeux, efficacement remplie par des injections sous-cutanées de morphine, renouvelées toutes les six ou huit heures; ce moyen thérapeutique, en calmant la douleur, répond également à la troisième indication); 3° s'opposer aux phénomènes réflexes; enfin, les toniques et un régime approprié (vin, lait, bouillon) remplissent la quatrième indication posée par l'auteur : soutenir les forces du malade.

La communication du docteur Kaczorowsky soulève quelques réclamations dans l'auditoire. Le docteur Sommerbrodt s'attribue l'usage des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de la pneumonie. Le préopinant, de son côté, revendique l'honneur de les avoir le premier employées dès le début du mal. Mais laissons là ces discussions stériles; une pareille méthode de traitement ne nous semble, en effet, mériter ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

Nous ne citerons ici que pour mémoire les communications des docteurs Hesse (sur un nouveau *plessimètre* inventé par lui), Fränkel (sur un *rhinoscope* perfectionné, avec miroir mobile), Th. Weber (sur l'asthme nerveux), et nous dirons quelques mots des recherches du professeur Zenker (d'Erlangen), relatives à la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale. La description qu'il trace des anévrysmes miliaires est tout à fait conforme à celle qu'en ont donnée MM. Charcot et Bouchard. Il admet avec eux l'influence exercée par cette lésion vasculaire sur la production des hémorrhagies spontanées; mais tandis que ces savants observateurs nient que les anévrysmes miliaires soient l'effet d'une artério-sclérose, le professeur Zenker prétend avoir toujours trouvé cette dernière lésion dans les nombreuses recherches microscopiques qu'il a entreprises à ce sujet. « J'ai toujours constaté, dit-il, une altération primitive de la tunique interne, qui était épaissie et présentait un éclat particulier, parfois même contenait des granulations graisseuses », il conclut donc de ses observations que les anciennes causes de l'hémorrhagie cérébrale, telles que la sclérose, les dégénérescences graisseuse ou athéromateuse des artères de l'encéphale, doivent entrer encore aujourd'hui en ligne de compte dans la pathogénie de cette affection.

Dr L.-L.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

NÉCROLOGIE. — M. *le président* annonce à l'Académie les pertes douloureuses qu'elle a faites, depuis la dernière séance, dans la personne de M. Coste et de M. Nélaton.

Sur la proposition de M. le baron Larrey, l'Académie décide que, en présence de ce double deuil, elle n'entendra aucune lecture, et que la correspondance seule trouvera place dans le compte rendu de la séance.

PHYLLOXERA. — Diverses communications de MM. *Cornu*, *Faucon*, *Rejou*, *Hay* et *Magnat*. (Renvoi à la commission.)

MICROSCOPES. — M. *A. Brachet* adresse la suite de ses recherches sur les perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

CHOLÉRA. — M. *Dzwonkowski* adresse une note relative à un élixir anticholérique; M. *A. Pickerin*, une note relative au traitement du choléra; M. *V. Burq*, un Mémoire sur l'action du cuivre contre le choléra; enfin, un auteur, dont le nom est contenu dans un pli cacheté, une note concernant un traitement rationnel du choléra épidémique. Ces diverses communications sont renvoyées à la commission du legs Bréant. (Voyez, pour le mémoire de M. Burq, la *Gazette hebdomadaire* du 26 septembre, page 631.)

PILE ÉLECTRIQUE. — M. *Pierlot* adresse une note concernant une pile au chlorure de plomb. « On place, au fond d'un vase de verre ou de porcelaine, 500 grammes environ de chlorure de plomb; on y enfonce une plaque de plomb fixée à un fil de même métal, isolé au moyen d'un vernis, puis une plaque de zinc, d'environ 9 millimètres d'épaisseur, amalgamée et enveloppée d'un sac de papier dialyseur, on ajoute de l'eau tous les deux ou trois mois; le courant est à la fois énergique et constant. » Cette note sera soumise à l'examen de M. Edm. Becquerel.

FERMENTS. — M. *Caillard* adresse, de Provins, une note relative à l'influence exercée par la présence des acides ou des alcalis sur le développement des organismes végétaux ou animaux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de la marine et des colonies adresse à l'Académie une demande de vaccin pour Mayotte et ses dépendances. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Hirtz* dans la section de pathologie, en remplacement de M. *Vigla*.

---

il se tient en correspondance avec l'agence sanitaire dont il relève, et à laquelle il doit adresser un rapport au moins tous les quinze jours.

6. Lorsqu'un préposé aura connaissance de l'apparition du choléra ou de toute autre maladie épidémique dans une localité de sa juridiction ou ailleurs, son premier devoir sera d'en instruire immédiatement l'administration sanitaire de Djeddah et tous les agents de la côte.

7. Les agents et préposés feront en sorte de se ménager le concours de l'autorité locale de leur résidence pour tout ce qui concerne la salubrité publique.

8. A l'époque du pèlerinage, ils visiteront les caravanes et y fixeront le nombre de pèlerins à recevoir, la bonne qualité des vivres au marché, celle de l'eau, etc.

Tels sont les principaux règlements à appliquer aux provenances diverses dans le Hedjaz.

Les caravanes proprement dites sont aussi soumises à l'observation quarantenaire.

La caravane d'Égypte, comme celle de Syrie, a son itinéraire bien tracé, que j'ai déjà indiqué sommairement; elle est venue de *Suez* à *Akaba*, et de ce point elle suit la côte jusqu'à *El Wetch*; de là, à *Iambo des Palmiers*, *Médine* et la *Mecque*. Au retour elle suit le même chemin, et on la met en observation à El Wetch.

La caravane de Damas se dirige par *Maan*, *Tabuck* et *Hedié*, ou *Kaïbar*, sur *Médine*; au retour, elle laisse ses malades et ses malingres dans le désert, qui la *purge*, pour employer l'expression consacrée; il est bien rare qu'elle dépasse la station de *Madaïm Saleh*, située à quatorze étapes de *Damas*, ayant encore des gens contaminés; au reste, on ne la laisse entrer à Damas qu'en connaissance de cause.

Il n'y a pas à se préoccuper des autres caravanes, qui sont aujourd'hui bien réduites.

Celle qui part de Bagdad va, en grande partie, rejoindre celle de Damas; l'autre portion se rend à *Mechet-Ali*, lieu très-vénéré des Persans qui y font aussi un pèlerinage annuel, de

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Netter* sur le danger des inhumations hâtives des cholériques. (*Commission du choléra.*)

M. *Piorry* dépose sur le bureau : 1° Deux mémoires de M. *Pamin Despalles* sur le choléra. — 2° Un ouvrage anglais sur la migraine, par M. le docteur *Edward Liveing*.

M. *Demarquay* fait hommage à l'Académie de son ouvrage intitulé : De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie.

M. *Larrey* présente : 1° Une brochure de M. le docteur *Armand*, ayant pour titre : Le choléra observé en Cochinchine et de son traitement. — 2° Un travail de M. *Widal*, intitulé : Expérimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée.

M. *le président*, après avoir rendu compte des funérailles de M. Nélaton, annonce que l'Académie vient de perdre M. V. Gerdy (d'Uriage), correspondant national depuis 1840.

Choléra. — M. *Delpech* communique ensuite à l'Académie la situation du choléra, du 23 au 27 septembre inclusivement. Voici ce tableau :

	Hôpitaux civils. Entrées.	Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile. Décès.	Totaux par jour.
23 sept.	17 dont 13 intérieurs,	6	0	6	12
24	12 dont 6 intérieurs,	6	0	6	12
25	5 dont 3 intérieurs,	7	2	3	12
26	8 dont 4 intérieurs,	3	0	5	8
27	7 dont 3 intérieurs,	4	0	2	6
28	4	3	0	2	5
29	10 dont 5 intérieurs,	5	0	6	11
Total..	63 dont 34 intérieurs,	34	2	30	66

Comme on le voit, tout est encore pour le mieux cette semaine, et l'épidémie tend décidément à décroître de jour en jour ; il n'y a eu en effet que 66 décès au lieu de 103 qu'avait donnés la semaine dernière.

M. Delpech appelle l'attention de l'Académie sur ce fait qu'il y a eu dans les hôpitaux 34 cas intérieurs pour 29 extérieurs, chiffres qui sont en dehors de toute proportion entre eux si l'on compare l'immense disproportion des populations qui les ont fournis. La cause tient évidemment à l'agglomération des individus; de là l'indication de séparer les cholériques et de les isoler autant que possible. On l'a déjà fait dans les hôpitaux, mais cet isolement est certainement insuffisant.

En ville, il n'y a eu que 30 décès ; la semaine dernière, il y en avait 65 ; c'est une diminution de plus de moitié.

M. Delpech, en terminant, revient sur les restrictions qu'il avait faites à propos de l'influence du sexe. Il paraît décidément que cette année le choléra enlève les femmes de préférence aux hommes (168 femmes pour 139 hommes).

Après M. Delpech, la parole est donnée à M. *J. Crocq* (de Bruxelles) pour dix minutes seulement, car on est pressé d'entendre M. Fauvel. Dix minutes, ce n'est guère, et M. Crocq voulant en profiter, part à toute vitesse et lit d'une voix indistincte un travail dont nous avons heureusement trouvé le manuscrit au secrétariat.

Parotidites.— M. Crocq s'est proposé de rechercher la cause des parotidites qui surviennent dans le cours des fièvres graves. Pour lui, ces parotidites sont toujours consécutives à une stomatite : l'inflammation de la muqueuse buccale se propage au canal de Sténon et de là à la parotide, dont le tissu glandulaire s'enflamme primitivement. L'inflammation du tissu cellulaire ne viendrait que plus tard. Toutes les parotidites des fièvres graves seraient produites par ce mécanisme. « La nature des maladies dans le cours desquelles elles surviennent n'a aucune influence sur elles, peu importe qu'elles soient générales ou locales, infectieuses ou non. »

Suite de la discussion sur le choléra. — On attendait avec impatience le discours de M. Fauvel, et M. J. Guérin certainement plus que tous les autres. Qu'allait répondre le grand maître en épidémie à sa théorie des diarrhées, à ses doctrines sur la spontanéité du choléra ?

M. *Fauvel* répond qu'il se propose de revenir sur l'épidémie du Havre, de relever les critiques dirigées contre les quarantaines, et enfin d'examiner en quelques mots les théories de M. J. Guérin.

Pour le Havre, au point de vue des faits, il y a quelques erreurs à relever; le choléra n'a nullement été importé, comme on l'a dit, par un matelot de l'*Ammonia* venu de Hambourg; ce matelot avait depuis trois mois une dysentérie dont il mourut à l'hôpital.

Au début, on put croire à une épidémie de choléra nostras, comme il y en a au Havre tous les ans, ce qui explique l'opinion de M. Lecadre ; mais plus tard il fallut bien se rendre à l'évidence, quand on vit le mal se propager, s'irradier au loin, à Rouen, à Caen, à Fécamp. Cette épidémie est-elle née sur place, comme le pense M. J. Guérin ? Non, assurément ; quoiqu'on ne puisse saisir la filiation entre l'importation et le développement du mal, il est de toute évidence que le choléra a dû être importé dans une cité en relations continuelles avec des villes infectées qui, comme Hambourg, donnent parfois, dans un but intéressé, patente nette à leurs vaisseaux. Le choléra n'est donc pas né spontanément au Havre, mais les mauvaises conditions hygiéniques en ont favorisé singulièrement le développement.

Quant aux quarantaines, elles ont soulevé et soulèvent encore chaque jour de nombreuses critiques.

Les partisans de la non-transmissibilité du choléra les regardent comme complétement inutiles. Rien à leur répondre; quand ils auront prouvé qu'ils ont raison, les quarantaines tomberont d'elles-mêmes.

Les négociants du Havre se plaignent aussi des quarantaines, mais pas au point de vue médical. Leurs intérêts sont lésés, disent-ils ; — sans doute, mais si l'on supprimait les quarantaines, les autres ports de mer, ceux du Midi principalement, s'en plaindraient bien plus, car ils pourraient être infectés. Il faut donc ici sacrifier les intérêts particuliers à l'intérêt général.

---

là à *Leina*, *Haïl* (dans le *Djebel-Chammar*) et enfin *Médine* ; elle revient également par le même chemin.

Les gens de *Katif*, qui est situé plus bas que *Bagdad*, viennent et s'en retournent par *El Riad*, la capitale du *Nedj*, ou par *Boreide*. Mais ce sont là de faibles portions de pèlerins qui ne méritent plus le nom de caravanes.

Comme on le voit, la surveillance sanitaire paraît bien organisée dans le Hedjaz; sur tous les points ou ports principaux de la côte arabique, tels que Djeddah, Iambo, Confoudah, Hodeidah, Lith, etc., on a établi des postes sanitaires. Il en est de même sur ceux de la côte africaine, Massouah, Souakin, etc.

Cette surveillance est complétée par le cordon sanitaire établi sur la frontière turco-persane et russo-persane, et par les offices sanitaires de création anglaise dans la mer des Indes; il semble donc que l'Égypte et, partant, l'Europe, soient bien gardées, et je ne crains pas de dire que l'on sera peut-être en droit, lorsque ces institutions auront reçu leur dernier perfectionnement, de rejeter exclusivement sur elles, c'est-à-dire sur leur fonctionnement irrégulier ou défectueux, la responsabilité des nouvelles épidémies qu'on pourrait avoir.

J'ai montré combien il était difficile de surveiller l'embarquement à Djeddah ; à El Wetch seulement, on pourrait exactement compter, au débarquement, les pèlerins, et il ne faudrait pas hésiter, en cas de contravention, à infliger aux capitaines de navires les amendes les plus rigoureuses.

En d'autres termes, si la surveillance ne peut être complète dans un point, il est possible d'y suppléer, en la reportant sur un autre théâtre, sur un point plus éloigné, il est vrai, mais toujours situé sur le même territoire, c'est-à-dire sur la frontière arabique. Enfin, en cas de grand péril, pourquoi hésiterait-on à fermer complétement la voie maritime pour le rapatriement des pèlerins, et à les rejeter sur la voie de terre ?

Beaucoup d'entre eux, lorsqu'il y a des épidémies et, par conséquent, des quarantaines longues et pénibles, qu'ils redoutent avant tout, reprennent d'eux-mêmes cette voie, et je pense qu'on pourrait les y forcer tous sans trop de peine.

Dr A. Buez.

Quelques médecins regardent ces mesures comme impuissantes ou tout au moins fort insuffisantes, parce qu'en isolant les ports du côté de la mer on laisse au choléra la voie d'entrée par terre. Sans doute l'isolement complet vaudrait mieux; mais ce n'est pas pratique, et il ne faut pas demander l'impossible, car on fait ce qu'on peut en barrant au fléau le chemin le plus accessible. C'est un fait acquis aujourd'hui que le choléra se transmet plus vite par mer que par terre, même par le chemin de fer, ce qui paraît invraisemblable au premier abord.

Les quarantaines, tout insuffisantes qu'elles soient, sont donc utiles; elles donneraient même des résultats plus sérieux si on voulait les observer consciencieusement, mais on a toutes les peines du monde à faire stationner trois ou quatre jours dans les ports les vaisseaux infectés.

Arrivant ensuite au discours de M. J. Guérin, M. Fauvel fait remarquer que sa théorie n'est pas neuve; elle date de 1832. C'est une seconde édition de sa doctrine et sans modification aucune; mêmes idées, mêmes raisonnements, mêmes arguments. La science, sur cette question, en est encore à 1830, et tout ce qui a été dit, écrit, lu ou publié depuis cette époque, est lettre morte pour M. J. Guérin. Les témoignages contradictoires n'ont aucune valeur, les observations sont mal prises, les observateurs ont mal vu, et il ne prend dans un fait que ce qui peut s'adapter à sa doctrine, et quelle doctrine! la spontanéité du choléra! « des rêveries », des « élucubrations », des « théories de cabinet » défendues avec « une dialectique et des raisonnements d'avocat ».

M. Fauvel relève enfin, en terminant, l'accusation de stérilité qu'avait lancée au point de vue pratique M. J. Guérin contre les partisans de l'importation. Les mesures hygiéniques et prophylactiques qu'il réclame avec tant de fracas, tout le monde les réclame depuis longtemps, même contre la fameuse diarrhée prémonitoire qu'il n'a pas inventée et dont il voudrait avoir le monopole. M. J. Guérin aime les théories. Nous ne savons ce qu'elles deviennent, « et lui-même en sait aussi quelque chose, puisqu'il n'a pu donner à la sienne le moindre crédit dans la science. »

« Si M. J. Guérin, dit-il encore, veut absolument contredire et réfuter des faits admis et reconnus, qu'il réfute tous les ouvrages écrits sur le choléra; quant à lui, il a bien autre chose à faire que de s'attaquer à des fantômes. »

Ce discours, que nous recommandons aux lecteurs du Bulletin, a été accueilli par des applaudissements unanimes. M. J. Guérin n'est pas content et proteste; à son sens, le discours de M. Fauvel n'est pas une réponse; il a fait de l'esprit à ses dépens, c'est fort bien; mais le moindre raisonnement eût mieux fait son affaire. Il maintient ses théories, qui ne sont nullement des théories de cabinet, mais s'appuient sur des faits, sur l'observation. Il attend donc de pied ferme de nouveaux contradicteurs. Et nous ne craignons pas qu'il lui en manque.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DANS LES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES. — STATISTIQUE COMPARÉE ENTRE LES ÉPIDÉMIES DE 1853-1854, 1865-1866 ET 1873. — DISCUSSION SUR L'ISOLEMENT DES CHOLÉRIQUES ET LES HÔPITAUX SPÉCIAUX. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

M. *Ernest Besnier*, comme il l'a fait pour les précédentes séances, communique un travail concernant l'épidémie cholérique actuelle.

Documents statistiques de l'Assistance publique. — Pendant cette troisième semaine de l'épidémie, on note un abaissement très-accentué du nombre des cas, dans les hôpitaux civils et militaires aussi bien qu'en ville.

Dans les hôpitaux civils, du 4 au 11 septembre, on a compté 81 cas dont 49 décès, 3 sorties, 29 en cours de traitement; — du 11 au 18, 86 cas dont 48 décès, 3 sorties, 64 en traitement; — du 18 au 25, 61 cas, 30 décès, 33 sorties, 56 en traitement.

Au total du 4 au 25 septembre, 228 cholériques, 133 décès, 39 sorties, et 56 malades restant en traitement.

Pendant la journée du 25 septembre, il y avait dans les hôpitaux 63 malades existant au matin, il y a eu 2 admissions de l'extérieur et 3 cas intérieurs. Sur ce nombre de 68 malades, 5 sont sortis, 7 sont morts, 56 restaient le soir encore en traitement.

Hôpital Lariboisière (service de M. Siredey). — Femmes en couches et nouveau-nés : sur 47 femmes, du 4 au 24 septembre, 3 cas de choléra, 2 décès. Sur les 47 enfants nés pendant ce même temps, 3 décès également par choléra infantile. A ce propos, M. Siredey fait remarquer que depuis dix-huit mois, il a vu presque chaque semaine mourir plusieurs enfants de diarrhée cholériforme. Ce fut à tel point, qu'en septembre 1872, la salle Sainte-Anne dût être fermée, tant le nombre des enfants succombant à cette diarrhée était grand. Et cependant pendant tout ce temps aucun cas de choléra, de cholérine, ou rien d'analogue ne s'est produit chez les femmes accouchées. Ne serait-ce pas là une preuve que le choléra infantile ou la diarrhée cholériforme ne sont pas de même nature que le choléra épidémique, contrairement aux opinions émises récemment à l'Académie? Ces affections n'ont avec le choléra que des ressemblances trompeuses. Tandis que le choléra infantile s'établit endémiquement dans une salle d'hôpital, on ne voit aucun cas de choléra survenir chez les mères, et d'autre part, en ce moment, alors que le choléra se produit chez les mères, c'est alors qu'on voit le nombre des diarrhées cholériformes des enfants diminuer dans des proportions qu'on n'a pas observées depuis dix-huit mois.

(Service de MM. Jaccoud et Millard, suppléés par M. Hayem). — Premier cas développé le 3 septembre, salle Sainte-Claire, préalablement à toute entrée du dehors. Le premier cholérique du dehors est amené le lendemain.

Dans le courant du mois, 8 cas intérieurs, 6 décès, 2 guérisons (ces cas se sont produits dans le cours de phthisies pulmonaires, de phlegmon, de rhumatisme, de fièvre typhoïde, de cirrhose) et 10 cas extérieurs, 5 décès, 5 guérisons.

Hôtel-Dieu. — Depuis le 19, M. Damaschino, chargé du service, a reçu 3 malades venant tous des salles de l'hôpital. Depuis le début de l'épidémie, 17 entrées, 9 morts, 5 guérisons, 3 en traitement.

Charité. — M. Audhoui, suppléant de M. Bernutz, a vu paraître le choléra dans la salle Saint-Joseph, le 4 septembre, par un cas intérieur, chez une femme convalescente de pneumonie, couchée au n° 19, et ayant depuis quelques jours les signes d'un embarras gastrique. Ce premier cas avait été précédé, dans la salle, pendant la dernière quinzaine d'août, de nombreux cas de diarrhée, de cause indéterminée. Cette première malade meurt du choléra le 5 septembre à 11 heures du matin. Le 5 septembre, une autre malade couchée au n° 22, entrée le 4 août pour un rhumatisme articulaire aigu, est prise de choléra après avoir eu de la diarrhée pendant vingt-quatre heures. Elle meurt le 8 après une réaction incomplète.

Une troisième malade, couchée au n° 21, entrée pour un érysipèle de la face le 25 août, commence à avoir de la diarrhée le 4 septembre; le 7 la diarrhée augmente, le 8 les selles sont riziformes, le 9 algidité, aphonie, anurie, vomissements. Le 10 réaction modérée, le 11 réapparition des urines. Amélioration graduelle et guérison définitive le 21.

M. Audhoui recherche quelle avait pu être la manière dont le miasme du choléra indien avait pénétré dans ses salles. Il se demande si les tinettes, fosses mobiles en usage dans l'hôpital et fournies par la compagnie de la vidange, avaient été convenablement désinfectées et si elles ne jouaient pas un rôle dans la diffusion de la maladie.

Le quatrième cas observé à la salle Saint-Joseph, se produisit le 20 septembre, chez une femme couchée au n° 4, entrée le 6 avril, pour un kyste ovarien. Diarrhée le 17. Le 20, aggravation de la diarrhée; algidité, etc., le 21. Mort dans la matinée du 23.

Hôpital Saint-Louis. — Aucun cas intérieur depuis le 11 septembre. Trois admissions seulement : une femme et son enfant âgé de dix-neuf mois sont amenés le 20 avec un choléra foudroyant. Ils meurent le 21 au matin. Le troisième cas, grave, a été admis le 26.

Hôpitaux militaires. — *Saint-Martin* (M. le docteur Cabrol). — Du 6 au 17 septembre : 15 entrées, 3 décès. Du 18 au 23 inclus : 4 entrées, 1 décès. Aucune entrée les 21, 22 et 23.

Sur ce nombre, M. Cabrol compte 2 cas de choléra foudroyant, 5 cas graves, 12 légers.

La diarrhée prémonitoire a précédé de cinq, sept, huit heures à quinze jours le choléra confirmé.

Gros Caillou (M. le docteur Champenois). — Du 5 septembre au 17 : 5 admissions du dehors et 5 cas intérieurs; 5 décès. Du 17 au 24 : aucun cas intérieur, 10 admissions du dehors.

M. le docteur Champenois communique les observations détaillées; on y voit que, du 17 au 19, 7 militaires, casernés à *Courbevoie*, sont pris du choléra, et que 4 d'entre eux n'avaient eu aucun malaise antérieur à l'apparition des accidents cholériques. Des 10 malades, 1 seul est entré dans un état inquiétant, 3 ont guéri, 3 se relèvent, 3 luttent encore.

Les diarrhées sont fréquentes mais guérissent vite; la dysenterie est moins grave et plus rare; beaucoup de fièvres typhoïdes avortées.

Val-de-Grâce (M. le docteur Kelsch, professeur agrégé). — Le premier cholérique est amené au Val-de-Grâce le 6 septembre. Aucun cas intérieur. Aussitôt on mit en pratique l'isolement et les mesures de désinfection.

M. le docteur Kelsch donne une histoire sommaire de chacun de ses malades; on y relève que sur 12 malades 2 seulement sont morts; que sur ces 12 malades 5 ont été pris subitement sans diarrhée prémonitoire de quelque durée. La convalescence chez les 10 malades guéris s'est établie assez rapidement, sans réaction fébrile très-accentuée.

Les deux cas mortels ont été suivis de minutieuses autopsies qui n'ont rien révélé d'insolite dans les lésions classiques du choléra.

— A propos de l'anatomie pathologique du choléra et de la récente communication de M. Hayem, M. *Desnos* fait observer que les recherches micrographiques fort intéressantes dont il a été question sont absolument conformes à celles qu'il a consignées dans son article *Choléra* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

— M. *Brouardel* communique des relevés statistiques comparatifs des épidémies de choléra des années 1853-54, 1865-66 et 1873.

Bien que l'épidémie de choléra semble depuis quelques jours en voie de décroissance, ce serait s'exposer à être victime d'une cruelle illusion que de négliger pour cela de prendre toutes les mesures que pourrait suggérer la crainte d'une épidémie menaçante.

Pour ne pas partager un optimisme dangereux, il suffit de comparer la marche des épidémies de 1853-54 et 1865-66, qui, comme celle-ci, sont arrivées en automne.

En comparant par mois l'épidémie de 1853-54 et de 1865-66, on voit :

Épidémie de 1853-54.		*Épidémie de 1865-66.*		*Épidémie de 1873.*	
Du 7 nov. au 1er déc.	154	Du 1er sept. au 1er oct.	245	Du 5 au 22 sept.	282
Décembre.......	568	Octobre.........	4536		
Janvier 1854....	34	Novembre........	1281		
Février.........	3	Decembre.......	285		
Mars...........	101	Janvier.........			
Avril...........	483				
Mai.............	386				
Juin...........	1023				
Juillet..........	1256				
Août...........	2610				
Septembre......	923				
Octobre........	529				
Novembre.......	134				
Décembre.......	171				

En comparant par semaine l'épidémie de 1865-66 et celle qui commence, on trouve :

Épidémie de 1865-66. Semaines.				*Épidémie de 1873.* Semaines.		
1re	1er sept. au 7......	39		1re	du 5 sept. au 11...	95
2e	8 — 14......	34		2e	12 — 18...	147
3e	15 — 21......	34		3e	19 — 22...	40
4e	22 — 28......	95			jusqu'au 22	
5e	29 — 5 oct...	380				
6e	6 oct. au 12......	1040				
7e	13 — 19......	1465				
8e	20 — 26......	1159				
9e	27 — 2 nov...	690				
10e	3 nov. au 9......	438				
11e	10 — 16......	281				
12e	17 — 23......	261				
13e	24 — 30......	136				
14e	1er déc. au 7......	62				
15e	8 — 14......	92				
16e	15 — 21......	94				
17e	22 — 28......	30				

Ces chiffres nous prouvent que si actuellement la mortalité de la dernière semaine a fléchi, elle est pourtant encore supérieure à la mortalité des semaines correspondantes des dernières épidémies.

D'autre part, le chiffre si élevé des cas intérieurs de choléra dans les hôpitaux met en évidence l'insuffisance des moyens d'isolement jusqu'à ce jour employés.

Sans vouloir préjuger un avenir que notre ignorance des moyens de propagation du choléra ne nous permet pas d'entrevoir, M. Brouardel considère l'examen de la marche antérieure des épidémies comme une de nos meilleures sources de renseignements.

Sa conclusion est celle-ci : Prenons nos mesures comme si nous étions au début d'une épidémie grave; si nous nous trompons, nous n'aurons rien à nous reprocher; l'erreur inverse ne nous laisserait pas pour plus tard la même tranquillité de conscience.

Isolement et hopital spécial pour les cholériques. — La proposition de M. Labbé, ainsi conçue : *Y a-t-il utilité ou non d'établir un hôpital spécial pour les cholériques*, est mise en discussion.

M. *Ball* montre d'abord, par ce qui vient de se passer à l'Hôtel-Dieu, à la salle Saint-Antoine, l'absolue nécessité de pratiquer l'isolement. Dans cette salle, il y a d'abord la salle des malades ordinaires, puis une salle de crèche, enfin, une salle d'isolement. Or, on reçut à la crèche une femme récemment accouchée : son enfant est pris de choléra le 13 septembre et succombe le lendemain; la mère est atteinte elle-même le 15 et est aussitôt transférée dans la grande salle (on n'avait pas jugé à propos, en raison de son état puerpéral, de la faire passer dans le service des cholériques). Le 16, deux cas de choléra grave se déclarent dans cette salle; le 17, un nouveau cas se produit dans la crèche; le 18, un enfant y meurt encore de choléra; le 19, deux nouveaux cas encore. Devant ces cas si nombreux, M. Ball fit évacuer la salle.

M. Ball demande donc la création de services spéciaux pour les cholériques, et aussi de salles pour les diarrhées mal déterminées.

M. *Isambert* appuie cette proposition et démontre l'avantage des salles d'attente ou d'observation, destinées à recevoir les malades atteints de diarrhées suspectes. En 1870, ces salles d'attente ont été très-utiles dans l'épidémie de variole.

M. *Colin* ne doute pas que les cas intérieurs dans les hôpitaux ne se développent sous l'influence de la contagion. Il regarde donc les services isolés comme indispensables.

M. *Martineau*, tout en partageant cet avis, fait observer que certains hôpitaux sont plus favorisés que d'autres au point de vue du petit nombre de cas intérieurs. La Pitié, par exemple, où les malades n'ont pas été isolés, n'a vu se développer que peu de cas intérieurs. Il faut donc tenir compte du milieu dans lequel se trouve l'hôpital. L'Hôtel-Dieu semble être dans un foyer épidémique.

M. *Ferrand* est partisan de la contagion, mais il craint qu'on ne l'exagère. Il fait en ce moment à l'Hôtel-Dieu le service de M. Gueneau de Mussy; or, la salle de femmes est en face de celle de M. Moissenet, où sont traitées des cholériques et en communication avec elle, et cependant il n'y a eu que deux cas intérieurs.

M. *Moissenet* est également d'avis que l'isolement est la mesure prophylactique la plus efficace contre les épidémies de choléra. Il déclare que l'administration est toute disposée à pratiquer absolument cette mesure, mais que le choix de l'hôpital spécial est très-difficile. Évidemment on ne peut penser à l'Hôtel-Dieu pour cette destination. Le mieux serait d'installer un service dans des bâtiments neufs.

A la suite de cette discussion, la proposition suivante est votée à l'unanimité : « La Société des médecins des hôpitaux est d'avis qu'il y a lieu de pratiquer immédiatement l'isolement des cholériques ainsi que des malades atteints de diarrhées suspectes. »

Le meilleur mode d'isolement est ensuite discuté, mais on n'arrive pas à formuler une proposition précise. La discussion à laquelle MM. Hayem, Proust, Isambert, Labbé, Brouardel, Cornil, Marrotte, C. Paul, Bergeron, ont pris part, est renvoyée à la séance suivante. Les propositions seront nettement formulées et discutées avec ordre.

Les tentes, les baraquements, les postes-casernes, les services spéciaux établis dans chaque hôpital, l'affectation d'un ou plusieurs hôpitaux au traitement exclusif des cholériques, ont été successivement proposés dans cette discussion préparatoire.

La Société a été d'ailleurs unanime à reconnaître la nécessité des salles provisoires, d'attente ou d'observation, pour y placer les cas douteux.

— M. *Renault*, interne des hôpitaux, fait une communication sur l'anatomie pathologique du choléra. Ses recherches approfondies sur l'état de l'intestin démontrent que les lésions du choléra sont celles d'une entérite généralisée et arrivée à son plus haut degré d'intensité. L'étude du sang et la numération des globules par la méthode Malassis prouvent l'augmentation considérable des globules blancs.

Nous reviendrons dans le numéro prochain sur ce travail qui mérite une analyse plus étendue.

A. Legroux.

REVUE DES JOURNAUX.

De la dilatation extemporanée du canal cervico-utérin, par le docteur Léopold Ellinger (de Stuttgart).

L'auteur cherche à démontrer dans son mémoire l'importance et l'utilité de la dilatation extemporanée du canal cervico-utérin, pratiquée à l'aide d'un nouvel instrument inventé par lui et fabriqué par Paul Henger (de Stuttgart). Cet instrument n'est autre qu'une sorte de pince à polypes dont les mors allongés et légèrement arrondis peuvent aisément pénétrer dans la cavité de l'utérus. Une articulation en forme de croix, placée à leur partie médiane, permet un certain degré d'écartement de ces deux branches, qui toutefois conservent toujours leur parallélisme. L'introduction de cet instrument ne serait pas plus difficile ni plus douloureuse, au dire de son inventeur, que celle du cathéter de Simpson. Sans nous étendre sur les avantages de cette nouvelle pince dilatatrice, nous nous bornerons à indiquer succinctement ici les différents cas dans lesquels l'auteur a eu lieu de se louer de son application. Il rapporte à cet égard dix observations qui semblent assez concluantes; mais avant de partager son enthousiasme, nous croyons prudent d'attendre le contrôle de nouveaux faits. Les dix cas pour lesquels le docteur Ellinger a eu recours à la dilatation extemporanée à l'aide de son nouvel instrument sont les suivants :

1° dysménorrhée, stérilité, anémie profonde; 2° dysménorrhée, hystérie, rétroflexion utérine, névralgie faciale; 3° dysménorrhée chez une jeune fille vierge; 4° dysménorrhée avec rétroflexion angulaire et adhérence; 5° dysménorrhée avec antéflexion, onanisme; 6° aménorrhée, onanisme; 7° et 8° ménorrhagie; 9° endométrite chronique, leucorrhée ancienne; 10° polype utérin, ablation immédiate de la tumeur.

Après avoir décrit en détail chacune de ces dix observations et tracé l'élogieux parallèle de la dilatation extemporanée avec les divers procédés mis en usage jusqu'ici (incision et dilatation progressive, cathétérisme et dilatation simple à l'aide de l'éponge préparée et de la laminaire), le docteur Ellinger arrive aux conclusions suivantes :

1° La dilatation extemporanée est surtout indiquée dans les rétrécissements, ou mieux, dans les cas d'étroitesse du canal cervico-utérin, que l'on observe presque toujours chez des jeunes filles adonnées à la masturbation. Elle est également applicable dans les cas de sténose cervico-utérine produite par la rigidité du col chez les vierges. En pareille occurrence, une seule dilatation suffit pour rétablir la régularité périodique de l'écoulement menstruel.

2° Dans les *métrorrhagies* dues à l'inertie ou à l'engorgement de l'utérus avec ou sans néoplasies dans les parois de l'organe, la dilatation extemporanée serait également très-utile, suivant le docteur Ellinger, en favorisant le libre écoulement par le canal cervical du sang extravasé.

3° Il en serait de même pour tous les produits de sécrétion pathologique, dont la rétention est souvent provoquée par le gonflement de la muqueuse du col.

4° La dilatation extemporanée faciliterait encore l'exploration digitale et partant le diagnostic dans les cas de tumeurs, de fongosités ou de polypes de l'utérus.

5° Elle serait également d'une grande utilité pour permettre l'introduction immédiate des sondes intra-utérines toutes les fois que le cathétérisme est nécessaire.

6° Enfin, elle constituerait le moyen le plus prompt en même temps que le plus sûr, pour combattre efficacement la stérilité.

Tels seraient les nombreux et brillants avantages de cette nouvelle méthode, à laquelle l'auteur ne trouve ni contre-indications ni défauts. En dépit de ces premiers et heureux résultats, nous croyons cependant qu'il est du devoir de tous les gynécologistes prudents de n'y recourir qu'avec la plus extrême réserve. (*Archiv fur Gynækologie*, V Band, 8 Heft, p. 268, 291; 1873.)

VARIÉTÉS.

La mort de Coste.

Le défaut d'espace nous a fait retarder la triste nouvelle que les journaux politiques ont rapidement propagée; Coste, le professeur du Collége de France, né le 10 mai 1807, a succombé le 19 septembre aux terribles complications d'une obstruction intestinale. Il était venu prendre quelque repos à la campagne, achevant son rapport au ministre de la marine sur la pêche des sardines, dans lequel il exposait les résultats de la dernière mission qui lui a été confiée. Nous nous réservons de montrer l'importance de l'œuvre accomplie par cet homme de haute science, qui est un exemple remarquable

de ce que la science peut produire lorsqu'elle sait se tourner vers les applications pratiques. Celles-ci à elles seules feraient de Coste un homme célèbre; le promoteur de la pisciculture, l'organisateur de cette culture des huîtres à laquelle l'avenir rendra toute sa valeur, s'est placé parmi les économistes bienfaiteurs de la France; nous le connaissions déjà comme l'un des plus illustres savants, comme un brillant professeur d'embryogénie comparée. Ceux qui l'ont approché (et combien ils sont nombreux!) : histologistes, gynécologistes, naturalistes, peuvent seuls apprécier l'ardeur de convictions, l'amour de la science, qui ont animé cette noble existence. Accessible à qui voulait apprendre, Coste a compté parmi ses élèves un grand nombre de médecins, et ses travaux, la reproduction de ses admirables préparations, ont été vulgarisés dans tous nos Traités de physiologie, d'histologie et d'accouchements. Citer ces travaux, c'est énumérer des œuvres capitales, tels sont : LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMBRYON DES OISEAUX, 1831; les RECHERCHES SUR LA GÉNÉRATION DES MAMMIFÈRES ET SUR LA FORMATION DES EMBRYONS, 1834-1838; le COURS D'EMBRYOGÉNIE COMPARÉE, 1837; l'OVOLOGIE DU KANGUROO, 1838, la NIDIFICATION DE L'ÉPINOCHE.

Nommé titulaire de la chaire d'embryologie comparée, Coste a résumé l'exposition de ses découvertes et de ses doctrines dans l'HISTOIRE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DU DÉVELOPPEMENT DES CORPS ORGANISÉS ET DE LA GESTATION CHEZ L'ESPÈCE HUMAINE (1847). Nous laissons quant à présent de côté les travaux de Coste sur la pisciculture et l'ostréiculture: nous nous rappelons que les plus chères préoccupations de Coste étaient en faveur de l'*embryogénie comparée;* nous songeons aux regrets que lui laissait un affaiblissement de la vue qui l'arrêtait dans ses recherches histologiques; dans son dernier cours, il y a quelques mois, il parlait avec un enthousiasme pénétrant de l'avenir de l'embryogénie; il nous rappelait les difficultés qu'il avait su vaincre pour retrouver sur les cadavres de la Morgue les phénomènes de l'ovulation, de la conception; entouré de ses préparations, qui n'avaient trouvé de place que sur la table même du professeur, il regrettait le modeste espace qui lui était réservé et nous parlait de ses projets d'avenir, de l'espoir de faire à Paris un laboratoire pour les études embryogéniques, un musée où figureraient ces pièces qui appartiennent désormais à l'histoire de la science, et sur lesquelles veilleront ses amis, certains d'accomplir ainsi les vœux les plus chers d'un professeur qui s'est fait aimer de tous ceux qui l'ont connu.

A. HÉNOCQUE.

CHOLÉRA. — Une intruction concernant le choléra vient d'être publiée par le Conseil d'hygiène. Elle recommande principalement : 1° de traiter au plus vite la diarrhée préliminaire par la menthe, le rhum, les opiacés, etc.; 2° de veiller à l'exécution des soins hygiéniques (propreté, sobriété, vêtements suffisamment chauds, etc.); 3° de placer les lits au milieu des chambres, et non dans les encoignures, de désinfecter le produit des déjections alvines et des vomissements par l'addition d'acide phénique (2 à 10 grammes par litre d'eau), de chlorure de chaux, d'eau de Javel; de laver dans des solutions des mêmes substances les effets qui auront servi aux cholériques.

CHOLÉRA EN HONGRIE. — On nous écrit :

« Vous avez raison de dire, dans le dernier numéro de la *Gazette*, que le chiffre annoncé par la *Gazette Nationale* ne contredisait pas celui que vous avez fait connaître, et qui semblait exorbitant. Je le connaissais de source certaine, et dans mes 60 000 ne figuraient pas les provinces annexées : la Transylvanie, le Banat, le district de Fiume, l'Esclavonie, la Croatie, la Dalmatie. C'est surtout dans une région enclavée entre le Danube et la Theiss que le choléra est si meurtrier en Hongrie. Près des confins militaires, dans le comté de Bács-Bodrogh, la panique a dépeuplé les petites villes et les villages. Je connais une localité du nom de *Kula* dans laquelle, à la fin du mois d'août, il y avait déjà 700 décès sur 8000 habitants (fort réduits par l'émigration). J'avais donc raison de vous dire que les populations, dans certaines localités, sont littéralement décimées.

» Les grandes villes, et notamment la capitale, souffrent infiniment moins que les campagnes. »

— On annonce que le docteur Dalrymple, député de Bath au Parlement, est mort du choléra le 15 septembre à Southampton. A Vienne, l'épidémie décroît : jusqu'au 9 il se développait environ 100 cas par jour; depuis le 10, il ne s'en développe plus que de 40 à 60. Encore faut-il ajouter que, malgré des défenses formelles, on a apporté des cholériques à l'hôpital de Weidemer, et immédiatement 21 malades ont été atteints. A Berlin, la mortalité diminue : du 28 août au 5 septembre, on avait compté 89 décès; du 5 au 11, on n'en compte plus que 24. Il en est de même en Roumanie : du 29 août au 10 septembre, on observait 1031 cas et 344 décès; du 11 au 18, on n'observe plus que 558 cas et 256 décès. A Saint-Pétersbourg, l'abaissement est encore plus fort; le 23 septembre, il n'y a que 12 cas nouveaux et 9 décès. En Italie, le choléra décroît partout, sauf à Naples. Voici le bulletin sanitaire du 26 septembre dans les provinces suivantes : Venise, 4 cas et 3 morts; Trévise, 1 cas, pas de mort; Parme, pas de cas; Brescia, 2 cas et 2 morts; Udine, 22 cas et 8 morts; Padoue, 1 cas et 1 mort; Gênes, 19 cas et 16 morts; Naples, 15 cas et 4 morts.

— Les jonruaux de Bayonne assurent que les autorités françaises des des Basses-Pyrénées ont informé le chargé d'affaires de France à Madrid qu'il n'existe aucune épidémie dans la région sud-ouest de notre territoire.

PAROTIDITE. — On lit dans le *Stéphanois* que M. Girrier, médecin inspecteur de l'armée, a été envoyé à Saint-Étienne par le ministre de la guerre pour étudier l'épidémie qui sévit dans la garnison de cette ville, et pour y porter un prompt et énergique remède. Les militaires appartenant au 75e de ligne sont atteints, depuis près de trois mois, d'une inflammation de la glande thyroïde.

ACADÉMIE DE MONTPELLIER. — M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, à titre de mission temporaire, de l'administration de l'Académie de Montpellier, en remplacement de M Donné, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

État sanitaire de Paris :

Du 20 au 26 septembre 1873, on a constaté, pour *Paris,* 973 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 40. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 33. — Dysentérie, 9. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 33. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 88. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 251. — Affections chroniques, 343, dont 150 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 29.

AVIS.

MM. les Abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE dont l'abonnement a expiré fin septembre sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire il leur sera présenté, dans le courant du mois d'octobre, un reçu de vingt-cinq francs, montant du renouvellement d'un an.

Pour les personnes recevant la GAZETTE et le BULLETIN DE L'ACADÉMIE, ce reçu sera de trente-trois francs.

SOMMAIRE. — **Paris.** A propos du choléra. — **Travaux originaux.** Clinique médicale : Contribution à l'étude des abcès du foie. — **Correspondance.** Du bubon coxalgipare. — Le choléra à Varsovie en juillet, août et septembre 1873. — **Congrès scientifiques.** Congrès médical international de Vienne. — 45e congrès des naturalistes et des médecins allemands. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — **Revue des journaux.** De la dilatation extemporanée du canal cervico-utérin. — **Variétés.** La mort de Coste. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 9 octobre 1873.

A PROPOS DU CHOLÉRA

Étant admis la relation qui unit les manifestations du choléra dans presque toutes les parties du monde aux explosions de la grande endémie des bords du Gange, il ne s'ensuivrait pas fatalement que la transmissibilité ne puisse être contestée. Elle l'est du reste, comme chacun sait, même après les enseignements que doit fournir l'examen impartial des faits qui se succèdent journellement sous nos yeux. Hors de France, il semble que les partisans de la spontanéité deviennent de moins en moins nombreux; en Allemagne, en Angleterre, la plupart des épidémiologistes modernes ont adopté la théorie de la transmissibilité; en France, elle est encore combattue par un groupe que représentent avec autorité M. J. Guérin et M. Cazalas, dont nous avons regretté de ne pas voir même prononcer le nom dans la présente discussion à l'Académie.

M. Fauvel, dans son argumentation du 30 septembre dernier, a particulièrement insisté sur l'importance que doivent avoir, aux yeux des esprits impartiaux, les consciencieuses analyses de faits qu'ont accumulés les auteurs des innombrables travaux publiés au sujet du choléra, ainsi que les éminents rapporteurs des commissions académiques, les membres de la commission de Constantinople, etc. Ces faits, il ne faut point, comme dit justement M. Fauvel, en prendre ce qui est favorable à une opinion, mais les présenter dans toute leur vérité, les laisser parler d'eux-mêmes. Il s'en dégage une proposition qui n'a point encore été contredite par l'observation : «Jamais le choléra à marche envahissante n'a pris naissance sur un point quelconque de l'Europe qui n'avait pas eu de communication avec un autre point où régnait la maladie. »

On objectera peut-être qu'avec la fréquence et la rapidité des communications qui existent en Europe, il est toujours facile de trouver, si l'on veut, une relation de cause à effet entre l'explosion successive du choléra sur deux points même éloignés. Pour les relations terrestres, cela est à la rigueur possible, mais pour les relations maritimes il n'en est pas de même. Un exemple entre mille : En 1849 il n'existait aucun cas de choléra sur le littoral algérien ou dans l'intérieur de la colonie; le paquebot qui reliait Marseille, où existait le choléra, à Oran, encore indemne, arrive ayant à bord des individus qui pendant la traversée avaient présenté des symptômes évidents de choléra. Par une coupable complaisance, et malgré les avis d'un médecin militaire passager sur ce navire, l'autorité sanitaire locale admet le navire en libre pratique. Dans l'espace de deux ou trois jours à peine, des cas nombreux de choléra éclatait dans le voisinage de la maison où avaient été recueillis les cholériques à leur débarquement; ce point primordial devient un foyer, et la ville d'Oran ne tarde pas à être envahie tout entière.

Il serait impossible de rattacher l'origine de cette épidémie à une autre cause qu'à l'arrivée de ce navire contaminé et porteur de cholériques. Ce que l'on observait en 1849 à Oran on l'a retrouvé maintes fois depuis, ainsi que le font nettement ressortir les historiens du choléra en Algérie, Vincent et Collardot. Citerons-nous l'exemple des îles méditerranéennes parvenant, au milieu de la grande manifestation de 1865, à rester indemnes en s'isolant absolument, alors qu'en 1854 elles avaient été cruellement ravagées à la suite de leurs rapports avec les navires transportant les cholériques de l'armée d'Orient?

Devant des faits aussi précis, que deviennent les théories des constitutions diarrhéiques prémonitoires du choléra? Sans contredit, lorsque les épidémies de choléra se manifestent dans la saison chaude, et il en est le plus souvent ainsi, elles ont grandes chances pour coïncider avec une tendance générale à la diarrhée, tendance préexistante, sans qu'il y ait entre les deux une relation de causalité. D'autres fois, alors que déjà quel-

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. —Voyez les nos 17, 18, 34, 38 et 40.)

LES INSTITUTIONS SANITAIRES DE LA MER ROUGE. — LES QUARANTAINES, LES LAZARETS, ETC. — ORIGINE ET VOIES D'IMPORTATION DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Ainsi donc, c'est surtout à deux époques du pèlerinage que doivent s'exercer les mesures de surveillance les plus étroites : à l'arrivée et au départ des pèlerins.

La voie véritablement dangereuse pour l'importation de la maladie est la voie maritime. Il est essentiel de ne pas laisser rentrer en Égypte ces masses contaminées; aussi les arrête-t-on sur la limite du territoire arabique et égyptien, à *El Wetch*, où l'on a installé un lazaret. C'est là que les pèlerins *purgent* leur quarantaine.

Les stations sanitaires de *Gebel Tor*, les *fontaines de Moïse*, peuvent servir de complément à la station principale d'El Wetch.

Néanmoins, on peut se demander si ces mesures sont suffisantes, ou si, du moins, leur application rigoureuse peut se faire sans inconvénient.

On a souvent mis en avant l'idée d'une mesure bien plus radicale et dont les effets seraient, à n'en pas douter, des plus puissants; je veux parler encore de la fermeture de la voie maritime pour le retour des pèlerins en cas d'épidémie.

On a reculé devant l'exécution d'une pareille détermination, dont on s'est exagéré, je crois, la mise en pratique.

Ce qui vient de se passer cette année à l'égard des provenances de la côte africaine montre que son exécution ne rencontrerait pas autant de résistance qu'on le suppose; il a suffi au vice-roi d'Égypte de défendre la sortie du territoire aux gens du Soudan et de la Nubie et, plus particulièrement, aux *Tackrouris*, pour que nous ne voyions dans nos parages

ques cas de choléra ont éclaté, cette constitution diarrhéique s'accentue davantage, se transforme même, mais c'est d'une substitution qu'il s'agit, et non d'une succession véritable. Ne voyons-nous pas chaque jour, lorsque règne quelque grande maladie zymotique, comme la fièvre typhoïde, la plupart des affections internes prendre un caractère typhique tellement accusé que l'on s'arrête incertain sans pouvoir formuler un diagnostic précis.

En opposition avec ces constitutions diarrhéiques précédant l'apparition du choléra, on trouve, surtout dans les régions séparés des contrées avoisinantes par leur situation géographique, nombre de cas où le choléra éclate sans que rien ait été changé dans la constitution médicale régnante, et au milieu d'une santé publique aussi parfaite que possible.

Relativement aux modes de transmission du choléra, on peut encore, avec M. Fauvel, formuler la loi, jusqu'à présent non démentie : « Jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter. » Souvent ce temps est beaucoup plus long, des circonstances favorables ne se sont pas sans doute produites, mais jamais il n'a été plus court. Alors que dans les deux premières grandes épidémies européennes, le choléra semblait n'avancer qu'à pas lents en suivant les voies fluviales ou routières, depuis 1865 les navires à vapeur, les chemins de fer, paraissent lui prêter leur concours et lui permettent de faire pour ainsi dire des bonds comme celui de Marseille à Paris, bonds que l'on n'observait jamais autrefois. L'homme, c'est-à-dire l'organisme contaminé, serait donc le principal agent de transmission.

Il est évident que l'épidémie du Hâvre, qui a servi de point de départ à M. J. Guérin pour soutenir à nouveau sa théorie de la spontanéité, ne laisse pas que d'être embarrassante; mais véritablement c'est se montrer bien sévère pour les partisans de la transmission que d'exiger toujours et dans chaque cas spécial qu'ils puissent montrer du doigt l'individu ou le navire qu'ils supposent avoir été l'agent de la transmission.

Tout ou rien, semblent dire les partisans de la spontanéité; vous ne prouvez pas mathématiquement la transmission, donc elle n'existe pas.

Or que disent les faits dans ce cas particulier : le choléra régnait à Hambourg depuis le commencement de juillet au moins; on le savait en France, mais les navires allemands partant de ce port recevaient des autorités sanitaires allemandes une patente nette, ils étaient donc admis en libre pratique. Dans une ville où la population flottante se renouvelle avec autant de rapidité qu'au Havre, est-on certain de savoir exactement ce que deviennent les centaines de personnes qui y débarquent journellement.

Or, dès le 27 juillet, deux pêcheurs avaient présenté des symptômes non équivoques de choléra, l'un d'eux succombait le 30. Le 2 août, un matelot arrivant du Gabon, et atteint de dysentérie chronique, succombait à l'hôpital avec des symptômes cholériformes et devenait la cause d'une erreur que M. Fauvel a scrupuleusement signalée. Néanmoins, le 4 août cinq personnes entraient à l'hôpital et y succombaient dans la journée; ceci se passait deux jours après le passage au Havre du steamer *Hammonia*, venant de Hambourg en patente nette, admis en libre pratique et chargé d'émigrants. Ceux-ci avaient évidemment séjourné à Hambourg avant leur embarquement, ils sont descendus à terre au Havre, y ont demeuré vingt-quatre heures au moins, et s'ils n'ont laissé aucun des leurs à l'hôpital, qui pourrait affirmer que leur présence, les traces matérielles même de leur passage, n'ont point une relation de causalité avec les cinq cas qui éclatent le 4, deux jours après leur départ? *Deux jours*, c'est-à-dire la moyenne de la période d'incubation du choléra, qui du reste peut être beaucoup plus longue.

Puis, remarquons-le bien, ces cinq individus qui entrent à l'hôpital n'offrent pas des choléras légers comme l'est d'ordinaire le choléra nostras, même au Havre, où il règne tous les ans; ce sont des cas de première gravité, puisque les cinq malades succombent, trois dans la même journée, un quatrième le 5, le dernier le 7. Après une courte accalmie de quatre jours, le choléra se généralise; à partir du 12, on enregistre des décès tous les jours, et le 16 on en compte 9. Du 17 au 22, point de décès, ou du moins on n'en observe que chez les jeunes enfants, mais à partir du 23 et pendant tout le mois de septembre, il meurt en moyenne 7, 5, 4, 3, et enfin 2 personnes par jour.

De ce que l'épidémie ne s'est point manifestée jusqu'à présent avec une intensité bien effrayante au Havre, faut-il nier l'existence du choléra à marche envahissante et n'y voir que le choléra dit nostras, dont on observe des cas tous les ans pendant les chaleurs. Comme le fait observer M. Fauvel, 5 décès par jour au Havre équivalent à 100 décès pour Paris, c'est-à-dire à une mortalité supérieure à celle que présentait l'épi-

---

aucun indigène de cette côte. Le choléra qui régnait dans ces pays commandait, en effet, ces dispositions.

Dans l'état actuel des choses, on a pensé devoir suppléer à cette mesure peut-être excessive et qui serait si préjudiciable, il faut bien l'avouer, au commerce et à la navigation, par d'autres mesures ou d'autres institutions sanitaires.

L'organisation politique et surtout médicale du pays est tellement défectueuse qu'on n'a pu encore résoudre dans la pratique, au moins, toutes les questions qui se rattachent à ce grand problème.

Étant admis aujourd'hui que la grande voie d'importation du choléra dans le Hedjaz est la route de l'Inde, c'est cette route qu'il faut surveiller, et c'est une surveillance de tous les instants, de toute l'année qu'il faut exercer sur ces provenances, car les relations entre la mer des Indes, le golfe Persique et la mer Rouge sont continues.

En dehors des arrivages réguliers des pèlerins, il y a des retardataires et, chaque année, on peut compter 1800 ou 2000 pèlerins indiens amenés par les voiliers au Hedjaz entre deux pèlerinages; de même aussi, il y en a qui devancent de beaucoup l'époque des fêtes et qui viennent passer ici tout le Ramadhan.

On peut donc avoir, en quelque sorte, toute l'année des importations suspectes, et il ne faut pas espérer, si le germe est entré, pouvoir, je ne dirai pas le déraciner dès le principe, mais même le connaître de sitôt.

Je pousse tellement loin le scrupule à cet égard que, dans le cas où une épidémie viendrait à éclater au Hedjaz, je ne croirais à sa disparition complète que si le pèlerinage suivant en était indemne, c'est-à-dire s'il s'était écoulé une année entière de calme à cet égard.

Une fois les masses de hadjis parties, il reste encore assez de pèlerins (des Indiens surtout) pour perpétuer la maladie; vienne une nouvelle agglomération, ou un nouveau *Hadj*, alors éclate un nouvel incendie.

démie de 1865-1866. A Paris et dans les autres localités atteintes jusqu'à présent, si le choléra de 1873 ne semble pas atteindre le degré de gravité que nous lui trouvons d'ordinaire, On n'en peut rien inférer de certain pour l'avenir.

Étant donné cependant que l'épidémie actuelle se relie à la grande manifestation de 1865-1866, il est fort possible que, comme dans les deux épidémies précédentes de 1832 et de 1849, ses retours soient moins dangereux que la première apparition. En fait d'épidémiologie, nous en sommes encore aux éléments, nous observons avec autant de conscience que possible les faits, pour y chercher la voie qui mènera à la vérité; aussi est-on forcé de constater, sans l'expliquer aucunement, que les affections zymotiques semblent s'user par leur action même; si ce n'était trop prêter le flanc à la critique, on pourrait dire que les choses se passent comme si une certaine quantité de germes morbides avaient été déversés sur l'Europe où ils se répandent jusqu'à ce qu'ils aient tous trouvé leur placement. Puis survient une période de calme, et au bout de quelque temps, importés ou nés sur place, les germes font de nouveau éclosion. La variole, la rougeole, n'agissent-elles point de la sorte?

Étant admis qu'il existe un agent cholérique, la diarrhée prémonitoire et la cholérine s'expliquent facilement; ce sont des manifestations du choléra, ou plutôt des cas de choléra véritables; la réceptivité individuelle, la quantité peut-être d'agent cholérique absorbé, font varier l'intensité et la modalité clinique chez les différents individus, mais ce sont bien des choléras; aussi paraît-il peu rationnel de séparer, dans les statistiques, les différentes formes de la même entité morbide, car où finit la cholérine, où commence le choléra, personne ne saurait le dire exactement. Comptons comme choléra toutes ces manifestations, et au lieu d'effrayer la population en lui montrant toujours cette mortalité de 50 pour 100, nous arriverons à trouver une mortalité bien inférieure, 10 pour 100 peut-être, et sans user d'aucune supercherie on se rapprochera d'une interprétation plus véridique des faits. — Cliniquement, la diarrhée cholérique, la cholérine et le choléra ne font qu'un; ils sont l'un à l'autre ce que sont entre eux les divers degrés de l'intoxication dans la fièvre typhoïde, dans la variole, dans le typhus pétéchial. Un malade atteint de cholérine ou de diarrhée cholérique transmet un choléra foudroyant, comme une varioloïde peut faire naître une variole confluente, la réciproque existant du reste avec la même netteté.

Reste la question du choléra nostras, qui demeure le point faible de l'argumentation des partisans de l'importation. En tant que symptômes, il diffère déjà sensiblement de son homonyme asiatique, au point de vue épidémiologique il ne présente avec lui aucune ressemblance. Quelle que soit l'intensité de cas exceptionnels, quelque déplorables que soient au point de vue hygiénique les milieux où il se montre, jamais il n'a manifesté cette marche envahissante des véritables épidémies cholériques et jamais il n'a permis de supposer qu'il puisse devenir transmissible. Lorsqu'on aura prouvé le contraire; lorsqu'en dehors de toute relation avec un foyer cholérique, le choléra n'existant même en aucun point de l'Europe, on aura vu dans un centre de population naître sur place des cas de choléra, qui alors seront bien des cas indigènes; lorsque cette endémie se sera propagée dans ce milieu et se sera répandue à l'extérieur avec la forme envahissante propre à l'épidémie et que nous persisterons à rapporter au choléra indien; alors, mais alors seulement, on aura prouvé la spontanéité, et tout ce qu'on aura pu dire ou écrire demeurera lettre morte.

Jusqu'à ce moment, le devoir des gouvernements, des municipalités, des médecins, est de maintenir dans leur rigueur les mesures prophylactiques qui peuvent s'opposer à l'introduction du fléau, de le combattre pied à pied en défendant les frontières, les cités, les quartiers, les maisons même. C'est là le côté pratique de la question qu'il nous reste à envisager.

G. Morache.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

De quelques analogies entre le choléra et la fièvre jaune par le docteur O. Saint-Vel.

Devant les obscurités et les incertitudes que présente, en dépit d'innombrables travaux, l'étude du choléra, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à examiner certaines analogies que découvre l'étude d'une maladie aussi grave, la fièvre jaune, aussi peu connue malgré l'observation de près de quatre siècles. L'impuissance de la science à déchiffrer ces redoutables énigmes nous éloigne des théories qui ne font qu'encombrer le chemin. L'hygiéniste et le clinicien trouveront peut être quelques faits intéressants dans cette ébauche d'un chapitre de pathologie comparée.

On peut affirmer, en dépit de toutes les hypothèses émises,

Cette opinion est fondée sur le défaut de surveillance rigoureuse, sur l'insouciance propre à ce pays, sur le peu de confiance qu'il faut accorder à certains préposés sanitaires et sur le mobile intéressé qui pousse tout le monde à dissimuler la vérité, jusqu'à ce que des faits écrasants viennent la dévoiler. C'est ainsi que je crois pouvoir ne considérer l'épidémie de 1866 dans le Hedjaz que comme une suite non interrompue de celle de 1865, quoiqu'il paraisse aussi qu'elle ait été renforcée par une importation *indienne* nouvelle (ce qui expliquerait son intensité et sa durée) à l'époque des fêtes du Kourban.

Quant à celle de l'an dernier (1871-72), on observera que le choléra régnait dans le Hedjaz depuis le mois de septembre 1871; il ne provenait point du grand pèlerinage de 1871, qui avait été indemne et net pendant les fêtes du Kourban (février); mais il a compromis celui de 1872, en gagnant la foule de hadjis nouvellement arrivés et en y trouvant, comme d'habitude, un foyer de renforcement.

On observera aussi qu'en 1871 la voie d'importation a été tout autre que de coutume, puisqu'on peut prouver que le choléra a été apporté en Arabie par les Persans (voie de terre) et que les provenances de l'Inde étaient pures de tout contage cette année. Mais ce fait, exceptionnel pour les importations cholériques dans le Hedjaz, est facile à expliquer par des circonstances particulières, telles que la grande famine qui régnait alors en Perse et qui avait plongé dans les conditions les plus misérables les Persans en cours de pèlerinage du côté de l'*Irak-Arabi*, c'est-à-dire à *Mechet-Ali* (septembre); c'est là qu'eut lieu le contact de masses considérables et déjà infectées avec les Bédouins du *Djebel Schammar*, qui, pris de panique en présence de ce flot de population affamée et souillée, se retirèrent précipitamment à l'intérieur et servirent de véhicule à la maladie jusqu'aux lieux saints, Médine et la Mecque; c'est ainsi que fut transmis le choléra aux hadjis de 1872, dès l'entrée de ces derniers à Médine.

Si l'on suit attentivement les diverses étapes de ce choléra de 1871-72, si l'on groupe bien les dates, on verra que sa

que l'origine du choléra est aussi obscure que celle de la fièvre jaune. Le foyer de celui-là n'est peut-être pas plus le delta du Gange que le delta du Mississipi n'est le foyer de celle-ci. Sous l'influence de conditions climatériques et telluriques inconnues, le choléra naît et reste endémique dans la presqu'île du Bengale. Des causes analogues produisent la fièvre jaune qui règne endémiquement sur le littoral continental du golfe du Mexique et de la mer des Antilles. Voilà donc, par rapport à l'Europe, deux maladies exotiques et tropicales. Elles ne sont pas nécessairement attachées au sol qui les produit; elles ont au contraire de la tendance à s'irradier, même très-loin de leur foyer. Elles procèdent par petites et par grandes migrations; les premières ayant lieu de proche en proche, restant concentrées dans une étendue dont le rayon a quelques centaines de lieues. Ainsi le vomito negro envahit presque tous les dix ans les petites Antilles semées en demi-cercle à l'ouest du golfe du Mexique; ainsi, le choléra, dans l'Inde, fait des pointes plus ou moins distantes de son foyer.

Les grandes migrations de ces maladies envahissent des continents entiers. Bien que la marche de chacune d'elles diffère, la lenteur la caractérise. Des conditions nouvelles doivent sans doute augmenter le pouvoir transmissif de l'une et de l'autre ou préparer le terrain sur lequel elles avancent. Sous l'empire de quelles modifications le choléra qui existait au Bengale a-t-il, pour la première fois, quitté l'Inde, en 1817, pour gagner la Perse, la Russie et arriver en France en 1832? La même lenteur s'observe sur le continent américain, dans la marche envahissante de la fièvre jaune qui a dépassé le tropique du Capricorne et gagné le versant occidental de l'Amérique méridionale. Seulement, à l'inverse du choléra qui rayonne dans toutes les directions, la fièvre jaune conserve son caractère de maladie du littoral et remonte depuis quinze ans le long des côtes du Brésil, de la république Argentine, du Chili et du Pérou. Ainsi le littoral entier du continent américain tend à devenir le domaine de la fièvre jaune. Disparaîtra-t-elle du versant occidental des Andes et reviendra-t-elle après une longue période d'immunité, comme l'a fait le choléra en Europe qu'il a revisitée en 1849? C'est le secret de l'avenir.

Comme le choléra, la fièvre jaune se transmet par les navires d'un continent à l'autre. L'Europe compte depuis le siècle dernier plusieurs exemples de ces migrations lointaines. Livourne, Barcelone, Gibraltar, Lisbonne, Saint-Nazaire, ont été successivement éprouvés. L'Afrique n'a pas été exempte de la maladie qui a éclaté à différentes époques sur son littoral occidental, sur la côte de Guinée, à Gorée et à Saint-Louis du Sénégal. Le rivage oriental n'a pas été visité jusqu'ici. Cette invasion du littoral africain met en lumière un fait intéressant, c'est que la fièvre jaune ne sévit pas exclusivement sur la race européenne. A Gorée et au Sénégal, en 1830 et en 1837, les indigènes furent frappés comme le furent plus tard les nègres et les mulâtres lorsque le vomito negro reparut à Cayenne, en 1850, après un intervalle d'un demi-siècle. Le choléra importé par des navires partis d'Europe a envahi l'Amérique à différentes époques. Tandis que la fièvre jaune frappe surtout l'Européen, n'atteint les races tropicales que dans des conditions particulières, comme lorsqu'elle éclate dans un pays où elle n'a jamais paru ou qu'elle y revient après un temps assez long pour permettre aux générations venues les dernières de perdre l'immunité; tandis que les créoles jouissent d'une immunité presque absolue et les Européens acclimatés d'une immunité relative, le choléra sévit indistinctement sous toutes les latitudes, sur toutes les races, fauchant impitoyablement les races tropicales, comme en 1854, à Sainte-Lucie et à la Trinidad, en 1865, à la Guadeloupe, léthalité en rapport avec les mauvaises conditions hygiéniques de ces races.

Ces invasions par mer permettent de suivre assez exactement la marche des deux maladies. Ainsi transportée, la fièvre jaune évolue sur place, suivant un rayon peu distant du foyer qu'elle a formé. En Europe elle reste concentrée dans les villes où elle sévit, comme à Gibraltar en 1813 et en 1828; ou elle ne constitue plus que de petites épidémies comme celle de Saint-Nazaire ou même elle s'éteint plus au nord dans l'atmosphère de Southampton et des autres ports d'Angleterre. Même en Amérique, quant elle envahit périodiquement les Antilles, elle reste localisée à la zone du rivage et, dans les pays où elle est endémique, elle ne dépasse pas l'altitude de 500 à 600 mètres. Le choléra qui vient par mer ne se limite pas à la ville et à ses environs; il se répand dans tous les quartiers d'une île, comme il l'a fait à la Guadeloupe; il se dissémine sur une vaste étendue de pays ainsi que le montrent ses invasions successives aux États-Unis. La faible altitude, qui est un boulevard contre la fièvre jaune, ne l'arrête pas. Toutefois il n'a pas de tendance à régner sur les étages élevés, même en Asie. A diverses reprises il a éclaté sur les montagnes de l'Himalaya, mais il n'y a pas pris naissance et n'a pas sévi sur la population misérable qui les habite. Venu avec des pèlerins indiens qui les traversaient, il les a décimés et s'est répandu dans la vallée de Cachemire et le Caboul où il a exercé d'effroyables ravages (Curran, *Medical History of the Himalayas*, in *the Dublin quarterly Journal of Medical science*, August 1871, p. 108).

L'altitude n'assure une préservation absolue contre la fièvre jaune que si l'isolement est complet. Dans les camps de préservation établis sur les hauteurs de la Martinique et de la Guadeloupe, on a vu des individus qui étaient descendus dans les villes contracter la fièvre jaune, la porter aux camps et la transmettre de seconde main à quelques autres, mais la maladie s'est toujours arrêtée à cette génération. Sur le continent américain, la fièvre jaune peut être transportée dans l'inté-

---

filiation est des plus nettes et que le moment le plus fort de l'épidémie correspond au mois de janvier 1872, époque à laquelle une forte caravane était partie de la Mecque pour Médine, avant les fêtes du Kourban-Baïram (la Mecque venait alors d'être infectée par Médine, à la suite de mouvements de troupes des plus inopportuns d'une ville à l'autre); aussi ne devait-on accueillir qu'avec réserve, un mois plus tard, la nouvelle, qu'on envoyait de la Mecque, que tout s'était *bien passé* (sans maladies) pendant les fêtes du Kourban-Baïram. On était en train de délivrer des patentes nettes aux navires, à Djeddah, lorsqu'un courrier spécial de la Mecque annonçait tout à coup que des cas de choléra venaient d'être observés. Il fallait s'y attendre, car le fléau ne disparaît pas ainsi du jour au lendemain, surtout lorsque existent encore toutes les conditions favorables à sa rapide propagation, c'est-à-dire de grandes agglomérations humaines.

Quoi qu'il en soit et, bien que la voie d'importation du choléra de 1871 dans le Hedjaz ait été anormale, il n'en faut pas moins reconnaître que c'est la voie maritime qu'il suit habituellement lorsqu'il est transporté de l'Inde en Arabie.

C'est donc cette voie qu'il faut avant tout observer.

Aussi est-il permis de regretter que le projet d'établissement d'un vaste lazaret à l'entrée de la mer Rouge n'ait pas encore reçu son exécution. La commission envoyée, en 1867, dans la mer Rouge concluait ainsi, après avoir exploré toute la côte :

« Surveillance et arraisonnement nécessaires à Périm; lazaret le plus près possible du détroit de Bab-el-Mandeb et, faute de mieux, à l'île de Camaran.

» Organisation d'un service sanitaire permanent à Djeddah (qui en serait le centre), à Yambo, Lith, Loheia, Hodeidah et Moka; préposés sanitaires à Raïs, Rabegh, Confoudah et Djisan. »

Djeddah, Yambo et Hodeidah sont aujourd'hui les principaux postes ou offices sanitaires de la côte arabique.

L'île de Camaran se trouve à 160 milles, au N. E. du détroit

rieur des terres, mais ne s'y propage pas. En Europe, la propagation de cette maladie en dehors et au delà du foyer d'importation, très-bien nommée par M. Mêlier (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1863, t. XXVIII), propagation de seconde main, a été clairement démontrée dans l'épidémie de Saint-Nazaire. C'est le fait du médecin de Montoir, le docteur Chaillon qui, sans avoir été à Saint-Nazaire et seulement pour avoir donné des soins à un malade qui en venait et qui avait travaillé à bord de l'*Anne-Marie*, fut lui-même atteint d'une fièvre jaune des mieux caractérisées. L'organisme humain est évidemment un conducteur de la fièvre jaune et du choléra. Les faits de propagation de seconde main sont très-fréquents pour le choléra, qui s'arrête rarement à cette limite. C'est ce qu'on n'a que trop souvent l'occasion d'observer lorsqu'un individu parti d'une localité infectée apporte la maladie dans un village qui ne tarde pas à être envahi et à devenir un nouveau foyer. C'est encore ainsi que se comporte la dysentérie qui, lorsqu'elle règne dans un régiment en Afrique, se déclare partout où ce régiment vient séjourner, suivant ainsi à la trace les colonnes expéditionnaires. Et si, comme le remarque Trousseau (*Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. III, p. 160), on évacue quelques-uns de ces malades en France, Marseille, sur laquelle ils sont dirigés, devient à son tour le foyer d'une épidémie de dysentérie dont on n'avait pas d'exemples avant l'arrivée de ces soldats. A l'inverse du choléra, dont la transmission est illimitée en quelque pays qu'on l'observe, la fièvre jaune, même en Amérique, ne se propage d'une façon continue que sur la zone du littoral.

Le choléra peut-il éclater, en pleine mer, sur un navire qui n'a pas touché à une côte infectée et dont personne de l'équipage ne provient d'un point suspect? Nous ne saurions le penser. Jamais dans des conditions identiques la fièvre jaune n'a éclaté à bord d'un navire. L'expérience démontre qu'un navire ne peut être atteint au large, dans les parages où elle sévit. Elle ne se déclare parmi l'équipage qu'à la condition que le bâtiment ait communiqué avec le littoral infecté. Une fois contaminé, le navire devient un foyer, conserve le mal dans ses flancs, le transporte et le transmet au port d'arrivée. Pour que la contamination ait lieu, il ne suffit pas que le chargement se soit effectué dans un port infecté, il faut que la maladie ait régné à bord. Jusqu'ici aucun navire n'ayant pas eu de morts dans la traversée n'a communiqué la fièvre jaune. Les marchandises paraissent peu propres à la transporter. En effet, s'il en était autrement, les nombreux navires qui prennent des chargements de sucre aux Antilles et dans les autres pays où elle règne, l'auraient introduite plus souvent en Europe. Assurément, disait M. Rufz (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1863, t. XXVIII), si cette matière pouvait être considérée comme un réceptacle de fièvre jaune, ce ne serait pas quelques rares importations de cette maladie qu'on pourrait compter. L'influence nocive de la cale du navire, reconnue de tout temps, a été mise en lumière une fois de plus par les investigations de M. Mêlier. Ce n'est pas que la fièvre jaune puisse s'y engendrer spontanément, mais quand elle s'est manifestée à bord, le miasme, le *nescio quid ignotum* qui la transmet se conserve, se développe peut-être dans l'air confiné du fond de cale qui se transforme en réceptacle, comme une salle d'hôpital.

Les faits évidents de transmission de fièvre jaune et de choléra par navires arrivant des ports infectés, justifient les mesures quarantenaires telles que les a proposées la commission internationale de Constantinople. Les mesures de préservation contre la fièvre jaune en Europe peuvent être encore plus douces. Pour un esprit libre de toute préoccupation théorique, toute île qui, grâce à sa configuration, saura se maintenir isolée et à l'abri de tout contact douteux, se préservera des deux maladies. Cette proposition n'agrée pas à ceux qui considèrent volontiers le choléra épidémique comme l'aggravation et l'extension du choléra nostras. L'étude comparée du vomito negro jette quelque clarté sur ce point obscur de pathogénie, et l'analogie que nous allons indiquer ne soutient pas cette conception théorique.

Dans les intervalles de plus de dix ans qui séparent, aux Antilles, les épidémies de fièvre jaune, on observe une fièvre sporadique, prenant parfois le caractère épidémique et dont la symptomatologie rappelle le vomito negro. Au début, sécheresse et élévation de température de la peau, courbature, céphalalgie, pouls fréquent, yeux injectés, langue rouge ou légèrement saburrale, urines colorées et tendant à devenir rares. L'injection oculaire se prononce de plus en plus; le visage vultueux prend ensuite une teinte jaune qui se répand sur les sclérotiques. Ni douleur, ni augmentation de la rate et du foie; suppression des urines, nausées suivies de vomissements muqueux et bilieux, bientôt striés de noir, brunâtres, tout à fait noirs ou composés de sang vif. Délire fugace, rarement violent, intelligence le plus ordinairement saine jusqu'à la fin; soubresauts des tendons, refroidissement des extrémités. L'adulte meurt plutôt après un vomissement noir; l'enfant après une convulsion. Après la mort la teinte jaune devient plus foncée. Cette symptomatologie ne reproduit-elle pas les traits principaux de la fièvre jaune avec autant d'exactitude que le choléra nostras rappelle ceux du choléra asiatique?

Cette fièvre que l'observation permet de rattacher des fièvres paludéennes ne doit pas être confondue avec le vomito negro. C'est une méprise que le praticien ne fera plus, au bout d'un certain temps, ni aux Antilles, ni au Mexique où elle existe également. En dehors de la symptomatologie, les différences s'accusent nettement. On voit des épidémies de cette fièvre sévir sur les enfants et les adultes de toute race, créoles,

---

de Bab-el-Mandeb, entre 15 et 16° de latitude N., 40 et 41° de longitude E.

La commission envoyée, en 1870, pensait que l'emplacement le plus approprié à un lazaret serait Cheik-Saïd, à l'entrée même de la mer Rouge, en face de l'île de Périm et formant le côté E. du détroit de Bab-el-Mandeb.

On sait que de nombreux îlots, des bancs de sable et de corail bordent les deux côtes de la mer Rouge, depuis Bab-el-Mandeb jusqu'à Suez. Ces conditions topographiques, qui constituent un véritable danger pour les navigateurs étrangers, offrent, au contraire, aux habitants de la côte de grandes facilités et des avantages réels qu'eux seuls savent exploiter; accoutumés, dès leur enfance, à naviguer en côtoyant, ces riverains connaissent chaque îlot, chaque banc et chaque anfractuosité; ils s'en servent comme lieux de refuge contre le mauvais temps; ils s'en servent aussi pour éviter le préposé de la douane et faire de la contrebande.

Il est absolument impossible de surveiller une côte aussi étendue et dont la disposition facilite des débarquements un peu partout.

Donc, tout établissement quarantenaire sur la côte de la mer Rouge, depuis Bab-et-Mandeb jusqu'à Yambo, érigé dans le but d'empêcher la libre communication des provenances des Indes avec le Hedjaz, serait tout à fait inutile, vu la grande facilité d'éluder la surveillance la plus sévère et attendu qu'on ne saurait empêcher les débarquements clandestins.

Peut-on se fier davantage au concours des populations? Loin de là; on peut être certain de trouver dans ces tribus de Bédouins les plus sérieux obstacles à la mise en pratique de toutes mesures quarantenaires.

Ce sont les Arabes de la côte qui fourniront les pilotes aux navires provenant de l'Inde, pour leur indiquer l'endroit le plus convenable à opérer en secret la descente à terre des pèlerins.

Ce sont les Bédouins qui fourniront à ces mêmes pèlerins les chameaux qui les transporteront dans les villes saintes, sans

blancs, noirs et mulâtres et, chose étrange, respecter parfois la population européenne, population flottante, renouvelée par le changement de garnison, l'arrivée d'immigrants et le personnet changeant des navires de commerce. Que dans une des Antilles la fièvre jaune éclate, apportée par un navire infecté, mode de propagation qu'on peut presque toujours découvrir, cette population européenne mobile sera sévèrement atteinte, tandis que parmi les créoles et les indigènes on ne comptera que quelques cas de ces fièvres graves nommées dans le peuple mauvaises fièvres. Ce n'est pas que l'Européen acclimaté ou non acclimaté ne puisse les contracter ; il peut en être atteint après avoir eu la fièvre jaune et, s'il leur a payé tribut, ce tribut ne le garantira pas contre celle-ci. Si une sérieuse attaque de fièvre jaune crée et confirme l'immunité, l'attaque la plus grave de ces fièvres ne met pas à l'abri de leur retour. En 1861, j'ai vu mourir des personnes qui, en 1859, en avaient présenté les symptômes les plus redoutables, les vomissements noirs et les convulsions. La fièvre jaune n'existait pas ces deux années-là. Il est des sujets dont la vie, par une fatale prédisposition, est mise en péril à diverses époques par ces accès pernicieux.

En insistant sur ce fait que le typhus ictérode frappe les inacclimatés, qu'il est transportable loin du foyer primitif et peut, sous la zone torride comme sous la zone tempérée, former des foyers secondaires, tandis que ces fièvres restent concentrées dans leur foyer et ne sont nullement transmissibles; en ajoutant que le sulfate de quinine, puissant contre elles, est inerte dans la fièvre jaune, j'aurai tracé les traits principaux qui distinguent les deux maladies. Ces fièvres qui ne dégénèrent pas en fièvre jaune et ne se reproduisent pas en dehors de leur foyer, n'ont-elles pas de l'analogie avec le choléra nostras qui présente la symptomatologie du choléra indien sans se transformer en choléra épidémique et sans former de foyers secondaires? Elles revêtent à un moment donné le caractère épidémique, tandis que le choléra nostras subit plutôt, dans certaines années, à l'époque des chaleurs, une recrudescence plus ou moins forte. Fièvres et choléra nostras existent presque toute l'année à l'état sporadique aux Antilles et en Europe et cependant ici des périodes décennales s'écoulent entre l'invasion des épidémies de choléra, là, entre celle des épidémies de vomito negro. Deux faits d'observation tendent à démontrer la non-identité du choléra sporadique et du choléra épidémique : l'existence du premier constatée en Europe bien avant 1831 et sa présence actuelle dans des pays tropicaux que le choléra asiatique n'a pas encore visités. Des siècles avant que celui-ci aborda l'Europe, le choléra sporadique y était connu, et Sydenham (*Médecine pratique*, traduction de Baumes, t. II, p. 333), qui l'a nettement décrit, le rangeait parmi les maladies automnales de l'Angleterre. Sous les tropiques, il constitue une des formes les plus graves des diarrhées qui y sont endémiques. « Presque toutes les années, » rapporte M. Rufz (*Chronologie des maladies de Saint-Pierre* » (*Martinique*), 1869, p. 41), parmi les cholérines que l'on observe à la Martinique, il y en a de très-violentes qui peuvent » être considérées comme des cas de choléra nostras ou sporadique; mais malgré le trouble général qu'elles produisent, » elles sont loin d'avoir les caractères et la gravité du choléra » asiatique. »

Si nous quittons le terrain de l'épidémiologie pour celui de la clinique, nous ne pouvons que constater l'insuffisance de nos moyens d'investigation. Comme la fièvre jaune, le choléra ne livre son secret ni à la chimie ni au microscope. La conclusion de tant de travaux accumulés est que les deux maladies résultent d'une intoxication par des agents morbides inconnus, caractérisée pour l'une par des évacuations nombreuses, une transsudation rapide et abondante de liquide par les muqueuses de l'intestin et de l'estomac et pour l'autre par des hémorrhagies par les diverses muqueuses, et surtout par la muqueuse stomacale, et par une suffusion sanguine générale, véritable ictère hémaphéique. Les deux affections observées cliniquement frappent par leur dissemblance. Ce ne sont ni les mêmes prodromes, ni les mêmes symptômes, ni la même marche, ni les mêmes altérations anatomiques. Au milieu de ces différences profondes on ne retrouve plus que deux symptômes communs, l'albumine dans les urines et l'anurie. Vers le déclin des deux maladies certaines analogies reparaissent, mais chez quelques sujets seulement. Tels sont les abcès profonds intermusculaires, les parotides, les éruptions furonculaires. Ces furoncles, si fréquents à cette période de la fièvre jaune, sont-ils liés à la glycosurie ainsi que l'a démontré M. Gubler pour le choléra? C'est un point intéressant à éclaircir.

A une phase moins avancée des deux maladies, on observe encore un phénomène commun, très-digne d'arrêter l'attention : la présence de la bile dans l'urine. Le moment où il se produit est à peu près le même; c'est à la fin de la seconde période, dans la fièvre jaune; c'est, dans le choléra, lorsque les vomissements bilieux, qui ont succédé aux vomissements acides et ensuite alcalins viennent à cesser. A cette cholirrhée succède alors l'ictère. Dans la fièvre jaune il existe deux ictères, l'un constant, caractéristique, se montrant dès les premiers jours, succédant à la sclérotique et au visage à l'injection vive qui les rougissait, prenant dans certains cas une teinte jaune-paille de fâcheux augure; c'est l'ictère hémaphéique. L'autre ictère, ictère biliphéique, ne s'observe que dans un certain nombre de cas dans la seconde période. Facile à reconnaître, il donne à la peau une teinte plus foncée qui passe au jaune d'ocre, il coïncide parfois avec un notable ralentissement du pouls (40 à 50 pulsations par minute) et s'accompagne souvent d'éruptions furonculaires. Les urines, qui ne

---

que l'autorité sanitaire puisse jamais savoir par où et par quel moyen ils sont arrivés.

En établissant un lazaret à Bab-el-Mandeb même, on peut, au contraire, arrêter facilement les provenances des Indes et préserver de la contagion les deux côtes de la mer Rouge, car aucun navire, pas même la plus petite barque, ne peut franchir le détroit sans être vu des deux rives.

Mais je ne crois pas encore que la création de ce lazaret soit une solution complète à la question.

Si cet établissement forme une barrière contre l'importation maritime directe du fléau indien, il ne saurait protéger la Péninsule de l'importation indirecte par la côte de l'Hadramouth.

Les communications des navires des Indes avec cette côte sont fréquentes, et le choléra, une fois introduit à Mokalla, il n'y a plus moyen d'en empêcher la propagation par voie de terre dans le Yémen et, de là, dans le Hedjaz.

Est-ce tout? Non! L'épidémie de 1871-72 a indiqué une autre voie, celle de terre et, depuis que la Perse semble être devenue un réceptacle d'épidémies de toute nature et surtout de choléra, la frontière turco-persane, en Arabie, demande également une surveillance rigoureuse.

Les maladies endémiques sont en permanence dans les régions du golfe Persique arrosées par le *Chat-el-Arab* et l'hygiène est encore à l'état rudimentaire dans ce pays. Mais une des grandes causes de maladies doit être rapportée aux pèlerinages, qui y sont très-nombreux et très-fréquents. Chaque ville a généralement autour d'elle ou dans son enceinte les tombeaux de quelques saints musulmans qui sont l'objet d'une vénération particulière (1), telles sont les villes de *Tebritz*, *Hispahan*, *Schiraz*, *Chazabdulazim*. (Certains pèlerinages, comme celui de *Mechet-Ali*, subissent, chaque année, les mêmes variations de date que celui de la Mecque.)

(1) La secte religieuse des *Schiites* (sectateurs d'Ali) est très-répandue en Perse, de même que celle des *Sunnites* (sectateurs d'Omar) est très-commune dans le peuple turc.

tardent pas à se rétablir, en même temps que les autres symptômes s'amendent, sont huileuses, safranées, teignent le linge en jaune et donnent avec l'acide azotique un précipité vert qu'on constate assez longtemps dans la convalescence.

L'ictère me semble moins fréquent dans le choléra, si j'en juge d'après le passage suivant qui résume les observations de M. Gubler (A. Bordier, *Epidémie cholérique de 1866 à l'hôpital Beaujon*, in *Archives de médecine* 1867, vol. I, p. 176) à ce sujet. « A la fin de la période de cholirrhée, les malades accusent souvent aussi une douleur dans l'hypochondre droit ; » cette douleur s'exaspère à la pression ; la percussion fait » reconnaître alors un foie volumineux. Dans ces conditions, » nous avons vu six fois survenir l'ictère révélé par la peau » comme par les urines. Deux de ces malades sont morts, » l'un avec des hémorrhagies multiples; l'autopsie n'a pu » être faite; l'autre, mort subitement, nous a montré un bel » exemple de ramollissement jaune aigu du foie. C'est quelquefois d'une façon précise, au niveau de la vésicule biliaire » que les malades placent le siége de leur douleur. Chez plusieurs nous avons pu constater pendant la vie le volume exagéré de cet organe; dans une autopsie nous avons trouvé le » canal cystique volumineux, tordu sur lui-même, œdématié » jusque dans ses valvules qui bouchaient sa lumière; la vésicule, qui ne mesurait pas moins de 12 centimètres de » long, était distendue par un liquide muqueux, incolore, paraissant sécrété par les glandes mucipares de cette poche. »

Chez les malades qui présentaient l'ictère biliphéique de la seconde période, le développement, que subit ordinairement le foie dans la fièvre jaune, ne m'a pas semblé plus accusé. Je n'ai pu faire aucune autopsie, et le très-petit nombre de ces ictériques qui succombe m'avait porté à considérer l'apparition de la cholémie comme un symptôme favorable. En serait-il de même dans le choléra ?

Je pourrais m'étendre plus longuement sur les analogies que présentent les deux maladies, en signaler d'autres, comme les graves complications typhoïdes du vomito negro; mais il faut se borner. Je ne fais qu'indiquer une voie, espérant que cette esquisse donnera peut-être l'idée d'un travail plus complet de pathologie comparée, qui jettera quelques lumières nouvelles sur des sujets encore bien obscurs. En terminant, je signalerai non une analogie, mais une complication redoutable de la fièvre jaune: les symptômes choléroïdes qu'elle offre assez fréquemment dans certaines épidémies. On dirait que le choléra s'est substitué à la fièvre jaune, qui reprend son évolution chez les malades qui résistent. Est-ce un choléra nostras intercurrent ? Ne serait-ce pas la pernicieuse cholérique appartenant au groupe des fièvres algides qui s'observent dans beaucoup des localités où sévit la fièvre jaune dans le nouveau monde.

Thérapeutique.

Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave, par le docteur A. Luton, de Reims.

L'opportunité est la base même de la thérapeutique; elle seule donne leur véritable valeur aux médicaments : telle substance, insignifiante ou inutile en dehors de la circonstance précise où elle est applicable, devient d'une efficacité qui touche au merveilleux, lorsqu'elle est employée avec à-propos, et qu'elle arrive à point pour le résultat qu'on veut obtenir. Cette nécessité même de voir se produire d'abord une situation définie, pour que l'action thérapeutique se développe dans sa plénitude, relègue au second plan les effets dits physiologiques des médicaments, et met en pleine lumière, comme distinctes des premières, leurs propriétés spéciales. Ce rapport si exact, entre le médicament et la circonstance à laquelle il convient, constitue, à vraiment parler, la spécificité en médecine; on ne saurait le prévoir à l'avance; il s'établit tout empiriquement, et la connaissance la plus approfondie des propriétés physiologiques d'une substance médicamenteuse ne saurait en donner l'idée.

Nous avons pu faire l'application de ce principe de l'opportunité thérapeutique dans deux cas fort remarquables d'indigestion grave, au milieu du danger le plus imminent, et de la façon la plus avantageuse pour les malades.

L'indigestion est, la plupart du temps, une indisposition bénigne, qui se juge par quelques vomissements et dont les traces disparaissent en peu d'heures. Mais dans certains cas moins heureux les accidents prennent des proportions inquiétantes, et la vie des malades paraît menacée. C'est en éloignant la cause du mal, c'est-à-dire, au bout du compte, en faisant vomir, qu'on peut le plus sûrement conjurer le danger. Cependant le diagnostic est quelquefois incertain ; ou bien on hésite à donner un véritable vomitif comme trop énergique, précisément parce que les malades viennent de manger; alors il faut prendre une voie détournée pour arriver à son but.

La saignée a été mise en usage dans ces circonstances, et le témoignage de médecins recommandables est tout en sa faveur. Gaultier de Claubry, Chauffard (d'Avignon) et Fonteret ont rapporté des faits dans lesquels l'emploi de la saignée a été suivi des meilleurs résultats. C'est dans les indigestions à forme apoplectique que ce moyen trouve sa véritable indication; non-seulement il s'adresse à l'état cérébral et combat la congestion encéphalique, mais encore il fait tomber le spasme, relève les forces opprimées et détermine quelquefois le vomissement. Sous ce rapport voilà donc déjà un vomitif d'un ordre tout exceptionnel; il en existe d'autres que nous allons maintenant faire connaître.

Un premier fait, dont les détails ont été rapportés dans le

Les grands pèlerinages de *Mesched*, de *Koum* en Perse, de *Kerbela*, de *Medjef*, de *Kazemyen* en Mésopotamie, celui de *la Mecque* en Arabie, en dehors de beaucoup d'autres lieux vénérés des Schiites, sont des occasions de déplacements fatigants, des plus pénibles, des plus dangereux dans le nord et l'ouest surtout, à cause des brigandages des Turcomans, qui jouent à l'égard de caravanes de Persans le même rôle que les farouches tribus bédouines des *Harb* et des *Djeheiné* à l'égard des pèlerins de la Mecque.

Enfin, les sépultures sont également une cause permanente d'insalubrité. C'est une habitude de transporter et d'inhumer les morts dans des localités saintes, souvent fort éloignées, telles que *Koum*, *Mesched* en Perse, *Kerbela*, *Medjef* dans l'*Irak Arabi*.

« Les corps, dit M. le docteur Tholozan (*Prophylaxie du choléra en Orient*, Paris, 1869), arrivés à différents degrés de putréfaction, sont enroulés dans de simples feutres; ces feutres s'imprègnent des liquides cadavériques qui suintent à leur surface et, dans cet état, les cadavres sont transportés à dos de chameau ou de mulet, en toute saison, à des distances de trente à quarante journées de marche en moyenne. Il y avait autrefois des caravanes de cadavres, de même qu'il y a des caravanes de pèlerins, et il est arrivé à des voyageurs d'en rencontrer qui portaient ainsi de cent à deux cents morts. »

Un ordre formel du shah de Perse a interdit, depuis 1867, le transport des cadavres; mais il n'a pas reçu partout son exécution, car on n'interrompt pas complétement en un jour des pratiques qui se lient à des préjugés religieux de plusieurs siècles.

« Les sépultures *temporaires*, ajoute le même auteur, sont devenues fort nombreuses depuis cette prohibition. Bien des familles, attendant la cessation de cette défense, laissent les corps de leurs proches en dépôt (*amonet*) dans quelque lieu vénéré. Les corps sont placés là dans des loges en maçonnerie ou sur le sol et entourés seulement d'une légère cloison de briques non cuites. Ces sépultures, légères et perméables, constituent un grave danger pour la santé publique. »

BULLETIN numéro 8 (1869) DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS, nous montre un jeune garçon de dix-sept ans en proie à des accidents très-effrayants; il en avait été pris un certain dimanche, au milieu de la santé la plus parfaite; la journée s'était écoulée comme de coutume. Le soir, à l'heure du repas do, la famille, il sentit tout à coup comme une calotte de plomb lui tomber sur la tête, et à la suite il éprouva une cé phalalgie intense. Puis il perdit connaissance et il fut jeté sur son lit. On me fit appeler, et je le trouvai couché à plat ventre, cramponné sur sa literie bouleversée, mordant et déchirant les draps, se mordant lui-même et rugissant. Cet état durait depuis une heure et demie environ. Ne sachant trop à quoi j'avais affaire, et les commémoratifs étant tout à fait négatifs, je me contentai de traiter les symptômes. Je fis donc respirer du chloroforme au malade : après une dizaine de respirations environ, le calme se fit, et au même moment des vomissements se déclarèrent très-abondants, faciles, composés uniquement de pain et de vin ; puis après, coma avec stertenr, dont ni les pincements ni aucune excitation ne purent tirer le malade. Des sinapismes appliqués aux mollets firent cesser cet état stertoreux, mais aussitôt les convulsions reparurent : une nouvelle inhalation de chloroforme amena rapidement un sommeil paisible, et le lendemain le jeune garçon se leva très-bien portant.

Voici maintenant ce qui s'était passé : ce jeune homme jouissait d'une bonne santé et avait des habitudes régulières; il n'était pas épileptique. Il prenait ordinairement du thé pour son premier déjeuner; ce jour-là, par exception, il avait pris du pain et du vin en assez grande quantité, et rien autre chose dans le courant de la journée. Cette circonstance inaccoutumée avait sans doute provoqué les accidents; toujours est-il que le soir la digestion de ce léger repas n'était pas terminée, et qu'il y a eu en somme une véritable indigestion.

Le traitement a été d'emblée ce qu'il devait être. Le chloroforme a rempli toutes les indications, y compris l'action vomitive.

Dans une seconde observation, le vomitif est d'un ordre différent, et n'a pas moins bien rempli le but. Une jeune dame, parfaitement bien portante, avait, un certain soir, dîné de veau à l'oseille qu'elle mangea avec appétit; puis elle alla passer la soirée au théâtre où la chaleur était accablante. Rentrée chez elle déjà en proie à quelque malaises, elle se coucha, et accusa bientôt de l'oppression, de l'angoisse, des vertiges; elle finit par tomber en syncope; elle sortit de cet état en présentant quelques mouvements convulsifs. Plusieurs attaques de cette sorte se succédèrent; les choses paraissaient même s'aggraver, les extrémités se refroidirent, les traits étaient décomposés.

Appelé au milieu de la nuit, je m'informai des causes possibles de ces accidents, et je ne songeai que d'une façon très-éloignée à une indigestion. N'ayant à ma disposition qu'une solution de chlorhydrate de morphine préparée pour injections hypodermiques, je me décidai à en faire usage, et j'injectai de cette sorte la valeur de 1 centigramme du narcotique sous la peau de l'avant-bras. Au bout d'un quart d'heure à peine, et moi présent, des vomissements se déclarèrent et firent rejeter le dîner, dont les éléments, surtout l'oseille, étaient encore très-reconnaissables. Après quoi le calme se fit; la malade passa le reste de la nuit tranquille. Pendant plusieurs jours l'estomac demeura endolori, et des précautions durent être prises pour le régime.

Ici donc il y avait encore en indigestion, et la morphine devint éventuellement un vomitif très-efficace, suffisant à elle seule pour conjurer tous les accidents.

En résumé, le chloroforme et la morphine, employés à propos, sont des vomitifs d'une espèce particulière, d'un usage facile et utile, surtout si l'on songe que les malades placés sous le coup d'une indigestion grave, souvent sans connaissance, ne peuvent rien avaler. Nous pensons trouver des imitateurs dans l'application d'une méthode si simple, si élégante, si médicale, alors que les boissons chaudes dont on gorge habituellement les malades et l'émétique ne sauraient mieux faire.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

TISSU ÉLASTIQUE JAUNE DES ARTÈRES, par M. *E. Chevreul*. — L'auteur rappelle les expériences de Bichat sur le rôle de ce tissu dans la circulation, et celles de de Blainville sur le *tissu jaune* fibreux élastique en général.

TISSU ÉLASTIQUE JAUNE DE L'ÉLÉPHANT ET DU BOEUF. — M. *Chevreul* rappelle ses expériences de 1821 sur le tissu élastique jaune.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ANALYSE ET LA THÉORIE DU POULS, A L'ÉTAT NORMAL ET ANORMAL (suite), par M. *Bouillaud*. — Nous résumons le plus complétement possible cette communication. Il s'agit cette fois du pouls à l'état anormal.

Le pouls peut s'élever à 100, 120, 140 et même 160; il dépasse même quelquefois ce chiffre; mais, dans ces cas exceptionnels, il est impossible de le compter avec une exactitude suffisante. Il peut descendre au-dessous de 60, de 50 et même de 40. J'ai vu, dans le cours de l'année 1871, chez un enfant de six à sept ans (âge auquel le pouls normal bat 80 au moins par minute), le pouls tombé à 32. Le pouls a, comme la marche, son pas *ordinaire* et son pas *accéléré* ou ralenti, enfin, si l'on peut le dire, son *trot* et son *galop*.

Il importerait d'interdire ou de régler ces sépultures dans l'Irak-Arabi et c'est au gouvernement ottoman que ce soin incomberait (1). De même, il faudrait surveiller les pèlerinages des Persans et surtout celui de *Mechet-Ali*, sur la frontière (c'est là que se trouve le tombeau d'Ali, le disciple de Mahomet, disciple que les Persans, pour la plupart, reconnaissent comme le vrai prophète). En 1871, ce pèlerinage avait lieu à la fin de mai et, si l'on veut bien remonter à l'origine des choses, on peut dire que telle est la date d'entrée du choléra, cette année, en Arabie, par le *Djebel-Schammar*.

Il ne faut pas perdre de vue que le contact entre l'Inde et la Perse par le Turkestan, l'Afghanistan surtout est trop intime pour que la contagion n'aille pas de l'un à l'autre des deux pays avec la plus grande facilité; on comprend ainsi avec quelle rapidité doit s'étendre le fléau indien dans un pays comme la Perse, où existent encore tant de causes d'insalubrité et pourquoi il tend à s'y fixer (1).

Dr A. BUEZ.

(1) L'Inde communique avec la Perse à l'ouest et le Turkestan au nord-ouest par des routes qui toutes traversent l'Afghanistan. C'est d'Hérat que le choléra se répand dans toute la Perse; de Mesched, il peut aussi gagner le nord.

(1) On peut rappeler que le choléra a été introduit, en 1855, à Alep, par une caravane de Persans qui revenait de la Mecque et qui transportait, pour les inhumer à *Zechel*, lieu vénéré, quarante cadavres enveloppés dans de simples sacs de toile; aussi infectaient-ils singulièrement l'atmosphère !

SOCIÉTÉ DES HÔPITAUX. — Il y a quelques jours on faisait circuler à l'une des séances de la Société des hôpitaux une lettre de faire part dans laquelle figurait le nom nobiliairement arrangé d'un honorable dentiste, officier de santé, docteur de la Faculté de Giessen (1846) et autrefois chargé de surveiller la dentition dans nos hôpitaux d'enfants. On se demandait comment la satisfaction d'avoir dignement rempli cette mission utile avait pu l'amener peu à peu à se considérer comme *ancien médecin des hôpitaux* et d'en prendre ce titre sur ladite lettre.

Nous désirerions savoir si l'administration des hôpitaux approuve cette petite usurpation, mais nous pouvons affirmer qu'elle est énergiquement blâmée par le corps des véritables médecins des hôpitaux.

Quelle est maintenant la cause, quelle est la raison, quelle est la *théorie* du mode de lésion des battements des artères que nous venons d'examiner, et qui ne peut se rencontrer que dans les maladies des artères elles-mêmes et du cœur, et dans un changement dans la force inconnue qu'on appelle la force nerveuse?

Lésions relatives à la force des battements artériels. — Ces lésions, comme celles relatives à la vitesse, ne comportent que deux espèces, savoir : le plus ou le moins, l'augmentation ou la diminution; mais cette augmentation ou cette diminution de la force des battements ou des pouls des artères peuvent porter, tantôt sur le pouls diastolique et systolique à la fois, tantôt sur l'un ou sur l'autre séparément. Or, l'augmentation *durable, permanente,* des pouls diastolique et systolique des artères se rencontre dans la double hypertrophie des ventricules du cœur et des artères. L'hypertrophie isolée des ventricules détermine l'augmentation de la force du pouls diastolique. L'hypertrophie isolée des artères produit l'augmentation de la force du pouls systolique.

L'augmentation *temporaire, transitoire* du double pouls des artères, soit de l'un des deux seulement, a lieu sous l'influence des excitations, tantôt purement dynamiques ou *vitales,* comme le disent certains sphygmologistes, tantôt sous cette même influence associée à un état phlegmasique du cœur et des artères. La diminution *permanente* ou *transitoire* de la force des battements artériels se rencontre dans les états morbides ou anormaux des ventricules du cœur et des artères, opposés à ceux que nous venons de désigner.

Dicrotisme prétendu anormal du pouls (pouls dicrote, bisferiens, redoublé, rebondissant). — On a quelque raison de s'étonner que des auteurs, selon lesquels le dicrotisme du pouls des artères est un phénomène anormal, n'aient pas aussi décrit, en quelque sorte parallèlement, un dicrotisme anormal du cœur ventriculaire. En effet, dans leur doctrine, le pouls artériel n'étant autre chose que la diastole des artères produite par la systole du cœur ventriculaire, pour qu'il fût réellement *dicrote* ou redoublé il aurait fallu nécessairement que cette systole le fût également. Or, jamais aucun auteur n'a parlé d'un tel dicrotisme du cœur ventriculaire.

Le pouls est naturellement dicrote; mais il le devient à un degré anormal : 1° dans la fièvre typhoïde, dans les autres fièvres continues, en un mot dans l'*état fébrile;* ce qui s'explique très-bien, puisque cet état a, pour l'un de ses éléments constituants, une excitation plus ou moins considérable du cœur et des artères, soit *idiopathique*, soit *sympathique* ou *réflexe;* 2° dans le cas d'hypertrophie généralisée des artères, qui accompagne souvent l'hypertrophie ventriculaire; c'est ce qui arrive dans l'*insuffisance*, où l'on rencontre fréquemment cette double altération, et c'est une erreur de croire que le dicrotisme est produit par le reflux du sang dans le ventricule gauche.

Lésions relatives au rhythme des battements et des repos des artères et du cœur. — Dans certains cas, tous les temps des révolutions du cœur et des artères, les mouvements et les repos dont elles se composent, sont en quelque sorte bouleversés, sous quelque rapport qu'on les examine (ataxosphygmie). Les mouvements, en particulier, sont le plus souvent tellement précipités qu'on ne peut les compter, tantôt très-faibles et presque imperceptibles, tantôt violents et comme par *sauts* et par *bonds*, souvent entremêlés de *faux pas*, d'arrêts ou d'intermittences, toujours tumultueux. Ces désordres sont produits tantôt par l'effet de lésions du cœur et des artères, tantôt par l'effet de lésions du système nerveux qui préside à ce rhythme, à cette coordination.

Lésions relatives à l'absence ou à la suspension passagère des battements des artères et du cœur. — Les lésions comprises sous ce titre sont connues sous les noms d'*intermittences*, ou d'*arrêts* des mouvements du cœur et des artères. C'est une sorte de *faux pas* de ces organes.

L'intermittence peut même se répéter plusieurs fois dans l'espace d'une minute, et cela pendant des mois et des années, je ne dis pas seulement sans préjudice de la vie, mais sans nul dérangement notable de la santé. Mais lorsqu'un arrêt des battements du cœur se prolonge, au contraire, pendant plusieurs secondes, il en résulte cette *perte de connaissance* désignée sous le nom de *défaillance* ou de *syncope*, et qui peut être mortelle.

— M. *Bouley* s'applique à montrer par des citations que Bichat, contrairement à ce qu'a dit M. Chevreul, attribuait aux artères un rôle passif et faisait du cœur l'agent exclusif de la circulation, tandis que Magendie, et avant lui Hunter, attribuait la continuité du courant artériel à l'élasticité et à la contractilité des parois vasculaires.

— Enfin M. *Bouillaud* ne nie pas que les physiologistes n'aient reconnu l'existence de l'élasticité et même de la contractilité des parois artérielles. L'idée qu'il donne comme nouvelle, c'est qu'il existe dans les artères une force impulsive, une systole avec choc, qui leur est propre, et destinée à *propulser* le sang qu'elles reçoivent des ventricules, comme ceux-ci *propulsent* celui qui leur vient des oreillettes.

Du rôle des gaz dans la coagulation de l'albumine. Note de MM. *E. Mathieu* et *V. Urbain*. — Les auteurs établissent par des expériences que nous ne pouvons reproduire : 1° que l'acide carbonique est l'agent de la coagulation de l'albumine par la chaleur; 2° que l'albumine, privée de ses sels volatiles, se transforme en globuline. (*Comm.:* MM. Cl. Bernard et Berthelot.)

Un nouveau traitement du choléra et probablement de la fièvre jaune par l'acide phénique et le phénate d'ammoniaque au moyen des injections sous-cutanées. Note de M. *Declat*. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Phylloxera. — Diverses communications de MM. *Max. Cornu, Gauban du Mont, de Laval* et *Peyrat*. (Commission du phylloxera.)

L'alcool des boissons — M. *Penart* adresse une lettre relative à son travail sur la richesse alcoolique des boissons. (*Comm.:* MM. Boussingault, Balard et Cahours.)

Choléra. — M. *O Tamin-Despalles* adresse un mémoire sur le choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la paroi thoracique. Note de MM. *G. Carlet* et *I. Strauss*. — Les auteurs ont étudié expérimentalement la question de savoir si, dans l'opération de l'emphysème, après l'ouverture de la plèvre, le poumon reste immobile, ou s'il se meut dans une certaine mesure. Ils ont, pour cette recherche, employé la méthode graphique, en se servant du pneumographe de M. Marey.

Les auteurs tirent de leurs recherches, faites sur un malade du service de M. Béhier, les conclusions suivantes : 1° Le poumon du côté lésé suit, dans une certaine mesure, les mouvements de la cage thoracique, se développant pendant l'inspiration et se rétractant pendant l'expiration; il se comporte donc, à l'amplitude près, comme le poumon sain. 2° Pendant l'occlusion de l'ouverture thoracique, il y a exagération des phénomènes précédents, et, par suite, on devra, après l'opération de l'empyème, tenir la plaie fermée aussi hermétiquement que possible, au moyen d'un appareil de caoutchouc. 3° Les efforts répétés, après l'opération, constituent une sorte de gymnastique pulmonaire que le médecin pourra utilement employer.

Action de la chaleur sur le virus charbonneux. Note de M. *C. Davaine*. — Si la chaleur tue le virus charbonneux, une goutte d'eau contenant un cinq-millième ou un dix-millième de sang charbonneux, injectée sous la peau d'un cobaye, n'aura aucune action sur cet animal; mais elle en déterminera la mort d'une manière certaine dès que le degré de chaleur sera insuffisant pour tuer le virus. J'avais reconnu, par ce procédé, que le virus de la septicémie n'est nullement détruit par une

ébullition prolongée; mais il n'en a pas été de même pour le virus charbonneux. Des expériences successives, faites à des degrés de température sans cesse décroissants, m'ont amené à reconnaître qu'à 55 degrés centigrades le virus charbonneux est toujours détruit dans l'espace de cinq minutes. Il peut l'être encore par une température de 48 degrés centigrades; mais alors il faut qu'il soit soumis à cette chaleur pendant un quart d'heure au moins. A 50 degrés centigrades, il suffit de dix minutes. Ce résultat, tout à fait inattendu, m'ayant fait reconnaître que le sang charbonneux perd ses facultés virulentes par une température qui ne le coagule pas encore, j'ai répété ces expériences avec du sang non mêlé d'eau; et, dans cette condition, le virus n'est détruit que par une température un peu plus élevée. Après un quart d'heure, il perd sa virulence à 51 degrés centigrades.

» Le principe virulent du sang charbonneux est formé, comme on le sait aujourd'hui, par de petits végétaux de la famille des *vibroniens*, que j'ai appelés des *bactéridies*. Or, chez des animaux et chez des végétaux dits *ressuscitants*, chez les rotifères surtout, une température voisine de 100 degrés n'empêche pas la réviviscence, lorsque ces petits êtres ont été préalablement bien desséchés; elle les tue, au contraire, toujours lorsqu'ils sont humides. J'ai constaté que les mêmes facultés existent dans les bactéridies charbonneuses, car du sang rapidement desséché en présence du chlorure de calcium, puis soumis à une température de 100 degrés pendant cinq minutes, a tué les animaux auxquels il a été inoculé. Les bactéridies avaient donc, dans ces cas, conservé leur vitalité....

» Ces faits m'ont porté à croire que l'on pourrait détruire de la même manière le virus charbonneux chez les animaux; mais les travaux de M. Cl. Bernard nous ont appris que les mammifères meurent instantanément lorsque leur sang acquiert une température de 45 degrés centigrades. Toutefois, souvent le charbon est primitivement local, et c'est presque toujours le cas chez l'homme pour cette maladie, qui commence sous la forme d'une simple pustule (pustule maligne)....

» En comprimant la partie inoculée de l'oreille avec un corps dur et échauffé à 51 degrés centigrades pendant un quart d'heure, j'ai plusieurs fois empêché le développement du charbon. La circulation étant suspendue dans la partie comprimée, celle-ci s'échauffe facilement au degré voulu; il ne reste à la suite qu'une légère inflammation qui se dissipe bientôt.

» J'ai reconnu que la pustule maligne chez l'homme est toujours superficielle au début; elle se produit sous l'épiderme, dans le corps muqueux de la peau, couche cellulaire tout à fait dénuée de circulation sanguine. La compression au moyen d'un corps dur, un marteau, par exemple, maintenu à une température de 51 degrés centigrades, doit facilement faire pénétrer la chaleur dans toute l'épaisseur de la pustule et tuer par conséquent toutes les bactéridies qui s'y trouvent...

» Cependant, avant que j'ose conseiller l'usage de ce moyen de traitement, de nouvelles études sont nécessaires pour reconnaître toutes les conditions qui peuvent en assurer le succès. »

Influence des sulfates sur la production du goître, a propos d'une épidémie de goître observée dans une caserne a Saint-Étienne, par M. *Bergeret*.—Le goître épidémique de la caserne de Saint-Étienne (il y en a plus de 200 cas) ne peut être, comme d'autres épidémies, attribué à l'excès de sulfates dans les eaux potables, car la ville a l'eau la plus pure que l'on puisse imaginer; elle est trop pure; elle ne précipite ni par les sels de baryte, ni par ceux d'argent, ni par l'ammoniaque, etc.; les photographes s'en servent comme d'eau distillée; c'est de l'eau de pluie qui coule sur les roches primitives du mont Pilat. La cause de production du goître paraît être ici l'excès des sulfates mis en circulation dans le sang par une atrophie musculaire exagérée, qui a l'exercice forcé pour cause. La recette n'égale pas la dépense. D'un autre côté, on sait que, lorsqu'un muscle travaille avec force et continuité, ou lorsqu'il est soumis un certain temps à l'action d'un courant électrique continu, ce muscle, en brûlant sa propre substance, devient acide, et que les acides produits sont l'acide sulfurique et l'acide phosphorique, aux dépens du soufre et du phosphore que renferment les principes albuminoïdes. Dans les conditions de travail exagéré, un homme a donc en circulation dans le sang une quantité anormale de sulfates, absolument comme s'il buvait des eaux plâtreuses. C'est ce qui a lieu chez les soldats goîtreux de la caserne, ainsi qu'on s'est assuré par l'analyse des urines.

— M. *Larrey* présente quelques remarques au sujet de ce travail et appelle l'attention de l'Académie sur le *goître épidémique* des jeunes soldats. On sait que c'est lui qui a rattaché ces thyridites à la pression.

La conclusion pratique de ce travail, à part les indications fournies par les causes générales, était de remédier à la cause locale par la suppression du col d'uniforme. Une décision du ministre de la guerre prescrivit de remplacer le col par la cravate dans toute l'infanterie, et dès lors les engorgements glanduleux du cou sont devenus aussi rares qu'ils avaient été fréquents dans l'armée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie: 1° Une lettre à propos de la réimpression de l'instruction relative au puisement et à l'envoi des eaux minérales. (*Commission des eaux minérales.*) — 2° Une lettre relative à la source que le sieur *Guérin* est autorisé à exploiter dans la commune de Bas. (*Même commission.*) — 3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aisne pendant les années 1871 et 1872. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit: *a*. Des lettres de remerciments de MM. *Hughes Bennett* et *E. de Vry*, pour leur nomination au titre de membres correspondants. — *b* Un mémoire manuscrit de M. le docteur *Beauregard* (du Havre) sur la nature et le traitement du choléra épidémique — *c*. Une lettre et une brochure de M. *Rochard* sur un projet de création d'un hôpital sur l'eau. — *d*. Une lettre de M. *Netter* à l'occasion de la communication de M. *Crocq* sur les parotidites.

M. *J. Guérin* dépose sur le bureau un ouvrage intitulé: Vie de l'univers ou étude de physiologie générale et philosophique appliquée a l'univers, par M. le docteur *Théophile Gairier*.

M. *Larrey* offre en hommage à l'Académie: 1° Histoire de l'ambulance américaine établie a Paris pendant le siége de 1870-1871, par M. le docteur *Thomas Evans*. — *b*. De la part de M. le docteur *G Julliard* (de Genève): 1° Un mémoire sur un monstre appartenant à la famille des syméliens et sur les causes de la symélie; 2° une note sur un anévrysme intra-orbitaire et sur un cas d'absence de l'anus avec abouchement anormal du rectum; 3° un travail sur les ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire; 4° une note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche; 5° une brochure sur l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des fractures; 6° une notice sur l'hôpital cantonal de Genève.

M. *Verneuil* dépose sur le bureau l'article: Mésologie, par M. le docteur *Bertillon*. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

M. *Bergeron* présente, de la part de M. *Lecadre* (du Havre), une étude sur le mouvement de la population et sur les affections épidémiques qui ont régné au Havre durant les années 1871 et 1872.

M. *Verneuil* présente, de la part de M. le docteur *Mallez*, un nouveau trocart courbe destiné à la taille sus-pubienne.

A l'aide du trocart courbe, dont voici la figure et la description, et qu'en raison de sa double action le docteur Mallez nomme *trocart suspenseur à rainure conductrice*, ce praticien a voulu remédier aux inconvénients que l'on avait déjà reconnus aux crochets suspenseurs à l'époque où l'on faisait le plus fréquemment la taille sus-pubienne, dans laquelle la vessie est ouverte de dehors en dedans. Ces inconvénients sont l'épanchement dans le petit bassin de l'eau préalablement injectée (procédé de Roussel) et la difficulté de saisir les lèvres de la plaie quand on a incisé sur le calcul (procédé de Baudens).

Ce trocart, fabriqué par M. Mathieu sur les indications de M. Mallez, est courbe, sa



canule est munie d'une rainure C, D, qui permet de guider le bistouri pour pratiquer l'incision de la vessie, et la pointe B du trocart se cache par une simple traction sur le bouton A.

Lorsque la paroi abdominale est divisée et que la vessie apparaît distendue, on y plonge le trocart, et en relevant le bouton A avec le pouce, la pointe B disparaît dans

la canule, qui sert alors de crochet suspenseur mousse, la concavité en haut. On saisit immédiatement le bistouri dont on fait glisser la pointe dans la rainure C, D, pratiquée sur la convexité de la canule; le point où l'on a plongé la canule marque, par sa distance au pubis, la longueur de l'incision.

Dans une taille hypogastrique, que M. Mallez a pratiquée il y a quelque temps, cet instrument a été expérimenté avec succès devant plusieurs chirurgiens.

Choléra. — M. *Delpech* communique à l'Académie la situation de l'épidémie dans la semaine du 30 septembre au 6 octobre :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Hôpitaux civils. Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile. Décès.	Totaux par jour.
30 sept.	4 dont	1 intérieur,	7	0	2	9
1er oct.	6 dont	2 intérieurs,	4	0	2	6
2	6 dont	3 intérieurs,	5	1	3	9
3	5 dont	2 intérieurs,	5	0	3	8
4	3		5	0	5	10
5	6 dont	2 intérieurs,	2	1	0	3
6	7		4	?	2	6
Total..	37 dont	10 intérieurs,	32	2	17	51

Tout est donc encore pour le mieux cette semaine. L'épidémie va toujours décroissant, et la mortalité est tombée de 66 à 51.

Si l'on examine en détail, on voit que les chiffres sont encore plus rassurants.

Ainsi, en ville, le chiffre des décès a été de 17 au lieu de 30, et le 5 octobre la mortalité s'est même abaissée jusqu'à 3 décès.

Dans les hôpitaux civils, la diminution a été moins marquée au point de vue de la mortalité : 32 morts au lieu de 34 seulement; il y a eu moins d'entrées (37 au lieu de 63) et beaucoup moins de cas intérieurs.

Quant aux hôpitaux militaires, ils continuent à être favorisés comme par le passé : 2 décès seulement dans la semaine.

Un vérificateur des décès a fait remarquer à M. Delpech que presque tous les cholériques qu'il a examinés et qui sont morts devaient mourir prochainement de maladies plus ou moins graves. Le choléra n'aurait fait que les achever, ce qui n'est pas plus consolant pour eux.

Au point de vue de l'influence du sexe, la proportion se maintient en faveur des hommes : 113 hommes pour 126 femmes entrent dans les hôpitaux, 76 femmes succombent pour 62 hommes. Chez les enfants, il y aurait eu proportionnellement plus de garçons que de filles, mais on n'a eu affaire qu'à un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse en tirer des conclusions sérieuses.

— L'ordre du jour appelle ensuite M. *Piorry* à la tribune sur la question du choléra. Une lettre arrivée au dernier moment informe l'Académie qu'une indisposition subite le retient chez lui, et M. le président, sans insister davantage, sans dire surtout si d'autres orateurs sont inscrits sur la question, donne la parole à M. Colin pour une communication sur la septicémie.

Ce silence du bureau sur l'avenir de la discussion actuellement engagée n'est pas naturelle. Personne ne s'est-il fait inscrire sur le choléra en dehors de M. Piorry, et se contentera-t-on, comme réfutation, des théories de M. J. Guérin, du discours de M. Fauvel, nous ne le pensons pas. Le défi et les questions qu'adressait M. J. Guérin aux partisans de l'importation sont trop sérieuses pour qu'on se contente d'y répondre par le silence.

Septicémie. — M. *Colin* vient communiquer à l'Académie les résultats de ses nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur la septicémie.

Les matières putrides peuvent-elles déterminer la septicémie chez tous les animaux? A quelle dose le sang septicémique détermine-t-il des accidents? Le pus, les matières animales peuvent-elles, comme le sang, produire la septicémie? La septicémie est-elle contagieuse? En quoi consiste-t-elle? Quels en sont les symptômes? etc., etc.

Tels sont les différents points du vaste programme que M. Colin s'est proposé d'examiner.

Aujourd'hui, il se contente de donner le résultat des expériences qui lui ont permis de résoudre la première question : les matières en putréfaction, le sang septicémique, peuvent-ils déterminer des accidents septicémiques chez tous les animaux et en particulier chez les animaux domestiques?

A priori il semble que oui, bien qu'il faille tenir compte des aptitudes propres à chaque espèce pour contracter telle ou telle maladie. L'expérience est venue prouver qu'il n'en était nullement ainsi.

Chez les rongeurs, en effet, comme le rat, les résultats ont été négatifs, qu'on ait pris du sang putréfié à l'air libre ou du sang de lapin mort de septicémie.

Résultat encore négatif chez les carnassiers, chat ou chien. Peut-être avec du sang de chat mort de septicémie obtiendrait-on des résultats différents, mais la difficulté est de rendre cet animal septicémique.

Les herbivores sont aussi réfractaires à la septicémie du lapin, et M. Colin n'a jamais pu déterminer le moindre accident septicémique chez la chèvre, la brebis ou le mouton, fait important à noter, surtout pour le mouton, qui fait partie de notre alimentation journalière.

Même résistance chez les solipèdes, l'âne, le baudet, le cheval et chez les ruminants. M. Colin signale toutefois quelques cas de septicémie spontanée chez le cheval et la vache, mais ces faits sont en dehors de la septicémie du lapin.

En somme, ces expériences sont fort rassurantes; la septicémie ne paraît agir que dans des limites fort restreintes; son action se borne à deux ou trois espèces; ce qui est vrai pour le cobaye ou le lapin ne l'est déjà plus pour les autres rongeurs, et ne l'est pas davantage pour les carnassiers, les herbivores, les ruminants et à plus forte raison pour l'homme. On a donc eu grand tort de s'effrayer au début et de conclure de la septicémie du lapin à la septicémie humaine, dont la nature est encore à trouver. Telle est la moralité qu'on peut tirer de cette première lecture de M. Colin.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

LE CHOLÉRA : ÉTAT ACTUEL DE L'ÉPIDÉMIE. — HÔPITAUX MILITAIRES ET CIVILS; PRISONS DE LA SEINE. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ISOLEMENT DES CHOLÉRIQUES ET L'ÉTABLISSEMENT D'HÔPITAUX SPÉCIAUX.

M. *Besnier*, dans une note assez longue, donne l'état actuel de l'épidémie dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les prisons.

La quatrième semaine de l'épidémie est remarquable par l'abaissement du chiffre des personnes atteintes de choléra, ce qui ne veut pas dire que la délivrance est proche. M. Brouardel, dans la dernière séance, a montré, par la comparaison du chiffre de la mortalité par mois et par semaine des épidémies antérieures, qu'une diminution passagère peut avoir lieu sans que pour cela on puisse considérer l'épidémie comme terminée et qu'il soit permis de se départir des mesures préservatrices et préventives.

La première semaine de septembre comptait 81 cas et 49 décès; la seconde, 86 cas, 46 décès; la troisième, 61 cas, 30 décès. Pendant la quatrième, on ne compte que 55 cas nouveaux, 28 décès, 20 sorties et 50 malades restant en traitement.

Dans les hôpitaux civils, il y a eu, pendant la journée du 2 octobre, 3 cas extérieurs, 3 intérieurs, 5 décès, 2 sorties.

Dans toute la ville de Paris, on compte, depuis le 1er septembre jusqu'au 30 inclusivement, 575 décès par le choléra, dont 394 dans la ville et 181 dans les hôpitaux.

Les arrondissements les plus frappés ont été : le 1er, 23 cas; le 4e, 32 cas; le 10e, 29 cas; le 11e, 24 cas; le 12e, 28 cas; le 13e, 21 cas; le 15e, 23 cas, ainsi que le 17e; le 18e (Montmartre), 56 cas. Les plus favorisés ont été : le 13e (Gobelins), 5 cas; le 9e (Opéra), 7 cas; le 16e (Passy), 9 cas. L'inégalité de mortalité entre les divers arrondissements résulte de plusieurs causes, qui sont : la population de l'arrondissement, son

coefficient mortuaire normal et ses aptitudes épidémiques. Dans toute épidémie, les conditions qui influent sur le chiffre de la mortalité sont : 1° la richesse ou la pauvreté; 2° la population; 3° les conditions locales.

Hôpitaux militaires. — *Saint-Martin* (M. le docteur Cabrol). — Un seul cas de cholérine. Depuis le 30 septembre, la salle des cholériques est fermée : tous les malades restant sont en congé ou en convalescence.

Hôpital de Vincennes (M. le docteur Fleschut). — Aucun cas de choléra ou de cholérine depuis le 18 septembre. Les diarrhées et dysentéries fréquentes avant le 15 de ce mois ont disparu de la garnison de Vincennes.

Gros-Caillou (M. le docteur Champenois). — 9 cas nouveaux du 24 septembre au 2 octobre ; 4 décès, 2 malades en danger, 5 convalescents.

Val-de-Grâce. — M. Kelsch signale : 1° 2 cas de cholérine sur 2 soldats du 36e de ligne, casernés rue de Babylone. Ces deux militaires, voisins de lit, se trouvaient de service le dimanche 28 septembre, journée chaude, pendant laquelle ils burent beaucoup d'eau froide. Le lendemain, ils sont pris de choléra assez intense. En 48 heures, ils étaient en voie de guérison.

2° Un cas de choléra chez un soldat traité depuis le 20 septembre dans la salle des diarrhéiques. Il était convalescent de son dévoiement lorsqu'il fut pris de vomissements, de crampes violentes, dans la nuit du 25 septembre. Le 2 octobre, ce soldat était encore dans une situation fort grave (refroidissement, anurie, cyanose, aphonie, etc.).

Hôpitaux civils. — *Saint-Louis.* — Aucun cas intérieur depuis le 11 septembre. Du 20 au 29, 4 cas extérieurs, sur lesquels 3 véritablement foudroyants. L'un de ces cas a porté sur une femme employée à la *buanderie* de l'hôpital Saint-Martin, qui avait lavé du linge provenant de la salle des cholériques. Cette femme, surmenée de travail et ayant des chagrins nombreux, était particulièrement apte à contracter la maladie. Les autres buandières qui ont partagé son travail n'ont souffert d'aucune atteinte. Le fils de cette femme, qui avait amené sa mère à Saint-Louis le jeudi, fut lui-même apporté dans cet hôpital le samedi avec un choléra foudroyant et rapidement mortel.

Hôtel-Dieu (service des cholériques femmes, M. Moissenet). — Du 4 au 30 septembre, 27 cas dont 18 contractés dans les divers services de l'hôpital, et 9 venus du dehors. Il y a eu 9 décès sur les cas intérieurs et 4 sur les cas extérieurs; 10 sont sortis convalescents.

Dans presque tous ces cas, il y a eu un état gastrique ou une diarrhée prémonitoire. Les affections graves aiguës ou chroniques, les excès, les conditions morales mauvaises unies à la misère ou à un régime alimentaire insuffisant, ont paru à M. Moissenet constituer les causes prédisposantes les plus efficaces. La grossesse chez les femmes non mariées, l'allaitement, les suites de couches, sont aussi des conditions défavorables. Sur ces 5 cas survenus pendant l'état puerpéral, il n'y a eu qu'une guérison.

Dans les cas de choléra survenant à la fin de la grossesse, M. Moissenet s'est posé la question de savoir si l'accouchement provoqué par le procédé de Kiwisch ne devrait pas être tenté.

M. Moissenet se loue de l'emploi d'un ipéca au début du traitement et même dans le cours de la maladie, si les vomissements persistent avec ténacité ou quand la réaction incomplète s'accompagne de vomituritions bilieuses.

Hôpital de la Charité (service de M. Bourdon). — Le premier cas éclata salle Sainte-Marie, lit n° 1 (service d'accouchements), le 6 septembre, à neuf heures du soir, chez une femme de vingt-deux ans, ayant fait une fausse couche de cinq mois cinq jours auparavant. Le troisième jour après l'avortement, on avait administré un purgatif; depuis cette époque, la diarrhée avait persisté. Mort le 9 septembre, à une heure du matin.

Le samedi suivant 13 septembre, la malade du lit n° 18, situé en face dans la salle, sortait de l'hôpital, avec une diarrhée qu'elle dissimulait par crainte de la diète; elle rentrait le 15, dans le service de M. Empis, et y mourait le 16.

Le 15 septembre était prise, salle Saint-Basile, service de médecine, une jeune femme de vingt-deux ans, phthisique, qui, interrogée avec soin la veille, ne présentait aucun signe de diarrhée. Mort le 16.

Dans la nuit du 18 au 19 septembre, étaient atteintes presque simultanément les malades des nos 20 et 21, salle Saint-Basile. Ces malades, qui ont présenté tous les symptômes du choléra le mieux caractérisé, sont en voie de guérison dans le service spécial. Diarrhée douze heures avant les vomissements.

Le 21 septembre également, la sœur du service présenta des symptômes très-nets de choléra; elle est actuellement guérie; diarrhée de vingt-quatre heures.

Le samedi 20 sortait de la salle Saint-Basile la malade du n° 15, convalescente d'une fièvre typhoïde et conservant encore un peu de diarrhée; elle rentrait le 22 dans la salle des cholériques ; elle y est actuellement convalescente.

Enfin, le 22, était prise l'infirmière de la salle, actuellement guérie, après douze heures de diarrhée.

La salle d'accouchements et la salle de médecine ne sont séparées que par une antichambre et les cabinets sont communs.

Cependant les déjections et les matières vomies étaient détruites avec soin à l'aide de l'acide sulfurique, mais les premières selles étaient versées dans la fosse commune.

Les derniers cas se sont terminés par la guérison : les malades qui sont mortes étaient toutes dans des conditions très-fâcheuses (deux femmes récemment accouchées et une phthisique).

Les crampes ont été combattues avantageusement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, de 3 à 9, et même 12 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

Hôpital Beaujon (services de MM. Fernet et Dujardin-Beaumetz, M. Landouzy, interne). — Du 6 septembre au 1er octobre inclusivement : 42 cas, 22 à l'intérieur, 20 à l'extérieur.

Mortalité : 29; femmes, 13 : 8 à l'intérieur, 5 à l'extérieur; hommes, 16 : 6 à l'intérieur, 10 à l'extérieur.

Guérison : 7; femme, 1 à l'intérieur; hommes, 6 : 2 à l'intérieur, 4 à l'extérieur.

Le choléra dans les prisons de la Seine et a l'Infirmerie centrale des prisons récemment créée a la maison de la Santé (1). — Note communiquée par M. le docteur Legroux.

Jusqu'au 16 septembre, on n'avait signalé aucun cas de choléra dans les prisons de la Seine, dont la nombreuse population cependant donne facilement prise à toutes les épidémies.

La diarrhée y était fréquemment observée, mais facilement combattue. A la Santé, j'ai constaté que ces diarrhées avaient diminué dans des proportions notables dans la seconde quinzaine de septembre.

Le 16 septembre, un détenu de Sainte-Pélagie, G..., âgé de trente-

(1) Voici dans quelles conditions et dans quel but cette infirmerie centrale a été établie au mois de juin 1873 :

La prison de la Santé, construction récente et fort remarquable à tout point de vue, offrait un magnifique local pour l'établissement d'un service d'infirmerie salubre. On a donc organisé, dans un corps de bâtiment facilement isolable, trois grandes salles pouvant contenir en tout 60 lits. Les diverses parties du service ont été ordonnées d'après le système des hôpitaux civils, à peu de chose près (alimentation, médicaments, etc., etc.).

C'est là que désormais on doit envoyer des diverses prisons, où, en général, les infirmeries sont fort défectueuses, tous les détenus gravement atteints, qu'autrefois on dirigeait sur les hôpitaux. Du même coup, on a réformé l'abus qui consistait à faire passer dans des maisons de santé leur temps de prison à certains détenus privilégiés.

Le service médical de cette infirmerie centrale est ainsi constitué : 1° un médecin en chef, nommé pour deux ans, choisi parmi les candidats au bureau central, et ayant été admissible dans un ou plusieurs concours ; 2° un médecin adjoint ; 3° un chirurgien auxiliaire, appelé quand son intervention est nécessaire ; ce chirurgien est du bureau central des hôpitaux ; 4° deux internes ; 5° un pharmacien.

deux ans, est pris du choléra et est transporté à l'infirmerie centrale de la Santé.

Cet homme, détenu depuis le 3 septembre, avait eu de la diarrhée le 13; le 16, les vomissements, l'algidité, les crampes, etc., se déclarent. Le 19, tendance à la réaction, mais persistance des vomissements et de la diarrhée. Les jours suivants, la réaction se fait lentement. Le 24, aspect typhoïde, délire, suppression des déjections, persistance de l'anurie, température rectale 37 degrés, axillaire 36 degrés, pouls à 88. Le lendemain, tendance au refroidissement, température 36 degrés (aisselle et rectum). Le 27, agonie commençant à neuf heures du matin.

L'anurie, l'abaissement de la température, l'état des globules du sang, dont la viscosité a persisté jusqu'à cette époque, me déterminent à tenter l'injection d'eau chaude à 40 degrés dans la circulation veineuse, au moyen d'un appareil fort simple et rendant impossible l'introduction de la moindre bulbe d'air. Au début de l'opération, le malade, à l'agonie, avait la respiration entrecoupée, ralentie; il était insensible, quelques mouvements convulsifs se manifestaient dans le côté droit de la face. Au moment où une certaine quantité d'eau eut pénétré à travers une veine de l'avant-bras, la respiration reprit pendant une ou deux minutes un rhythme plus normal, plus précipité; cela ne dura pas, et, malgré l'injection de plus de 400 grammes d'eau, le moribond succomba ni plus ni moins tôt que si je n'avais pas fait l'opération.

Cet insuccès ne peut être compté dans l'appréciation de la méthode des injections.

Le 24 septembre, un autre cas de choléra se déclare à Sainte-Pélagie chez un détenu, âgé de cinquante-deux ans, en prison depuis le 18 juillet, atteint de diarrhée vers le 16 septembre, et placé à l'infirmerie le 22, dans la même salle où avait été placé le premier malade. Il était couché au n° 33; le premier avait séjourné quelques heures au n° 31. Deux jours après son admission dans l'infirmerie, le choléra se confirme. On envoie immédiatement ce malade à l'infirmerie centrale, où il meurt dans l'algidité la plus prononcée (34 degrés) le 26 septembre au matin.

Le 28 septembre, toujours à Sainte-Pélagie, nouveau cas chez un Hollandais, âgé de vingt-sept ans, détenu depuis le 14 mars, traité dans le courant d'août pour une bronchite. Cet homme est pris de diarrhée le 24 septembre; quatre jours après le choléra éclate, mais avec une certaine bénignité. Aujourd'hui, 3 octobre, ce malade est guéri et demande à manger.

Sainte-Pélagie est la seule prison d'hommes qui, jusqu'à présent, ait fourni des cas de choléra. L'enquête à laquelle je me suis livré ne permet pas d'établir comment le mal asiatique y a pénétré, et de quelle façon les trois malades l'ont contracté. Les deux premiers ont été placés, il est vrai, dans la même salle, l'un au n° 31, l'autre au n° 33, mais la diarrhée avait débuté chez eux pendant qu'ils étaient encore dans les cours et chacun dans des divisions séparées.

Le voisinage de l'hôpital de la Pitié a-t-il joué un rôle dans l'éclosion de ces trois cas? Je laisse la question sans réponse.

Hier, 2 octobre, il ne s'était produit aucun cas nouveau à Sainte-Pélagie; aucun malade atteint de diarrhée ne s'était même présenté depuis plusieurs jours à la consultation.

Tandis que Sainte-Pélagie a fourni trois cas de choléra, la prison de la Santé, qui contient en moyenne 1100 détenus, n'a souffert jusqu'ici d'aucune atteinte. Cependant c'est là que les cholériques de Sainte-Pélagie ont été traités : il est vrai que l'isolement et les mesures de désinfection y sont rigoureusement appliquées.

Dans la seule prison de femmes qui existe à Paris, Saint-Lazare, le choléra a été plus sérieux. Il s'est déclaré 9 cas de choléra dans cet établissement. C'est le 25 septembre que le premier cas se produisit, dans la première section (détenues ordinaires). Le même jour, 3 cas naissaient, ainsi que 6 diarrhées cholériformes, dans la deuxième section (filles publiques). Depuis, cinq autres femmes ont été prises de choléra dans cet établissement. Ces 9 neuf cas ont causé jusqu'ici 5 décès.

En résumé, on voit que dans les prisons de la Seine (la Santé, Mazas, Sainte-Pélagie, les deux Roquettes, Saint-Lazare, le Dépôt et la Conciergerie, le dépôt de Saint-Denis), dont la population peut être estimée à 6500 en moyenne, le choléra n'est apparu que le 16 septembre dans une prison d'hommes le 25 septembre à Saint-Lazare.

Il y a eu en tout 12 cas, dont 3 hommes et 2 décès, 9 femmes et 5 décès.

Suite de la discussion sur l'isolement des cholériques et l'établissement d'hôpitaux spéciaux. — On se rappelle qu'à la dernière séance la Société a voté à l'unanimité la proposition suivante : « La Société des médecins des hôpitaux, considérant comme illusoire l'isolement pratiqué dans les bâtiments consacrés au traitement des maladies communes, émet le vœu que, dans tous les hôpitaux où l'on ne pourra disposer de pavillons isolés, on installe des baraques ou des tentes exclusivement consacrées, les unes aux cas de choléra douteux, les autres aux cas de choléra confirmé. »

Aujourd'hui la Société entreprend la discussion sur la nécessité d'établir des hôpitaux spéciaux pour les cholériques, mais elle ne formule que deux vœux, à savoir : que le personnel du service général (sœurs, infirmiers) des salles de cholériques devra être consacré uniquement à ce service, et que si l'épidémie prenait de l'extension il faudra créer un certain nombre d'hôpitaux spéciaux (postes-casernes, baraquements), à la périphérie de la ville.

Le conseil d'administration de l'assistance publique s'est occupé de l'isolement des cholériques, et, d'après M. Moissenet, il aurait résolu, devant l'impossibilité d'approprier dans ce but les bâtiments du nouvel Hôtel Dieu, de grouper les cholériques dans le corps de bâtiment de l'ancienne administration, qui contient actuellement la plus grande partie des salles d'hommes de l'ancien Hôtel Dieu. Les malades qui l'occupent seraient la plupart transférés à l'hospice des Incurables de la rue de Sèvres. De plus, des pavillons tout entiers seraient consacrés aux cholériques à Beaujon et à Lariboisière.

Ces projets ne réalisent pas, aux yeux d'un certain nombre de médecins isolateurs absolus (MM. Martineau, Brouardel, Isambert, etc.), les conditions nécessaires. En effet, le personnel (sœurs, infirmiers, tisaniers) continuera, dans ce cas, à avoir de fréquents rapports avec le personnel des salles ordinaires. Ce n'est pas là de l'isolement proprement dit : c'est un isolement incomplet contre lequel précisément on veut réagir, sous peine de ne pouvoir arrêter l'épidémie dans son germe. On objecte les difficultés d'appropriation, la dépense qu'entraînerait la création d'hôpitaux spéciaux, de baraques, de tentes, mais que valent de pareilles objections quand il s'agit de la sécurité d'une grande population? C'est maintenant qu'il faut prendre une détermination définitive, maintenant que l'épidémie n'est pas encore intense, et que le nombre des cas est peu considérable.

La question est de savoir si l'agglomération des cholériques n'aurait pas une pernicieuse influence sur les malades eux-mêmes. MM. L. Colin, Martineau, Brouardel, sachant ce qui s'est passé dans les services de varioleux pendant le siége, ne le craignent pas. M. Ferrand et M. Champouillon sont moins affirmatifs. Le moyen terme serait de créer un nombre suffisant de petits hôpitaux; les postes-casernes réuniraient les meilleures conditions pour cette destination : appropriation immédiate et peu dispendieuse, large aération, situation périphérique le long des remparts à distance suffisante des habitations, accès facile pour les habitants des différents quartiers excentriques, qui fournissent le plus de malades hospitaliers, etc. Reste à savoir si le ministère de la guerre consentirait à prêter ces bâtiments? On craint bien un peu que la routine et les craintes chimériques d'une infection définitive de ces constructions n'empêchent l'administration de la guerre de prendre une décision favorable.

Somme toute, cette discussion a montré, comme cela se voit dans toute assemblée délibérante, deux camps bien distincts : ceux qui sentent bien qu'il y a un progrès à accomplir, mais qui, sachant aussi les difficultés d'exécution, cherchent à concilier les choses existantes avec celles à créer, et ceux qui, n'admettant pas les obstacles, logiques avec leurs principes, demandent une résolution radicale. Ces derniers, partisans

comme les autres de la contagion du choléra, nous semblent plus dans le vrai : s'il y a un moyen d'étouffer une épidémie de maladie contagieuse, c'est d'éloigner les individus malades des individus sains, c'est d'empêcher presque complétement les relations entre les uns et les autres. Réaliser un isolement complet ne peut qu'entraîner à une dépense d'argent; le pratiquer incomplétement, c'est exposer une population entière à être décimée par le fléau. Les exemples de Copenhague, de la Sicile, de Munich, sont là pour prouver l'importance d'un isolement absolu.

A. Legroux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

CORRESPONDANCE. — DE LA VACCINATION DES TUMEURS ÉRECTILES.

La correspondance comprend une circulaire adressée à la Société de chirurgie par la Société protectrice de l'enfance, dont le siége est à Marseille; cette circulaire invite les membres de la Société à assister à un Congrès qui se réunira prochainement à Marseille.

M. *Verneuil*, délégué par la Société de chirurgie pour assister à la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Lyon, rend compte de la partie chirurgicale du Congrès (Voy. *Gaz. hebd.*, nos 35 et 36). Il insiste surtout sur la communication de M. Chauveau : transmission de la tuberculose par les voies digestives.

M. *Marjolin*. Après l'appel adressé à la Société de chirurgie par la Société protectrice de l'enfance de Marseille, après l'exposé des savantes recherches de M. Chauveau sur la transmission de la tuberculose, M. Marjolin demande à ajouter quelques mots. Si chez l'homme la tuberculisation n'a pu se produire d'une manière analogue, il n'en est pas moins vrai que dans les grands centres de population, en dehors de l'hérédité que l'on ne saurait contester, il y a certaines conditions qui agissent de la manière la plus fâcheuse sur la santé des enfants; tels sont les logements insalubres, les asiles ou les écoles mal disposés et renfermant un trop grand nombre d'enfants. Ces causes, dont M. Marjolin a été à même de constater la triste influence, pourraient, sinon disparaître complétement, au moins diminuer beaucoup, si chacun de nous s'attachait à les étudier et à les signaler à l'autorité, qui a déjà beaucoup fait, mais à laquelle il reste encore beaucoup à faire.

Maintenant, s'il est vrai que la tuberculisation ait de la tendance à se propager par l'habitation en commun, M. Marjolin demande à ajouter un mot. Tous ceux qui se sont occupés des maladies des enfants savent quel rôle important la scrofule, la tuberculisation, jouent dans la production des affections chirurgicales; comment alors ne pas songer avec un certain effroi aux conséquences du séjour prolongé dans une même chambre, au milieu d'une famille assez nombreuse, d'un enfant atteint d'une suppuration osseuse fétide? Ces faits sont la suite du manque de lits dans les hôpitaux. Après l'appel de la ville de Marseille nous convoquant à son congrès, après les expériences de M. Chauveau, ce serait se montrer par trop indifférent au bien public que de garder le silence.

— M. *Blot* prend la parole au sujet de la vaccination des tumeurs érectiles. Depuis qu'il est chargé du service des vaccinations à l'Académie, on lui apporte chaque semaine des enfants que les parents ou le médecin veulent faire vacciner sur les tumeurs érectiles. Avoir la prétention de guérir des tumeurs érectiles, du moins certaines d'entre elles, par la vaccination, c'est commettre une erreur. On fait couler le sang et le vaccin ne prend pas; quand le vaccin prend, on a une petite cicatrice et pas autre chose. On peut guérir ainsi des taches érectiles, mais pour les tumeurs érectiles la vaccination est insuffisante et peut même amener une hémorrhagie sérieuse.

M. *Tillaux* a pu guérir des tumeurs érectiles véritables du volume d'une noisette par la vaccination. Il a traversé les tumeurs avec une aiguille fine suivie d'un fil imbibé de vaccin, dans le sens du grand axe, un autre fil placé dans une direction perpendiculaire au premier. L'enfant guérit.

M. *Sée* ayant à traiter une tache érectile, fit un cercle de piqûres vaccinales sur la peau saine autour de la tache : la guérison eut lieu.

M. *Marjolin* maintient ce qu'il a dit dans la séance qui a précédé les vacances. Il faut toujours tenter en premier lieu la vaccination, quel que soit le siége, l'étendue et la profondeur de la tumeur érectile. Sur une tumeur de 2 centimètres de diamètre il met jusqu'à trente ou quarante points de vaccin, avec une aiguille excessivement fine et en faisant glisser la peau sur la tumeur avant de faire la piqûre. Quand on fait la vaccination circulaire de la peau saine, il se produit une sorte d'étranglement autour du mal. Il y a dix ans, on amena à M. Marjolin une petite fille qui avait une tumeur érectile très-volumineuse à la joue. M. Marjolin fit la vaccination; un érysipèle survint, mais l'enfant, âgée de trois mois, guérit.

M. *Després* cite l'exemple de sa petite fille, qui naquit avec une tumeur érectile au bout du petit doigt. Au bout de six mois, comme la tumeur se développait rapidement, M. Després fit une simple piqûre vaccinale sur la partie saillante. La tumeur est guérie depuis un an.

M. *Chassaignac* a publié deux observations de vaccination des tumeurs érectiles. Dans un cas, la tumeur siégeait sur le nez; dans l'autre cas, sur l'abdomen. Le vaccin amena des pustules, mais les tumeurs érectiles ne furent pas modifiées. Les piqûres avaient été faites dans la périphérie des tumeurs. Ce n'est pas le virus-vaccin qui guérit, c'est l'inflammation consécutive. On perd son temps à tenter la vaccination, on s'expose aux érysipèles et l'on nuit au malade. M. Chassaignac se rallie à l'opinion de M. Blot.

M. *Blot* trouve l'opinion de M. Marjolin trop absolue. Les taches érectiles, superficielles, minces, peuvent être guéries par le vaccin; pour les tumeurs érectiles, c'est s'adresser à un procédé qui n'est pas le meilleur et qui ne doit pas réussir sur les tumeurs volumineuses et épaisses. M. Tillaux ne fait plus de la vaccination; il applique des sétons, et l'inflammation qui en résulte ne vaut pas celle déterminée par les caustiques; un stylet rougi au feu donnerait un meilleur résultat. Si sur quinze piqûres trois ou quatre seulement donnent des pustules vaccinales, il faudra employer un autre procédé. Enfin, M. Blot redoute beaucoup l'érysipèle chez les nouveau-nés.

M. *Marjolin* applique le procédé à tous les cas, mais il ne dit pas que le moyen réussit toujours; l'inflammation plus ou moins considérable qui accompagne l'évolution vaccinale doit être mise à profit pour la cure des tumeurs érectiles, et si l'on n'obtient qu'un demi-succès, on aura une chance meilleure avec un autre procédé, et peut-être une guérison spontanée.

M. *Guéniot* a vu souvent chez les nouveau-nés une vascularisation légère du derme, au niveau des paupières ou des lèvres; une grande proportion de ces taches disparaît spontanément dans les six premiers mois. M. Marjolin ne les range pas dans les tumeurs érectiles.

M. *Tarnier* a aussi observé ce développement vasculaire qui disparaît spontanément et qui n'a rien des tumeurs érectiles. M. Tarnier a vu beaucoup d'enfants qui ne présentent aucune tache dans les premiers jours de la naissance; quelques jours après une élevure rouge-groseille apparaît, puis elle augmente surtout en largeur; les vaisseaux y sont petits. Ces taches guérissent spontanément. Alors, vers le milieu de la tache, se montre un tissu blanchâtre, d'apparence cicatricielle, qui s'étend peu à peu et remplace le tissu rougeâtre. Dans ces cas, il est bon d'observer les enfants pendant plusieurs mois; si la tache augmente au lieu de disparaître, on peut tenter la vaccination.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. RANVIER.

SPINA-BIFIDA. — L'ATROPINE. — CHOLÉRA ET VIBRIONS.

Les vacances de la Société sont terminées; comme par le passé nous continuerons le compte rendu des séances, insistant plus particulièrement sur les travaux les plus intéressants.

— Aujourd'hui M. *Houel* présente un fœtus de huit mois et demi mort-né, qui est atteint de spina bifida à la région sacrée, et d'une luxation double de la hanche. L'accouchement a offert cette circonstance remarquable, que les deux pieds étaient appliqués contre la tête, mode de présentation qui embarrassa singulièrement la sage-femme. Il y avait flexion des membres postérieurs sur le tronc. position vicieuse qui, suivant l'opinion de Cruveilhier, doit être considérée comme une cause de luxation. Ce fœtus présente des particularités anatomiques curieuses : le muscle fessier, le pyramidal, le carré crural, manquent du côté où la dissection a été pratiquée. La tête du fémur placée hors de la cavité, y touche encore. M. Giraldès a vu un fait à peu près analogue, une luxation double de la hanche chez un nouveau-né atteint de spina bifida, le fémur présentait dans sa diaphyse une conformation anormale, il était arrondi et plus gros qu'à l'état normal.

— M. *Rabuteau* rapporte des expériences qui n'offrent pas des résultats nouveaux, mais qui lui ont permis de juger par lui-même un fait physiologique qui a été l'objet de controverse. Il s'agit de l'innocuité de l'atropine injectée dans l'estomac ou sous la peau des lapins.

Nous aurions pensé que depuis le procès fameux de Gordon Spragne (*The Lancet*, 1865), et les travaux de Ogle auxquels il a donné naissance, il était démontré que les lapins résistent à l'influence de la belladone et de l'atropine, et même Ogle a pu soutenir que ces rongeurs absorbent le principe toxique à une dose suffisante pour empoisonner des personnes qui auraient mangé des lapins nourris avec de la belladone. Cependant, comme le fait remarquer M. Rabuteau, on trouve dans un livre qui est classique une indication qu'il importerait de ne pas laisser s'accréditer : à savoir que dans les recherches médico-légales on peut étudier sur le chien ou *le lapin* l'action d'un résidu dans lequel on soupçonne la présence de l'atropine ou de la belladone. Vérification faite, nous retrouvons la même assertion reproduite dans un article d'Orfila sur l'atropine (*Dictionnaire encyclopédique*, t. VII, page 216, 1867). M. Rabuteau a donc raison de rapprocher ses expériences de celles de M. Meuriot (*Études de thérapeutique expérimentales*, thèse de Paris, 1868). M. Meuriot a pu injecter jusqu'à 50 centigrammes d'atropine dans le tissu cellulaire des lapins, sans produire de phénomènes toxiques accentués. J'ajouterai que j'ai été témoin de ces expériences, et qu'en 1864, étudiant avec mon collègue Lévi l'antagonisme de la morphine et de l'atropine, nous avions constaté que le lapin résistait à des doses considérables d'atropine (20 centigrammes en injections sous-cutanées), de sorte que le lapin serait mal choisi pour une étude comparative de ce genre.

M. Rabuteau, injectant 20, 25, 30 centigrammes de sulfate d'atropine dans le tissu cellulaire de lapins, n'a obtenu aucun phénomène toxique appréciable, il a produit de la diarrhée, sans dilatation pupillaire. La même solution était active puisque à la dose de un centième elle dilatait l'œil d'un chien.

Désormais un jury devra repousser toute investigation faite sur le lapin, avec les liquides contenant de l'atropine, et d'ailleurs toute expérience de ce genre serait naturellement négative.

— M. *Liouville* appelle l'attention sur la rapidité avec laquelle se développent des vibrions dans l'eau contenant une parcelle de déjections cholériformes. Une goutte du liquide diarrnéique du choléra, contenant d'ailleurs un grand nombre de bactéries, est placée dans un litre d'eau pure; au bout de quatre jours cette eau se trouble, une goutte présente une quantité considérable de bactéries. La discussion engagée à ce sujet entre MM. Charcot, Hayem, Ranvier et Liouville, démontre que dans un sujet aussi délicat que celui de l'influence des bactéries, on est encore au point de départ des études, et que l'histoire naturelle des bactéries n'est pas assez complète pour permettre aucune théorie acceptable.

A. HÉNOCQUE.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. les docteurs Mathias DUVAL et Léon LEREBOULLET. — G. Masson, Paris, 1873.

Vulgariser les recherches scientifiques dont l'application à la science médicale est reconnue désormais comme un des moyens les plus indispensables d'un progrès raisonné, est une œuvre à laquelle notre sympathie est d'avance acquise. C'est lorsqu'on cherche à exposer brièvement et simplement les résultats d'une science, qu'on apprécie la difficulté de se borner à l'indication de faits démontrés; cette tâche est quelquefois ingrate, mais ordinairement elle donne des résultats fort utiles. Pour juger un manuel ayant rapport à une partie restreinte de la science, il faut se renfermer dans les limites précises que l'auteur s'est à lui-même tracées.

Dans le MANUEL DU MICROSCOPE les auteurs ont visé un but essentiellement pratique, ils ont exposé le résumé des règles qui président à l'emploi du microscope en clinique, et les observations intéressantes que permet ce moyen d'exploration.

La division adoptée par les auteurs est facile à résumer. Dans une introduction ils passent rapidement en revue les réactifs les plus nécessaires, ils donnent des indications sur l'usage de la chambre claire, sur la micrométrie. Six chapitres sont consacrés à l'étude des divers produits les plus ordinairement examinés en clinique; ils sont précédés de résumés sur l'histologie normale. Les auteurs examinent ainsi le sang, le pus, les produits de la peau, les produits des membranes muqueuses (mucus, vomissements, matières fécales, urines, etc.). Ils terminent par deux chapitres sur l'étude microscopique du lait, et sur celle des produits des surfaces séreuses et synoviales.

Ces sujets sont traités avec clarté et avec précision, mis au courant de la science moderne et MM. Duval et Lereboullet insistent avec raison sur les travaux français.

Ajoutons les qualités typographiques d'un joli volume de format commode, orné de nombreuses figures dans le texte, et nous aurons indiqué tous les avantages de ce petit livre. Nous ne doutons pas qu'il n'obtienne un succès mérité, c'est pourquoi nous indiquons les perfectionnements que nous lui souhaiterions. Pour commencer par quelques détails, nous demanderons aux auteurs d'opter en faveur de la dénomination toute française d'amiboïdes au lieu d'amœboïdes pour le mouvement des globules blancs; nous leur conseillerons de revoir le paragraphe sur la sérosité de l'hydrocèle, pour y signaler l'existence de spermatozoïdes dans l'hydrocèle spermatique. Ce sont là de petites observations dont il sera facile de tenir compte. Nous plaçant à un point de vue plus élevé, nous considérons le but que les auteurs se sont proposé, et nous jugeons qu'ils ont trop restreint l'application du microscope à la clinique; pour considérer ce manuel comme complet, nous aurions désiré y trouver des indications plus étendues sur les moyens de recueillir les humeurs au lit du malade, sur l'examen des portions de tissus ou des liquides provenant des ponctions exploratrices, sur la manière de conserver les tumeurs enlevées par le chirurgien, avec les conditions les plus favorables à l'examen microscopique.

Les auteurs ont en quelque sorte traité de l'examen microscopique des humeurs; il est vrai qu'ils n'ont voulu parler que «des recherches microscopiques pouvant être faites immé-

diatement au lit du malade, sans réactifs compliqués, sans dissections délicates». Nous croyons qu'il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à cette distinction ; dans les études micrographiques, pour qu'elles soient réellement utiles, il faut des investigations répétées, et tout en reconnaissant les avantages d'un examen rapide des humeurs, nous engagerions les débutants en micrographie mis en présence du malade, à observer avec soin, puis à recueillir tous les produits qui peuvent être analysés ultérieurement par le microscope. Dans la pratique, où les études histologiques doivent prendre forcément place, ce n'est pas au lit du malade, mais au laboratoire du médecin que ces études pourront être faites.

Dans ces conditions, nous sommes des plus convaincus de l'utilité du microscope appliqué au diagnostic et à l'étude complète de la maladie, en y comprenant la valeur des indications que le microscope fournit pour sa part au pronostic.

A. HENOCQUE.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE. — C'est un deuil personnel que constate la *Gazette hebdomadaire* en annonçant la mort du docteur Paul Picart, qui a été pendant plusieurs années un de ses collaborateurs assidus. Une grande partie de ses articles était datée de Wurtzbourg, où il s'était particulièrement attaché au professeur Virchow, et d'où il a initié les lecteurs de la *Gazette* à quelques-uns des travaux les plus importants de la médecine allemande. Docteur de l'université de cette ville interne des hôpitaux et docteur de la faculté de Paris, il était allé s'établir à Marseille ; et, après des péripéties que nous avons racontées dans le temps et qui sont à l'honneur de son caractère, il y avait conquis le titre de chirurgien des hôpitaux. Un bel avenir était déjà ouvert devant lui quand il ressentit les premières atteintes de la phthisie pulmonaire. Il se décida à gagner l'Orient, et c'est à Constantinople qu'il a succombé, le 20 août, à l'âge de quarante et un ans.

On lui doit, outre sa thèse et quelques mémoires intéressants, la traduction de la *Pathologie cellulaire* de Virchow et celle du *Traité des maladies des femmes* de Scanzoni.

—Nous avons le regret également d'annoncer la mort de M. le docteur Vastel, directeur de l'École de médecine de Caen (mort du choléra); de M. Faucon, secrétaire de la Société locale du Calvados, de M. le docteur Alipe, président de la Société locale de l'arrondissement de Wassy.

LE CHOLÉRA.

Nous recevons du *Havre* la note suivante :

« La quinzaine qui vient de s'écouler n'a pas amené un changement très-notable dans l'état sanitaire de la ville du Havre. L'épidémie, qui avait suivi une marche décroissante pendant la deuxième moitié de septembre, semble se maintenir aujourd'hui dans un *statu quo* inquiétant, et l'espérance que nous avions conçue à cette époque de voir disparaître le fléau dans un bref délai est en partie déçue.

» Nous n'avons rien observé de nouveau en ce qui concerne la forme et la gravité des cas. Sur 30 malades, la diarrhée prémonitoire a manqué 6 fois seulement ; dans quelques autres cas, les malades sont entrés dans un état de prostration tel qu'il a été impossible d'obtenir d'eux des renseignements à cet égard.

» Du 16 septembre au 8 octobre, ont été admis à l'hôpital : 16 hommes, 17 femmes. — Total : 33.

» Sur ce nombre, 14 ont succombé ; 8 dans la période algide et peu de temps après la première attaque ; les autres dans la période de réaction. Quelques cas ont été observés dans la prison de la ville, mais la garnison a toujours été à l'abri du fléau.

» Les mesures de quarantaine continuent d'être mises en vigueur, non sans soulever de nombreuses réclamations de la part des négociants de la ville. La commission sanitaire et la commission des logements insalubres ont été convoquées et ont pris quelques mesures. Nous avons déjà dit combien il était regrettable que ces commissions n'aient été appelées à donner leur avis que lorsque l'épidémie était déjà développée et touchait presque à sa fin.

» J. L. »

— A Vienne, du 17 au 25 septembre, le nombre des cas nouveaux a oscillé entre 30 et 40 par jour ; la mortalité est à peine de 40 pour 100 ; dans la ville, les districts les plus éprouvés sont le 4e et le 10e, qui étaient restés presque indemnes jusqu'ici ; dans la province, un grand nombre de foyers sont éteints. En Hongrie, le mal sévit surtout dans les campagnes situées entre le Danube et la Theiss. Son intensité diminue légèrement à Berlin ; il a disparu de Magdebourg, Kœnigsberg et Dresde. Quelques cas ont apparu dans la haute Bavière. En Italie, il décroît partout ; du 30 septembre au 3 octobre, on a constaté dans les provinces suivantes : Naples, 54 cas et 19 morts ; Gênes, 21 cas et 10 morts ; Parme, 6 cas et 3 morts ; Padoue, 7 cas et 3 morts ; Udine, 10 cas et 2 morts ; Trévise, 3 cas et pas de mort ; Venise, 4 cas et 1 mort ; Brescia, 6 cas et 3 morts. A Saint-Pétersbourg, il reste stationnaire : du 27 septembre au 1er octobre, on a constaté 66 cas et 35 décès.

— Les navires provenant des ports français à destination ou en relâche dans les ports et les échelles de la Sardaigne, bien que munis de patente nette et n'ayant eu aucun cas de maladie pendant la traversée, devront subir à leur arrivée une quarantaine de cinq jours.

Rome, le 3 octobre. — Un décret porte que les navires provenant de France à destination des ports de Sardaigne devront subir une quarantaine de cinq jours.

— Le choléra a presque disparu de Gênes.

— Le gouvernement espagnol a donné ordre de n'admettre les provenances de Liverpool et de Saint-Jean-de-Luz dans les ports de l'Atlantique qu'après trois jours de quarantaine.

— Dans son dernier meeting hebdomadaire, l'Union des gardiens du sud de Dublin a résolu, à l'unanimité, d'affecter un navire à un hôpital flottant destiné exclusivement aux cholériques. 60 lits y seront installés. Le prix en est de 25 000 francs.

— Le Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance, dont nous nous disposions à publier le programme et qui devait se réunir à Paris le 8 octobre, est ajourné.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1873-1874). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie chirurgicale*. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ; 2° *Anatomie descriptive*. — M. le docteur Terrillon, prosecteur, les lundis et jeudis ; 3° *Physiologie*. — M. le docteur Marchand, prosecteur, les mercredis et samedis ; 4° *Histologie*. — M. Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

État sanitaire de Paris :

Du 26 septembre au 3 octobre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 864 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 41. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 34. — Dysentérie, 6. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants 26. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 50. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 234. — Affections chroniques, 368, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — **Paris.** A propos du choléra. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : De quelques analogies entre le choléra et la fièvre jaune. — Thérapeutique : Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Bibliographie.** Manuel du microscope dans ses applications au diagnostique et à la clinique. — **Variétés** — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE.

LES CAUSES OCCASIONNELLES DU CHOLÉRA INDIEN, par le docteur V. AUDHOUI.

Les médecins se sont fait des opinions bien diverses sur la nature de la cause occasionnelle du choléra indien, et le mal n'eût pas été grand si les indécis, les indifférents, les systématiques, les éclectiques et tant d'autres qui forment, je crois, l'immense majorité du corps médical, n'avaient adopté pour cette maladie une langue si incorrecte qu'il n'est plus possible de s'entendre.

M. Griesinger, dont le livre, paraît-il, fait autorité en Allemagne, s'exprime ainsi :

« ... Sa cause (la cause du choléra indien) est *spécifique*, et la maladie peut se propager d'un lieu à un autre; elle fait naître l'idée d'une *intoxication*; aussi peut-on désigner son élément actif sous le nom de *poison* cholérique. Ce *miasme*, inconnu dans sa nature, ne se révélant que par des effets évidents, est un *poison essentiellement voyageur*, etc. » (Traduction Lemattre.)

Je laisse de côté le poison voyageur. Un poison voyageur!... Mais que dire de ce miasme qui est un poison; de cette maladie spécifique qui fait naître l'idée d'un empoisonnement; de ce miasme inconnu dans sa nature et dont la nature ou l'essence est de voyager? Et les imitateurs de ce langage ne manquent pas! Rétablissons donc le vrai sens des mots si étrangement accouplés par le célèbre professeur de Berlin.

Les agents spécifiques produits par les maladies spécifiques, et dont la création et l'émission constituent la crise particulière de ces maladies, portent en étiologie les noms de *virus* et de *miasmes* : virus, s'ils se présentent sous la forme liquide ou solide; miasmes, s'ils sont gazeux ou volatils.

Les maladies qui donnent naissance aux miasmes sont de même ordre que celles qui engendrent les virus. Du reste, la même maladie spécifique peut émettre simultanément les deux variétés de produits. La syphilis contemporaine est toujours virulente. La variole est virulente et miasmatique. La scarlatine, la rougeole, sont surtout miasmatiques. En effet, dans ces deux dernières maladies, qui sont si évidemment contagieuses, on n'a pu saisir jusqu'ici un produit spécifique évident liquide ou solide qui représentât le virus.

Les agents spécifiques ne naissent pas spontanément : ils sont toujours et partout les produits de la maladie spécifique. Ils représentent la maladie spécifique alors qu'elle a disparu : ils la perpétuent, et c'est par leur intermédiaire que la maladie qui les engendre fait espèce. L'hypothèse de la génération spontanée des virus et des miasmes, un moment mise en honneur, ne compte plus, que je sache, un seul partisan.

Certains auteurs ont imposé le nom de *poisons morbides* aux miasmes et aux virus. D'abord, l'idée de poison emportant toujours avec soi l'idée de morbide, il était au moins inutile d'exprimer cette dernière idée. Mais on me dira peut-être que poison morbide signifie *poison issu d'un état morbide :* ainsi le virus variolique, le virus syphilitique, seraient des poisons morbides. Soit! mais, dites-moi, quelle utilité d'appeler poisons morbides ce que de tout temps les cliniciens non systématiques, et même les systématiques, ont appelé virus et miasmes? Il existe bien réellement des poisons issus de l'homme sain et malade : ce ne sont ni des virus ni des miasmes; ce sont ces poisons que nous qualifions du nom de *septiques*. Ce sont les substances putrides, agents toxiques si redoutables qui proviennent des matériaux de décomposition organique, des émanations corporelles que rejette sans cesse l'être vivant malade ou sain. Ces poisons ont leur origine dans la putréfaction, la fermentation, la transformation catalytique des matières organiques mortes. Ils ne représentent jamais un produit spécifique, car ils ne sont point engendrés directement par la maladie spécifique. Leur genèse est différente. Les virus et les miasmes sont les produits directs et nécessaires d'une évolution déterminée d'actes vitaux dont ils provoquent le développement dans l'homme sain et prédisposé soumis à leur action en quelque sorte fécondante. Ils sont placés, comme la semence, entre deux évolutions de même ordre, de même nature, celle d'où ils émanent, celle qu'ils provoquent. Les poisons septiques, les poisons végétaux, les poisons animaux que nous appelons *venins*, et à plus forte raison les poisons minéraux ne nous offrent rien de comparable. Les venins, par exemple, ne reproduisent pas dans l'organisme

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les n°s 17, 18, 34, 38, 40 et 41.)

Quelles sont les mesures quarantenaires à prendre dans le cas où l'épidémie se serait introduite par voie de terre? On peut répondre que toute mesure quarantenaire prise dans le pays même où sévit le choléra est dangereuse et impraticable. C'est sur le territoire égyptien qu'il faut se prémunir, comme on le fait aujourd'hui.

La question est autre, lorsqu'il s'agit de la voie maritime, et c'est à bon droit que M. Fauvel avait insisté, à la conférence de Constantinople, « pour que les mesures rigoureuses, ayant pour but de faire obstacle à de nouvelles invasions du choléra parmi nous fussent appliquées en dehors de l'Europe sur les routes suivies par la maladie pour y parvenir. L'un de ces obstacles, placé systématiquement dans la mer Rouge, a, jusqu'à présent, parfaitement rempli son but. Le choléra n'a pas franchi la barrière placée de ce côté. »

Le choléra quitte l'Inde par deux voies, la route de terre et la voie maritime; les points à défendre sont donc nombreux; ce sont tous les points limitrophes de l'Inde d'un côté, de l'Asie et d'Europe de l'autre.

La ligne à défendre sur la frontière turco-persane part de Bayazid au nord, au point de jonction des territoires russe, persan et turc; elle va jusqu'au fond du golfe Persique.

Le choléra a souvent été importé de Perse à Bagdad; il y a là une ligne très-étendue à défendre. Du côté du golfe Persique, la Turquie n'est protégée que par un poste sanitaire établi à Bassora.

Enfin, si l'on songe que, depuis quelques années, le choléra tend à s'acclimater en Russie, il faut également porter son attention sur la frontière russo-persane, du côté de la terre et surtout du côté de la mer (Caspienne) (voy. A. Proust, *Essai*

qu'ils affectent la série d'actes, normaux d'ailleurs, qui les a produits dans les animaux venimeux. L'animal empoisonné par un venin tombe malade, meurt ou revient à l'état sain par une série d'actes appropriés et spéciaux qui décèlent la nature de l'agent toxique; mais il ne se transforme pas en animal venimeux et ne se met pas à sécréter du venin. Est-il convenable vraiment d'appeler d'un même nom des choses si dissemblables?

Une maladie spécifique est une maladie qui fait *espèce*. C'est là son caractère fondamental, essentiel; c'est là sa nature. Une maladie qui ne fait pas espèce ne peut pas être qualifiée spécifique. Je n'ai sans doute pas besoin de faire remarquer que spécifique ne veut pas dire spécial. Les intoxications ne font pas espèce. Un buveur, par exemple, ne transmet pas l'alcoolisme à ses voisins; un fébricitant ne propage point la *malaria*. Les intoxications ne sont donc pas des maladies spécifiques. S'il est une distinction radicale en nosologie, c'est bien celle que fournit l'idée de spécificité : aussi ne puis-je concevoir comment une maladie spécifique, jugée spécifique et qui l'est réellement, peut faire naître dans l'esprit d'un médecin, raisonnable d'ailleurs, l'idée d'une intoxication, c'est-à-dire d'une maladie qui n'est pas spécifique. Donc, le choléra indien ne peut pas être à la fois spécifique et toxique : il est l'un ou l'autre. Empoisonnement? plus de spécificité, plus de miasmes, un poison. Maladie spécifique, au contraire? plus de poison, mais des miasmes, un virus, des produits spécifiques. Et alors les causes occasionnelles asiatiques, quelles qu'elles soient, qui favorisent le développement du choléra indien, maladie spontanée, maladie spécifique et non toxique, ne peuvent pas être considérées comme des poisons. Appelons-nous poisons, en effet, les causes occasionnelles communes sous l'action desquelles se développent dans l'ordre des maladies chroniques, par exemple, la scrofule, la tuberculose, etc.; dans l'ordre des aiguës les affections catarrhales saisonnières et le rhumatisme : maladies spontanées qu'aucun systématique d'ailleurs — au moins jusqu'ici, car je ne réponds point de l'avenir — ne s'est permis de classer dans l'ordre des empoisonnements?

Cependant l'idée d'intoxication et de poison cholérique alliée, au mépris de la logique médicinale la plus vulgaire, à l'idée de spécificité et de contagion, domine aujourd'hui l'étiologie du choléra indien, A côté de cette conception, je le sais, il en est d'autres, mais moins répandues et peu dignes de nous occuper. Laissons les théologiens vieillots et jaseurs soutenir que la colère céleste est la vraie cause occasionnelle du choléra indien; laissons les chimiatres s'embourber dans leurs catalyses et s'imaginer bravement qu'ils ont dit quelque chose de très-sérieux quand ils ont lâché les mots *maladie zymotique* : ce sont de grandes personnes qui bégayent des enfantillages! On a fait aussi du choléra asiatique une maladie parasitaire. En 1865, j'ai entendu soutenir par un naturaliste, digne et savant homme, la réalité du parasite Indien. Il y croyait fermement, et quand il en parlait, son langage, habituellement froid et réservé — il est du Nord — prenait tout à coup les allures méridionales. Mon naturaliste s'était figuré que tous les phénomènes du choléra sont la conséquence de l'*asphyxie*. Cette base posée, l'existence du parasite devenait possible. Voici comment il raisonnait : Les parasites indiens s'insinuent en nombre immense dans les voies respiratoires; ils se nichent dans les alvéoles pulmonaires, et là se mettent à procréer. Pour exécuter facilement et largement cet acte, il leur faut de l'oxygène, et ils prennent pour eux seuls tout l'oxygène de l'air que le malheureux patient appelle avec angoisse dans ses poumons. Le reste se devine.

Mais l'idée dominante actuelle est bien celle-ci : Le choléra indien est spécifique et contagieux; la contagion se fait par l'intermédiaire du poison cholérique; ce poison ne se développe pas spontanément dans nos pays, toujours importé, il nous vient des rives du Gange et du Bramahpoutra. Soit! J'accepte le poison cholérique, mais je l'accepte avec toutes les conséquences qu'entraîne pour lui sa qualité de poison. Je lui attribue tous les caractères généraux et essentiels des agents toxiques, car je n'imagine point ce que pourrait être un poison qui ne posséderait aucun de ces caractères, ou qui même en posséderait d'absolument opposés. Je raisonne donc sur le poison cholérique tout de même que je raisonnerais sur un agent toxique quelconque. Eh bien! le poison cholérique s'est développé dans l'Inde : comment s'effectue son transport? comment se forment chez nous les foyers toxiques?

Et premièrement, pour que le poison indien soit transporté par l'homme à travers les distances, il ne faut pas qu'il soit modifié par l'organisme dans lequel il a pénétré; il doit être fixe, inaltérable. Ainsi, le poison est absorbé sur les bords du Gange, à Chittagond, à Patna, à Jessore. Bientôt il est éliminé. Mais absorbé de nouveau, rejeté et repris sans cesse par de nouveaux individus, il passe, pour ainsi dire, de main en main, toujours identique, et parcourt le monde, arrivant jusqu'à nous dans toute son intégrité. Voilà comment se trouve rigoureusement expliquée la genèse et la transmission du choléra indien, maladie toxique, par le passage successif du poison à travers une chaîne non interrompue d'organismes qui le reçoivent et le transmettent tour à tour.

A la rigueur, cette idée peut théoriquement se soutenir mais dans la réalité elle n'est même pas discutable. La dose est tout pour les poisons; à l'inverse des produits spécifiques, ils n'agissent que proportionnellement à leur masse. Or, qui osera soutenir qu'à travers cette pérégrination du poison cholérique la dose puisée dans l'Inde se conservera toujours la même, qu'il ne s'en perdra pas un atome en route? Et s'il s'en perd, si la masse diminue successivement à mesure que

---

sur l'hygiène internationale, Paris, 1873, et surtout les rapports de M. Fauvel dans *Recueil des travaux du Comité d'hygiène publique*, Paris, 1873), aussi bien que sur les frontières limitrophes de la Turquie et de la Boukharie.

Quoi qu'il en soit, pour nous limiter au Hedjaz, on peut dire que le retour des pèlerins contaminés par voie de terre, c'est-à-dire par caravanes, n'offre aucun danger pour nous, car il est prouvé que les déserts forment le meilleur des cordons sanitaires, une vraie *sereine* à cet égard, pour employer le mot consacré; c'est là, je le répète, que ces masses humaines se *purgent* de toute infection, et il n'est pas d'exemple que la caravane de Damas, par exemple, ait jamais rapporté l'épidémie dans cette ville; j'ai déjà dit qu'elle revenait *nette* de tout contage généralement à partir de la station de *Modaïm-Saleh*. Quant à celle du Caire, elle fait, comme nous l'avons aussi vu, sa quarantaine à El-Wetch.

Reste la voie maritime, dangereuse par excellence et, à coup sûr, la plus périlleuse pour l'Europe. Or, dispose-t-on actuellement de mesures quarantenaires suffisantes à cet égard? Dans l'état actuel des choses, bien que les institutions sanitaires appliquées dans ces parages soient excellentes et donnent les meilleurs résultats, il n'en faut pas moins reconnaître que la barrière la plus efficace à opposer, en temps d'épidémie, serait, comme je l'ai également établi, la fermeture complète de la voie maritime à l'époque du rapatriement des hadjis.

Ces conditions multiples de propagation du choléra ne doivent point faire oublier les lieux de genèse et n'empêchent point l'établissement d'un lazaret à l'entrée de la mer Rouge, car, je ne saurais trop le dire, telle est la grande porte d'entrée du fléau dans la péninsule Arabique.

Je voudrais, comme complément, un autre lazaret à Djeddah même, qui, en raison de son importance comme principal port de débarquement, devient le poste d'observation sanitaire le plus sérieux.

On ose à peine écrire que Djeddah n'a pas encore traces

le poison traverse de nouveaux organismes, fatalement n'arrivera-t-il pas une heure où la quantité existante ne suffira plus pour empoisonner? Le choléra asiatique ainsi propagé devrait se présenter à nous sous une forme d'autant plus bénigne qu'il frappe des populations situées à une plus grande distance de son lieu d'origine. Les formes malignes, les formes communes graves même, ne devraient s'observer que dans le Bengale, et tout au plus dans les provinces limitrophes. Cependant l'expérience a prouvé et nous prouve encore que le choléra asiatique ne se conduit point ainsi : il s'est montré chez nous et grave et pestilentiel. Ce fait seul nous permet d'affirmer que ce n'est pas le poison venu du Bengale qui nous donne le choléra.

Maintenant, essayons de constituer, loin de l'Inde, un foyer toxique avec ce poison transporté. Pour agir vivement, pour frapper à la fois, dans la même contrée, un grand nombre de personnes, pour entretenir une épidémie grave durant de longs mois, ce foyer, sans doute, ne devra pas être médiocrement pourvu de poison! Ceux qui soutiennent franchement la réalité du poison cholérique ne me contrediront pas. J'entendais, ces jours derniers justement, un médecin do grande science déclarer que si le choléra indien qui règne actuellement à Paris ne faisait pas plus de ravages, s'il ne pénétrait pas plus vite au sein de la population, c'est que, cette année, la quantité du toxique apporté dans notre ville n'avait pas été forte. Ce médecin range catégoriquement le choléra asiatique dans l'ordre des empoisonnements; et, rigoureux logicien, il demande une dose forte de poison pour qu'il se produise de puissants effets toxiques. Explique qui voudra la formation de tels foyers: pour moi, j'y renonce, et d'autant plus volontiers qu'il n'est pas nécessaire, nous le savons, que l'agent producteur du choléra indien soit importé en quantité notable dans un pays pour que la maladie s'y étende rapidement et produise de grands désastres. Un seul individu peut transmettre le choléra épidémique à toute une population. Or, dites-moi quelle dose si forte de poison asiatique a bien pu porter avec soi cet individu, qui quelquefois même se rétablit, tandis que succombent successivement tous ceux qui d'abord l'ont approché?

Non, l'idée de ce poison cholérique né dans l'Inde et transporté au loin n'est pas soutenable. Dès lors, je me trouve en présence de la seule spécificité. Le choléra indien est spécifique, il émet des produits spécifiques; et je comprends facilement avec les miasmes ce qu'il ne m'est pas possible de comprendre avec le poison. La maladie spécifique engendre des miasmes et du virus. Cette génération sans cesse renouvelée à chaque individu affecté par le produit spécifique est la seule cause de la transmission de la maladie et de sa diffusion dans le peuple entier.

La manière dont se propage le choléra asiatique et l'impossibilité de faire venir de l'Inde seule la quantité de l'agent toxique nécessaire pour empoisonner le monde entier, devait conduire à l'idée pure de spécificité. Elle y a conduit en effet; mais, par une inconcevable fatalité, ceux mêmes qui ont adopté fermement cette idée n'ont pas su la dégager de l'hypothèse toxique. Le poison cholérique, disent-ils dans leur langage, possède la faculté de se multiplier en traversant l'organisme. J'ignore absolument, je l'avoue, ce que peut être un agent toxique qui se multiplie. Un poison peut se détruire en traversant l'organisme, se détruire en totalité, en partie; il peut le traverser sans perdre un atome de son poids; mais, qu'un poison puisse sortir de l'organisme plus volumineux et plus pesant qu'à l'entrée : est-ce soutenable? Si j'absorbe 10 centigrammes de mercure, en rendrai-je 25? La multiplication ainsi comprise est un fait de génération : elle n'appartient pas dès lors au monde inorganique, elle n'appartient qu'au monde vivant. Je ne comprendrais la multiplication du poison cholérique, que si ce poison était un ferment animé.

Il ne restait plus qu'à faire reproduire le toxique indien par le malade lui-même. Cette dernière hypothèse a été soutenue, en France, par l'auteur d'un traité de pathologie interne devenu très-rapidement populaire. Je la trouve ainsi formulée :

«.... Le poison de la malaria épuise ses effets sur l'individu qui l'a absorbé, il n'est pas régénéré par lui et partant il n'est pas transmissible. Les autres poisons (poisons de la variole, du choléra indien, du typhus, de la scarlatine, etc.) sont reproduits par le malade et, par suite, ils peuvent être transmis du malade à l'homme sain; d'où l'on peut dire que tout poison reproductible est transmissible. »

Qu'il me soit permis de le dire avec toute la déférence que je dois à l'auteur, mon bienveillant maître, qu'il me soit permis de le dire : une pareille reproduction de poison n'existe pas et ne saurait exister. Les seuls agents morbigènes non figurés que le malade puisse reproduire, se sont les miasmes et les virus. Et, c'est justement cette genèse qui séparera toujours les poisons des produits spécifiques.

Respectons notre langue médicale! Ne craignons pas d'appeler les choses par leur véritable nom. Le choléra indien fait espèce; de l'aveu de tous, c'est une maladie spécifique; cessons de l'appeler un empoisonnement. Le choléra indien émet des produits qui le rendent contagieux : appelons ces produits virus et miasmes, ne parlons plus de poison. Et surtout, si nous voulons conserver intacte notre vieille réputation d'esprit français, c'est-à-dire d'esprits lucides et logique n'imitons plus le pathos barbare de M. Griesinger.

L'idée de spécificité, appliquée dans toute sa rigueur à détermination des causes occasionnelles du choléra indien nous livre immédiatement les conditions extérieures générales

---

d'assistance publique, ni hôpital, ni police médicale, etc.; les tentatives qui ont été faites dans ce sens n'ont malheureusement pas eu de durée. Si, par exemple, on met des navires en quarantaine dans la rade, ils sont côte à côte, sous le même vent que les navires non contaminés. On sait aujourd'hui, il est vrai, que l'atmosphère ne joue qu'un rôle très-secondaire dans la transmission du choléra, et l'on rejette avec raison la propagation par les vents ou les courants d'air; on admet exclusivement, ou à peu près, la contamination par infection et par la voie de l'homme, qui est le principal agent de régénération de la maladie et d'importation. Quoique cependant la Conférence de Constantinople n'ait admis la contagion par l'atmosphère que dans un très-faible rayon autour du foyer, il n'en paraît pas moins prudent de s'isoler le plus possible. Un lazaret sur le rivage parerait à cet inconvénient; il serait également utile au point de vue des autres maladies qui réclament aussi l'isolement et la séquestration, la variole, entre autres, qui règne endémiquement dans ces parages.

Le pèlerinage de la Mecque n'est pas le seul à occasionner un grand rassemblement dans l'intérieur du Hedjaz; il y a encore le pèlerinage proprement dit de Médine, vers le mois de septembre (en souvenir commémoratif du voyage de Mahomet au ciel), qui attire à Médine même un certain concours de pèlerins, mais de pèlerins du pays seulement. Bien que les étrangers n'y viennent point, si ce n'est en nombre très-restreint, il n'y a pas moins là un déplacement de masses plus ou moins grandes qu'il importe aussi de surveiller.

Voilà pour le Hedjaz, où l'on arriverait sans peine à établir une base irréprochable et complète d'institutions sanitaires; il est indispensable de s'en préoccuper de plus en plus, car je ne suis pas de l'avis des partisans de cette idée que le pèlerinage perd de jour en jour de son importance; je crois, au contraire, que la foi religieuse est restée suffisamment vive chez les musulmans, surtout si nous la comparons à la nôtre et que, l'appât du lucre aidant, les communications devenant plus rapides, plus faciles, etc., cette grande opération si complexe,

du développement de cette maladie dans le Bengale et parmi nous.

Le choléra indien est spontané ou provoqué.

Jusqu'ici il ne paraît s'être développé spontanément que sur les bords du Gange.

On a accusé tour à tour comme étant les causes occasionnelles du choléra asiatique dans l'Inde : les effluves telluriques, les émanations septiques, la mauvaise qualité des eaux et des aliments, l'encombrement, la misère, les vicissitudes atmosphériques; mais nous ne savons rien encore de bien positif sur l'action toute spéciale de ces causes occasionnelles. Nous ne savons rien non plus de la prédisposition créée par la race, et du rôle que joue le climat dans la formation de l'état prédisposant.

Dans nos pays, le choléra indien ne se développe pas spontanément; il est toujours importé, et sa cause occasionnelle unique, favorisée d'ailleurs ou contrariée dans ses effets par les circonstances extérieures et la prédisposition variable des individus et des populations, est le produit spécifique plus spécialement miasmatique qu'engendre la maladie.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique médicale.

Notes cliniques recueillies dans les hôpitaux de Lyon : Contribution a l'étude des abcès du foie, par le docteur Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

(Fin. — Voyez les numéros 39 et 41.)

L'observation qui va suivre, quoique le diagnostic n'ait pu être vérifié par l'autopsie, n'en présente pas moins des particularités intéressantes.

Obs. IV. — Le nommé Cottin Barthelmy, né à Lyon, mécanicien, entre le 1er avril 1872 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint Pothin. Il accuse les antécédents suivants :

Jusqu'à il y a cinq ans environ, il s'était toujours bien porté et avait eu une hygiène convenable, sauf au point de vue de l'ingestion des alcooliques, auxquels il s'était déjà livré habituellement, mais sans excès considérable. Il y a cinq ans, il entra au service de la Compagnie de l'isthme de Suez. Il souffrit à cette époque de l'insuffisance et de la mauvaise qualité de la nourriture. Il travaillait sur un navire, mais il resta aussi plus ou moins longtemps à terre, au milieu de plaines marécageuses. Il se livrait de plus en plus à l'abus des alcooliques. Au bout de quatorze mois passés en bonne santé malgré ces mauvaises conditions, il éprouva dans le côté droit une sensation de lourdeur avec douleurs vives se faisant sentir par accès tous les deux ou trois jours dans l'hypochondre ou sous forme de rachialgie intense ou de souffrance vive dans l'épaule droite. Bientôt il fut pris d'un ictère très-prononcé avec fièvre. Après trois semaines de repos, son état s'améliora. Il reprit et continua pendant deux ans l'exercice de sa profession dans les mêmes conditions, restant sujet à des accès fréquents de douleurs très-vives dans la région hépatique accompagnés de troubles dyspeptiques. Ses forces, revenues après l'atteinte précédente, se mirent de nouveau à décliner. De retour en France, il se remit à peu près. Il contracta il y a trois ans un engagement à bord d'un navire qui faisait deux fois par an le voyage de Chine. Dans chacun de ces voyages, quatre fois ou deux ans, il fut atteint d'accès intermittents tierces qui ne disparurent qu'à son retour. Il était toujours sujet aux douleurs hépatiques, qui à cette époque survenaient tous les dix ou quinze jours avec une grande intensité et accompagnement de vomissements bilieux, mais sans réapparition de l'ictère. Après son dernier voyage et sa dernière atteinte de fièvre, il s'affaiblit beaucoup, abandonna son emploi et revint à Lyon. Depuis lors les douleurs hépatiques se manifestèrent très-fréquemment et violemment, sous forme de crises avec irradiation dans l'abdomen. Il fut pris bientôt en même temps d'une dysenterie avec selles à la fois liquides et sanglantes, qui dura huit mois, présentant des alternatives de mieux et de plus mal. L'appétit était de plus en plus languissant.

Il entra à l'hôpital pour la première fois il y a deux mois, dans le service de mon collègue le docteur Meynet. Très-amélioré, il sortit, mais ne tarda pas à retomber, et nous arrive avec les symptômes que voici : Accès violents de douleurs hépatiques presque quotidiens, accompagnés de vomissements bilieux; dans l'intervalle, persistance de la douleur de l'hypochondre; météorisme abdominal.

L'examen de la région hépatique montre les phénomènes suivants : A la base du thorax, en arrière à droite, voussure évidente. Sur la ligne mamelonnaire, la matité descend jusqu'au niveau de l'ombilic sur la ligne passant par le bord droit du sternum, 1 centimètre plus bas; en haut, elle remonte jusqu'à la quatrième côte; elle s'avance à l'épigastre jusqu'à la ligne mamelonnaire gauche; en arrière, il y a une matité complète dans le quart inférieur du thorax. En déprimant les parois abdominales, on sent une tumeur dure, non fluctuante occupant les limites que nous venons d'indiquer et s'avançant jusqu'au-dessous des fausses côtes gauches et qui est évidemment constituée par le foie augmenté de volume. La palpation est douloureuse. Il y a une inappétence complète. Aucun aliment n'est toléré; la langue est rouge, sèche, un peu fendillée. Constipation opiniâtre. Le teint est terreux, cachectique, non ictérique. Le pouls est à 104, faible, dépressible. La chaleur cutanée augmente le soir, mais sans frissons. L'auscultation n'indique rien, si ce n'est de l'obscurité au niveau de la région mate, à la base droite en arrière.

On diagnostique une hépatite chronique; mais en l'absence de fluctuation, de frissons et de signes de suppuration, on réserve provisoirement la question d'abcès.

Traitement. — Limonade à la crème de tartre soluble, eau de Vichy, huit ventouses scarifiées sur la région hépathique.

Le 4 avril on constate : Côtes déjetées en dehors. La matité descend 2 centimètres moins bas qu'à la première exploration. Douleurs vives par la pression. Au-dessous des côtes, le foie est un peu moins dur, mais il n'y a pas de véritable fluctuation, non plus que dans les espaces intercostaux. Douleurs très-vives la plus grande partie de la journée; le malade les localise surtout au niveau du bord inférieur des côtes. On observe du côté de la poitrine une matité remontant au tiers inférieur du thorax et une égophonie assez manifeste. Pouls à 104. Il paraît dès lors évident qu'un abcès volumineux, occupant le voisinage de la face convexe du foie, a determiné une pleurésie du voisinage. En l'absence de fluctua-

---

à la fois politique, religieuse et commerciale qu'on appelle le pèlerinage de la Mecque, est en voie de progrès.

J'ai fait, cette année et sur place, des observations qui me confirment dans cette manière de voir.

On peut dire que, si les nombreux pèlerinages d'Europe, qui deviennent fort à la mode aujourd'hui, offraient les pratiques curieuses, les péripéties multiples (dangers, fatigues, privations) dans lesquelles s'accomplit le pèlerinage de la Mecque, pratiques où la foi se retrempe avec tant d'ardeur, s'ils mettaient en jeu des intérêts aussi variés, aussi importants, ils deviendraient vite un élément de *great attraction* pour l'Occident.

L'Arabie vit de ce pèlerinage. Ce pays, autrefois si prospère, n'est plus qu'une ruine. Le Hedjaz, où se trouve le territoire sacré, n'est, à part quelques oasis, qu'une longue plaine de sables arides et brûlants, qui mérite bien le nom d'*Arabie pétrée*; l'Yémen lui-même n'est plus digne de son ancien nom d'*Arabie heureuse* et ces provinces constituent une vraie charge pour le gouvernement ottoman, d'autant mieux que le territoire sacré est affranchi de tout impôt.

Il faut se méfier du récit des historiens, qui ont toujours une tendance à embellir les lieux qu'ils visitent; *Burckhart*, *Nuhbür*, *Palgräffe* surtout, *Didier*, etc., paraissent, comme la plupart des grands voyageurs du reste, avoir subi cette fascination qu'on pourrait appeler *fascination du désert*; ils se reportent avec complaisance au temps où ils étaient comme perdus dans ces grandes solitudes; il paraît, en effet, que le désert, avec ses immensités, sa sécheresse, son aridité, son inconnu, exerce une sorte de vertige sur l'esprit de ceux qui le traversent.

Ne me suis-je pas moi-même quelquefois surpris dans une sorte de contemplation et de douce rêverie, en regardant, de mes fenêtres les plaines de sables et les montagnes nues qui forment l'horizon de Djeddah? Ne me suis-je pas senti comme attiré vers ces régions lointaines qui sont l'entrée du grand désert? C'est le mystère! c'est une sensation vive et pénétrante!

tion au-dessous des côtes ou dans un espace intercostal, il me paraît difficile de songer à une ponction même exploratrice, qui est loin d'être sans danger lorsqu'il n'existe pas d'adhérences. L'abcès peut d'ailleurs être encore très-loin de la partie accessible du foie. Je me décide néanmoins à faire au-dessous des côtes une cautérisation avec l'intention d'inciser l'eschare et de frayer, si c'est possible, une voie au pus. Une première pastille de potasse est appliquée dans ce but.

Le 5 avril, l'état général est relativement bon, malgré les douleurs. Pas de frissons. Pouls à 104, faible. La percussion et l'auscultation permettent de constater les mêmes symptômes et de plus un souffle bronchique assez intense au niveau du tiers inférieur de la poitrine à droite. L'eschare est excisée, et une nouvelle pastille de potasse introduite dans la cavité obtenue.

Le 7, état général très-mauvais. Pouls à 112, très-petit. Facies altéré. Mêmes signes à l'examen de la poitrine. Douleurs vives. L'apparence de mollesse légère qui avait existé au-dessous des côtes n'est plus manifeste. Il nous semble que l'abcès, au lieu de s'approcher des parois abdominales, se dirige vers la poitrine. Le malade refuse absolument toute nouvelle application de potasse, ou incision de l'eschare, ou ponction.

Le 10, état général excessivement grave. Le malade est tombé dans une prostration profonde. Diarrhée abondante. Langue sèche. Pouls dépressible, presque imperceptible. Pas de fluctuation. Les symptômes du côté de la poitrine sont les mêmes.

Le 11, prostration croissante, mort peu après.

Examinons brièvement les points intéressants de cette observation.

Nous croyons pouvoir affirmer sans crainte d'erreur que notre malade avait un abcès situé dans les parties centrales du foie, plus près de la convexité que de la face inférieure.

L'existence d'une hépatite suppurée nous a paru bien démontrée, par l'analogie de symptômes et de marche, avec notre première observation.

Il est impossible de penser que cette maladie, constituée évidemment au début par une fluxion inflammatoire sur le foie, marquée par cette série de recrudescences et ces douleurs vives à retour fréquent, née dans les conditions étiologiques qui produisent si habituellement l'hépatite suppurée, sous un climat brûlant, chez un sujet mal nourri et alcoolisé, accompagnée à la fin de tous les symptômes qui indiquent la tendance au passage du pus dans la poitrine, n'ait pas consisté dans un abcès.

Il est probable que la première fluxion avait porté non-seulement sur les voies biliaires, ainsi que le démontrait l'ictère, mais encore sur le parenchyme de l'organe. Nous croyons, en effet, que dès cette époque la douleur profonde avec pesanteur dans l'hypochondre qu'accusait le malade était très-probablement l'indice de la formation du pus.

L'intégrité relative de la santé dans les intervalles des accès de douleur hépatique n'a rien qui doive nous étonner si nous nous rappelons les circonstances de notre première observation.

La fièvre intermittente contractée dans les mers de Chine, malgré sa régularité et son type bien défini, était peut-être plutôt un symptôme de cette suppuration profonde que de l'intoxication paludéenne.

Le siége dans les profondeurs de l'organe près de sa convexité, et plutôt du côté du lobe gauche, était démontré par l'augmentation de volume de ce lobe, par la proéminence de la partie antérieure des côtes, déjetées en avant, enfin par la tendance à l'ouverture du côté de la plèvre.

Le niveau moins élevé auquel atteignait le bord tranchant de l'organe les derniers jours de la vie qu'à son entrée, s'explique par la forme globuleuse que tend à prendre le foie quand il existe une collection purulente en voie d'accroissement dans le centre de cet organe, et par le retrait qui en résulte sur ce bord.

L'abcès ne s'est évidemment dirigé vers la plèvre que parce qu'il était voisin de la convexité de l'organe.

Nous pensons cependant qu'il n'existait encore qu'une pleurésie de voisinage par transmission de l'inflammation à travers le diaphragme, ainsi que cela a été constaté à l'autopsie chez notre premier malade, car s'il se fût produit une irruption du pus dans la plèvre, il en fût résulté une pleurésie suraiguë avec épanchement de liquide beaucoup plus considérable. L'analogie avec notre premier cas démontre, en effet, quelle irritation intense détermine dans une séreuse l'introduction d'une quantité même très-faible de pus. Notre interprétation est d'ailleurs justifiée par les observations de Castro, qui indique très-bien la différence des symptômes quand l'inflammation de la plèvre n'est encore due qu'au voisinage de l'abcès et quand elle résulte de l'irruption de son contenu dans cette cavité.

Au point de vue de la longueur de la maladie et de sa marche, nous pouvons affirmer que chez notre malade un abcès du foie n'a déterminé la mort que cinq ans après le début et à la suite d'une longue série d'aggravations et d'améliorations, et que ce cas est extraordinaire sous ce rapport.

Nous devons maintenant examiner les indications que présentait ce malade au point de vue du traitement.

Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il n'y avait pas apparence que l'abcès tendît à se diriger vers les parois abdominales. Quand j'ai pu supposer qu'il en était ainsi, en raison de la dureté moindre du lobe gauche (je ne dis pas de la fluctuation, car elle n'a jamais été évidente), je me suis efforcé d'établir des adhérences et de frayer une voie au pus par la cautérisation.

Eût-il mieux valu faire la ponction? N'eût-elle pas été entourée de dangers sérieux? L'événement a prouvé sans doute qu'ils étaient moins à redouter que les accidents qui se sont produits, mais nous ne pouvions alors prévoir que le malade tomberait brusquement dans un état adynamique grave. Nous craignions, ne connaissant pas assez exactement le siége de

---

Il y a là un phénomène psychologique ou pathologique, si l'on veut, qui échappe à l'analyse et au raisonnement.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes peut-être pas loin du moment où le pays subira une transformation complète, grâce aux événements importants qui s'accomplissent à présent dans l'extrême Orient et dans l'Asie centrale (expédition égyptienne en Abyssinie, russe à Khiva, hollandaise à Atchim, etc.), grâce surtout aux conditions actuelles dans lesquelles s'effectue le pèlerinage de la Mecque, conditions nouvelles que j'ai déjà mentionnées et qui sont constituées par le contact plus intime avec les Européens, par la navigation à vapeur, par l'amélioration de la vie matérielle, de l'hygiène publique et privée, par le plus grand développement des intérêts commerciaux, etc.

Les institutions sanitaires subiront, à n'en pas douter, le sort commun aux bonnes institutions; elles aussi s'amélioreront dans la pratique et j'estime qu'on peut avancer, sans crainte d'être contredit, qu'il arrivera un moment où il adviendra du choléra ce qui est advenu des grandes pestes d'autrefois, c'est-à-dire qu'il n'en restera plus que le souvenir.

N'est-ce pas, par exemple, aux efforts constants de Pariset qu'on doit l'extinction de la peste en Egypte? C'est en assainissant les cimetières, en les éloignant des villes, etc.; c'est en appliquant sur une large échelle d'excellentes mesures d'hygiène qu'il est arrivé à ce résultat.

Je ne puis mieux faire, pour bien traduire ma pensée, que de citer le passage suivant du discours prononcé à l'Académie de médecine, le 2 juillet 1872, par le savant le plus compétents en la matière, M. le docteur Fauvel, sur la dernière épidémie de choléra.

« Je n'ajouterai qu'un mot, dit en terminant l'éloquent orateur, pour faire remarquer combien l'épidémie de 1872 dans le Hedjaz diffère de celle de 1865 par sa gravité beaucoup moindre, par son peu de tendance à l'expansion, à moins de circonstances adjuvantes, par l'immunité vraiment extraordinaire dont les pèlerins sortis de foyers épidémique

l'abcès, de perforer une notable épaisseur du foie sans être sûr de l'atteindre.

Nous nous rappelions que Frerichs (*op. cit.*, p. 400 à 403) dit : «La ponction simple n'est permise que si le pus a déjà franchi le feuillet superficiel de l'aponévrose abdominale ou les muscles intercostaux. Dans le cas contraire, on doit l'éviter comme dangereuse. »

Nous nous souvenions des arguments que cet auteur emprunte à Maclean, qui a vu les nombreuses ponctions pratiquées par Murray et celles qu'il a faites lui-même se terminer par la mort, sauf dans un cas, le plus souvent à la suite du sphacèle du tissu hépatique voisin..

Rouis professe la même opinion, et plus récemment Morehead Budd, James Martin, l'ont défendue (Castro, *op. cit.*, p. 49, et Frierichs, p. 398); ce dernier a vu 81 pour 100 de mort après la ponction.

La statistique de Castro est, il est vrai, en contradiction directe avec cette manière de voir : il dit avoir obtenu par la ponction 31,81 guérisons pour 100, tandis que l'expectation ne lui en a donné que 12,50.

Cet auteur conseille de ne pas s'arrêter au défaut d'adhérences et de ponctionner hâtivement. Il remplace le trocart par un tube à drainage et établit après l'opération, les jours suivants, un aspiration sur l'orifice, au moyen de ventouses, répétée plusieurs fois par jour, en s'efforçant dans l'intervalle de tenir le tube bouché pour empêcher l'entrée de l'air dans le foyer.

La manière de faire de ce médecin quant à la ponction hâtive est conforme à celle d'un grand nombre de praticiens anglais ayant exercé dans l'Inde, entre autres Renald Martin et Cameron, qui, quoique observant dans les mêmes conditions que Maclean, Rouis, Budd, James Martin, professent un avis absolument opposé. Ramirez, médecin mexicain, la préconise également.

On peut objecter aux partisans de la ponction simple que ce procédé employé seul paraît très-peu propre à établir l'écoulement facile et continu du pus, qui est nécessaire pour obtenir la guérison.

Castro obvie à cet inconvénient par la sonde à demeure et les aspirations, mais cela nous paraît bien insuffisant pour obtenir le bourgeonnement du foyer et la cicatrisation. Quant aux précautions contre l'entrée de l'air elles nous paraissent illusoires.

Les objections plus graves encore, qu'on peut opposer aux partisans de la ponction hâtive, sont la crainte de la péritonite et le danger qu'il y a à traverser une grande épaisseur du tissu hépatique. Ce n'est pas sans une certaine défiance qu'on lit les affirmations de Templeton (cité par Frerichs), Cameron et Castro, prétendant avoir traversé de part en part et sans accidents le foie de malades qu'on soupçonnait porteurs d'abcès. On se dit qu'on peut bien n'être pas toujours aussi heureux. On se défie un peu de l'identité que ce dernier auteur admet entre les animaux et l'homme. Il paraît incontestable, d'après les résultats obtenus par les membres de la Société médico-chirurgicale d'Alexandrie (Castro, *op. cit*, p. 53), que chez le bœuf, le chien et le lapin les ponctions du foie peuvent ne pas laisser de traces et être absolument innocentes; mais en est-il de même chez l'homme, surtout dans le cas d'hépatite? La seule expérience de Castro (*op. cit.*, p. 54), faite sur un lapin dont le foie contenait des noyaux caséeux, ne réalise nullement les conditions où se trouve un malade atteint d'hépatite suppurée.

En présence de ces opinions contradictoires, nous étions peu encouragé à tenter la ponction alors que l'abcès était peut-être encore très-loin des parois abdominales. Lorsque le pus, au lieu de prendre cette dernière voie, parut tendre à se diriger vers le poumon, nous fûmes encore plus porté à l'expectation en nous souvenant que Maclean (cité par Frerichs, p. 403, Frerichs et Castro, *op. cit.*, p. 41) lui-même admet l'ouverture dans les bronches comme la voie d'évacuation spontanée la moins dangereuse de toutes, espérant que la base du poumon adhérente pourrait être ulcérée et le pus pénétrer jusqu'aux voies aériennes. Nous ne nous dissimulions pas néanmoins que la pénétration du pus dans la poitrine ne pût être entourée de dangers très-graves. Tantôt, en effet, l'invasion brusque du pus dans la plèvre avant la formation d'adhérences suffisantes, amène une pleurésie purulente subaiguë très-dangereuse, ou bien le pus, ayant envahi le poumou, s'épanche dans le tissu cellulaire de cet organe avant d'avoir pu se frayer une voie jusqu'à une grosse bronche, d'où une pneumonie suppurée et parfois gangréneuse rapidement mortelle. Mais nous nous souvenions d'autre part que dans les cas heureux, où l'abcès peut se frayer rapidement une voie jusqu'aux bronches, les chances de guérison sont très-grandes.

Tels sont les motifs qui, après nous avoir déterminé à préparer une voie au pus par la cautérisation, nous portèrent plus tard à l'expectation jusqu'au moment où le malade tomba dans un état général assez grave pour contre-indiquer toute tentative opératoire, à laquelle il se refusa d'ailleurs énergiquement. Mais en présence d'un cas semblable je n'attendrais certainement pas aussi longtemps avant de me déterminer à intervenir, et voici la méthode que je suivrais.

Une fois l'existence d'un abcès du foie rendue évidente par l'ensemble des symptômes généraux et locaux, en l'absence de fluctuation je temporiserais néanmoins quelques jours, afin d'être certain que le pus n'a pas de tendance à se rapprocher d'un point accessible; mais dès que j'aurai acquis cette certitude, je pratiquerais beaucoup plus rapidement que je ne l'ai fait chez notre malade la cautérisation jusqu'au foie, employant la pâte de Vienne au lieu de la potasse pour agir moins lentement, et,

---

ont joui, tant à bord des navires qu'à la quarantaine d'El Wedj, circonstances qui n'avaient pas été observées en 1865.

» Ne semble-t-il pas que les mêmes conditions qui, en 1871, se sont opposées à la diffusion du choléra en Europe et ont fait avorter toutes les importations parties de Constantinople, aient également agi cette année dans le Hedjaz; en d'autres termes, que la disposition à contracter le choléra ait été diminuée là comme ailleurs, ou, si l'on aime mieux, que l'épidémie de 1871 et 1872 ait présenté moins de malignité que les précédentes? Je dis l'*épidémie* et non la *maladie*, car les attaques, considérées isolément, n'ont rien perdu de la gravité antérieure. »

Mais, puisque l'on place, avec raison, toutes les origines épidémiques du choléra, tous les foyers primitifs d'émission aux Indes, en ne voyant que des foyers secondaires dans les manifestations que nous observons à cet égard, au dehors, ne doit-on pas forcément s'arrêter à cette idée que c'est là qu'il faudrait porter la *cognée?*

Malheureusement, cela paraît plus facile à dire qu'à faire. Que de théories, que de projets l'on rencontre lorsqu'on se place sur ce terrain! mais aussi que d'obscurités!

Les causes de l'endémie cholérique dans l'Inde sont toujours à trouver. «On n'a pas même encore, dit M. le docteur Fauvel dans son traité didactique (*le Choléra*, etc., Paris, 1868), de notions précises sur toutes les localités de l'Inde où elle règne. Ce qu'on sait seulement, c'est que ces foyers permanents du choléra n'occupent pas tous la vallée du Gange et qu'ils sont d'origine récente; ce qu'on peut admettre raisonnablement, c'est que les conditions qui les entretiennent pourraient être détruites. Mais un tel résultat ne saurait être que l'œuvre du temps, que la suite de recherches et d'améliorations persévérantes ».

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer ces foyers permanents.

On a vivement critiqué l'administration anglaise des Indes, et on lui a reproché d'avoir détruit ou avoir laissé dans l'abon-

après le délai assez court nécessaire pour l'établissement d'adhérences solides, je la ferais suivre d'abord d'une ponction exploratrice, à travers l'eschare, et par conséquent sans danger pour le péritoine, avec un trocart très-fin et avec l'aide de l'appareil aspirateur de Dieulafoy, puis une fois que j'aurais ainsi établi dans quelle direction il faut donner issue au pus, je remplacerais le trocart explorateur par un instrument volumineux. Je suivrais en cela, avec quelques modifications, le procédé préconisé par Gallard, ayant les avantages de la méthode de Récamier et ceux de la ponction hâtive. J'aurais ainsi l'avantage d'éviter tout danger d'écoulement du pus dans le péritoine, tout en ne tardant pas trop à évacuer l'abcès. Une fois la voie ouverte, je l'élargirais par la dilatation au moyen de l'éponge préparée; on pourrait même faire dans ce but quelques incisions les jours suivants sur le trajet du trocart. On ne serait pas exposé aux dangers qui accompagnent l'incision simple, le plus mauvais de tous les procédés dans les cas d'abcès profonds. L'entrée serait, en effet, circonscrite par des fausses membranes solides qu'il serait facile de ne pas dépasser, et le tissu hépatique étant déjà enflammé dans le voisinage de la fistule étalie, les vaisseaux seraient oblitérés, et l'on serait à l'abri de toute chance d'hémorrhagie, considération qui, malgré les affirmations de Castro (1), n'est pas à dédaigner.

L'établissement d'une fistule un peu large aurait pour but, dans l'impossibilité où l'on est d'empêcher l'introduction de l'air dans le foyer, de neutraliser son action fâcheuse par des lavages répétés et abondants avec des liquides modificateurs et antiseptiques.

Trois des précédentes observations démontrent combien de temps un abcès peut rester enfermé dans le foie avant de déterminer des accidents qui révèlent d'une façon certaine sa présence. Nous allons rapporter en quelques mots un fait qui prouve qu'une collection purulente hépatique peut rester absolument latente jusqu'à la mort.

Obs. IV. *Résumé communiqué par le docteur Laure, médecin des hôpitaux de Lyon.* — Le 21 février 1872, entre dans le service de mon collègue le nommé Frollin Mathieu, chanteur, âgé de trente-neuf ans, qui a séjourné à plusieurs reprises dans les colonies et est revenu en France depuis plusieurs mois. Il donne des renseignements incomplets sur ses antécédents. Il n'accuse pas des symptômes d'hépatite antérieure, mais il a eu à plusieurs reprises la dysentérie, et elle s'est prolongée pendant plusieurs mois.

A son entrée, décoloration des téguments, signes d'anémie profonde. Symptômes d'induration tuberculeuse des sommets des poumons. Matité et obscurité de la respiration. Le malade ne se plaint pas du foie, et l'exploration de l'abdomen ne fait rien constater d'anormal du côté de cet organe. C'est seulement peu de jours avant sa mort qu'il accuse une douleur, peu intense à la pression, dans la région ombilicale. Quelques jours après son entrée, il tombe dans une prostration profonde qui le conduit à la mort.

Autopsie. — On trouve un foie graisseux, peu augmenté de volume, contenant dans l'épaisseur du lobe gauche un abcès du volume du poing, formé de pus jaune assez bien lié, entouré d'une membrane peu épaisse. Dans les poumons, quelques nodules crétacés aux deux sommets. Quelques ulcérations à la fin de l'intestin grêle avec injection vive de la muqueuse. Rien de notable dans le gros intestin.

(1) Cet auteur le reconnaît lui-même, puisqu'il rapporte 1 cas de mort à la suite de deux petites plaies du foie suivies d'hémorrhagie.

A la suite de ces cas, qui rentrent, au point de vue étiologique, dans la catégorie ordinaire des abcès du foie des pays chauds, nous placerons le résumé d'une observation intéressante, parce que la seule cause qu'on pût invoquer chez la malade était l'alcoolisme, qui produit très-rarement, du moins quand il agit seul, l'hépatite suppurée.

Obs. V. — Le 10 mars 1863 entre à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon la nommée Jeanne S..., piqueuse de bottines, âgée de quarante huit ans. Comme antécédents, la malade n'accuse aucune maladie jusqu'au moment où elle a éprouvé les premiers symptômes de celle dont elle est atteinte; elle était même très-robuste. La malade avoue qu'elle faisait un usage habituel et certainement abusif d'une liqueur très en honneur parmi les ouvriers lyonnais sous le nom d'*eau d'arquebuse*. Depuis un an, elle a commencé à être sujette à des troubles dyspeptiques, à des pesanteurs avec gonflement d'estomac après les repas, avec éructations fréquentes. De temps en temps, véritables indigestions avec vomissements répétés et douleurs stomacales. Deux mois avant son entrée, ces symptômes s'aggravent. La malade perd complétement l'appétit, s'affaiblit et est obligée de suspendre son travail. Elle ne s'aperçoit pas de la présence de l'ictère, mais il est probable qu'il remonte à cette époque, car elle se plaint depuis lors d'une démangeaison habituelle et d'une éruption prurigineuse, indices probables de l'existence de ce symptôme. Dix jours avant son entrée, apparition des phénomènes actuels. Douleurs vives, spontanées dans l'hypochondre droit, très-exaspérées par la pression. Le foie, ainsi que le démontrent la percussion et la palpation, dépassent les fausses côtes de trois travers de doigt. Ictère assez intense. L'urine est colorée en jaune par la bile; elle verdit par l'acide nitrique. Inappétence Constipation. Peau chaude. Pouls à 100. On applique six sangsues dans la région hépatique et le lendemain huit sangsues à l'anus. 1 gramme de calomel. Cataplasmes sur l'hypochondre.

Du 13 au 30 mars, même état. La malade s'affaiblit; son facies s'altère.

Le 30, le foie a augmenté de volume; ils descend jusqu'à l'ombilic. Pas de fluctuation, rien qui démontre l'existence d'un abcès. Douleurs vives. Etat fébrile continu, sans frissons. Facies altéré. Langue sèche et rouge. L'ictère a disparu.

Le 5 avril, la malade meurt dans l'adynamie.

On ne peut pratiquer qu'une autopsie sommaire; le foie seul peut être examiné. On trouve près de la face inféro-postérieure de l'organe, dans l'épaisseur du lobe droit, au voisinage du sillon transversal, un abcès volumineux, encore renfermé dans le parenchyme hépatique, mais séparé de cette face par une épaisseur peu considérable de tissu glandulaire non altéré.

Cette observation montre qu'un état général grave et mortel peut être la conséquence d'un abcès encore contenu dans le parenchyme hépatique. Elle mérite surtout d'être signalée à

---

don et l'incurie les beaux travaux édifiés par l'empire des Mogols et des Hindous, travaux d'assainissement tels que canaux, aqueducs, etc.

« La Compagnie des Indes, dit le comte de Warren, jusqu'en 1843, c'est-à-dire pendant plus de soixante ans, n'avait pas ouvert un puits, creusé un étang, coupé un canal pour l'avantage de ses sujets indiens; elle n'aurait pas tracé une route, si ce n'est pour le passage de ses armées.

» On peut lire dans l'*India New's* (1844, résumé officiel de la statistique indienne, publiée chaque mois) que, dans un seul district de la présidence de Madras, celui de *North Arcoot*, dans une seule année, en 1827, le nombre des étangs crevés, emportés et détruits par les inondations ne se montait pas à moins de onze cents, depuis un quart de siècle que ce district était sous la tutelle de l'Angleterre.

» Du temps des conquérants Mogols, un admirable canal, appelé le *Doab*, partant de Delhi, fertilisait dans son parcours plus de 200 milles de pays; aujourd'hui il est entièrement détruit, et ces contrées, si fertiles et si salubres, sont devenues maintenant le séjour des bêtes féroces et le réceptacle de quelques groupes d'individus, vrais solitaires errants sous des ombrages funéraires. » (*L'Inde anglaise en 1841* et *1843*, par le comte de Warren.)

Il paraît certain que l'Inde a été autrefois un empire puissant; il faut même l'admettre pour l'Arabie, car les rares voyageurs qui ont parcouru l'Yémen, M. J. Halevy surtout (*Une mission archéologique dans l'Yemen*, Paris, 1872), ont vu la trace d'anciens travaux qui dénotaient une grande prospérité.

On a aussi invoqué, comme cause d'insalubrité dans l'Inde, le mode de sépulture des Hindous. On sait, en effet, que les cadavres étaient jetés dans les eaux du Gange et du Brama-Poutra, les fleuves sacrés, par excellence, du Bengale; lorsque des débordements se produisaient, les rives se couvraient alors de corps en décomposition.

Ce sont ces deux fleuves qui forment ce qu'on appelle le *Delta* du Gange; un autre fleuve immense, l'Irawady, dans une

cause de l'étiologie. Cet abcès ne s'est, en effet, nullement développé sous l'influence d'une température élevée, car ce n'est pas même pendant la saison chaude que les premiers symptômes ont apparu, mais par le seul fait de l'abus de l'alcool. Cette substance, qui produit dans le foie plus encore que dans tout autre organe les formes scléreuses de l'inflammation, a amené ici la suppuration. Son action irritante locale directe sur les éléments anatomiques, par suite de son mélange avec le sang et avec le plasma exhalé des vaisseaux, a pour effet habituel la prolifération conjonctive et l'organisation des éléments nouveaux en tissu dur et rétractile, nullement le processus de prolifération suppurative. On voit qu'il peut y avoir à cette règle quelques exceptions, et notre observation en est un exemple.

Nous terminerons notre travail par une observation qui nous paraît démontrer que la suppuration du foie peut parfois se produire par le fait du voisinage d'une pleurésie suppurée, et cela sans que le diaphragme soit perforé.

Obs. VI. *Recueillie pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service du docteur Frêne.* — Le 6 décembre 1859, entre à l'Hôtel-Dieu le nommé Jean-Marie Blein, jardinier. Il n'accuse aucun séjour antérieur dans les pays chauds. Bonne santé jusqu'à il y a trois mois. A cette époque, il fut pris de diarrhée avec affaiblissement graduel et œdème des jambes. Il se remit à peu près, mais garda de l'enflure des jambes. Il y a un mois, il prit froid, et c'est à cette époque seulement, prétend-il, qu'il commença à tousser.

Au moment de son entrée, la toux est fréquente, l'expectoration est purulente, de temps en temps un peu teintée de sang. Point douloureux à la base du thorax à droite. Dyspnée assez intense. La percussion donne une matité relative dans la moitié inférieure à droite, en arrière et en avant; l'auscultation, de l'obscurité de la respiration au niveau des points mats et au-dessus on arrière du frottement pleural très-manifeste. Un peu plus haut, à la partie moyenne, gargouillement, souffle caverneux. Du côté gauche, quelques râles sous-crépitants disséminés. Le malade a de la fièvre et de l'inappétence; les jambes sont œdématiées. Quelques jours après, on constate de l'égophonie à droite et à la portie moyenne en arrière. Plus tard, le malade tombe dans un affaiblissement extrême qui rend l'exploration de la poitrine impossible. Le facies s'altère, le pouls devient filiforme, et il meurt un mois après son entrée sans avoir jamais accusé aucune douleur dans la région hépatique qui ait pu attirer l'attention de ce côté.

Autopsie. — Le poumon gauche, à part quelques adhérences pleurales et de l'engouement, est sain. A droite, la cavité pleurale a complétement disparu par suite d'adhérences épaisses et solides. Le poumon droit est hépatisé et imperméable à l'air dans toutes les parties qui subsistent encore. Le lobe inférieur du poumon a aux trois quarts disparu ou a été refoulé de façon à céder la place à deux vastes cavités pleines d'un pus crémeux, présentant chacune 10 centimètres de diamètre ou moins; elles sont séparées l'une de l'autre par une cloison fibreuse épaisse d'environ 4 millimètres; la plus antérieure est en rapport, dans une beaucoup plus grande étendue que l'autre, avec le diaphragme, auquel sa membrane propre adhère solidement. A la partie moyenne et en arrière du même poumon est une caverne d'un volume beaucoup moindre, en partie pleine de pus. Enfin, le sommet du même poumon est parsemé de foyers caséeux en voie de ramollissement et de cavernes du volume d'une noisette ou plus petites.

Le foie est complétement adhérent au diaphragme.

Dans la partie voisine du foyer purulent thoracique antérieur, existe dans le foie un abcès énorme, plus gros que le poing, contenu dans une coque conjonctive, qui n'est séparé de celui du poumon que par leurs parois propres respectives et par le centre phrénique, complétement intact à ce niveau.

Le gros intestin présente dans plusieurs endroits dans sa partie supérieure de nombreuses arborisations vasculaires disposées par plaques sans ulcérations.

Les autres organes abdominaux sont parfaitement sains.

Le cerveau ne présente pas d'altération, si ce n'est que sa consistance est diminuée, phénomène probablement cadavérique.

Nous croyons que dans ce cas la pleurésie constatée au moment de l'entrée du malade a rapidement tourné à la purulence en amenant le cloisonnement de la partie inférieure de la cavité pleurale par des fausses membranes organisées, et que c'est ainsi que se sont formés les deux abcès thoraciques. Quant à la formation de l'abcès du foie, qui est pour nous la particularité la plus intéressante, nous l'attribuerons à la propagation de l'inflammation de la plèvre au foie à travers le centre phrénique resté intact, ou du moins non perforé, car l'examen microscopique eût peut-être démontré une lésion du tissu fibreux qui le constitue.

Cette interprétation est justifiée par différentes particularités relatées dans nos observations I et III. Dans la première, outre la péricardite par irruption du pus, il existait une pleurésie par propagation de l'inflammation, alors même que le diaphragme était intact à ce niveau. Dans l'autre, empruntée au docteur Perret, le voisinage d'un abcès du foie avait déterminé une péricardite par le même mécanisme. Dutroulau a cité, nous l'avons vu, des cas analogues.

Si le pus hépatique peut enflammer à travers le diaphragme non perforé les séreuses voisines, il n'est pas impossible, il est même probable que dans le cas précédent le voisinage de la pleurésie purulente a déterminé la formation de l'abcès du foie dans les mêmes conditions. Nous croyons, en effet, que l'hypothèse la plus rationnelle est d'admettre que la pleurésie a été causée par le ramollissement caséeux du poumon et que l'abcès hépatique lui a succédé. Cela nécessite l'hypothèse d'une inflammation transmise à travers un tissu peu propre à faciliter sa propagation, mais les autres faits que je viens de rappeler démontrent que cela n'est pas une pure hypothèse. Récemment M. Willemin (*Gaz. hebd.*, 1873. p. 260) a communiqué à la Société médicale des hôpitaux une observation qui justifie plus directement encore cette interprétation. Son malade, entré à l'hôpital avec une pleurésie qui ne tarda pas à tourner à la purulence, fut atteint consécutivement et par propagation évidente de l'inflammation à travers le diaphragme d'une péritonite purulente.

---

contrée voisine, forme aussi un delta, mais où ne règne pas le choléra.

Le Gange arrive dans le Bengale après avoir traversé le Béhar et reçu le Tista, le Kosa, la Mahanada et beaucoup d'autres rivières considérables ayant leur source dans l'Himalaya. Il se subdivise alors en un grand nombre de bras qui se réunissent à Dakka avec ceux du Brahma-Poutra.

Les deux fleuves dessinent un delta qui occupe une superficie de 50 myriamètres, le double du delta du Nil. Les eaux y changent constamment de lit et se déversent dans le golfe du Bengale par dix-sept embouchures principales et beaucoup d'embouchures secondaires; toutes sont obstruées par la vase, à l'exception du Hooghly, que les gros navires peuvent remonter jusqu'à une hauteur de 50 myriamètres.

Il semble qu'on ait exagéré l'influence funeste des coutumes religieuses des Indiens, car les bords du Gange sont peuplés de requins et de caïmans qui ont vite dévoré tous les débris rejetés par le fleuve dans ses alluvions; au reste, il paraît que le gouvernement de l'Inde est parvenu à éteindre presque complétement cette pratique.

C'est une des études les plus curieuses à faire que celle des différents modes de sépulture en usage chez les anciens peuples, traditions auxquelles on ne peut toucher pour les reformer qu'avec la plus grande prudence, car elles sont sacrées par excellence.

A Aden, par exemple, les *Parsis* (adorateurs du feu, ou disciples de Zoroastre), qui sont très-nombreux, ont l'habitude de transporter leurs morts sur une montagne voisine, de les asseoir sur des fauteuils et de les abandonner à la voracité des oiseaux de proie, qui, naturellement, pullulent dans ces parages.

On comprendra facilement que les Anglais, qui ont eu tant de révoltes à étouffer dans l'Inde et qui n'y ont peut-être encore aujourd'hui qu'une solidité factice, aient, tout d'abord et pendant longtemps, évité de s'immiscer dans ces coutumes si anciennes et dont le principe est si respectable.

CORRESPONDANCE.

Sonde métallique brisée dans l'urèthre. Extraction.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Permettez-moi de vous soumettre le fait suivant, dont je viens d'être témoin dans ma pratique.

Joseph C..., âgé de soixante-seize ans, demeurant à 9 kilomètres d'Oloron, est pris, le 3 juillet dernier, d'une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme avec une sonde d'argent. Deux jours après, nouveau cathétérisme, et, l'impossibilité d'uriner sans l'intermédiaire d'une sonde étant manifeste, le médecin introduit dans l'urèthre une sonde à demeure. Après quatorze jours, elle fut remplacée par une deuxième sonde, et, au dire du malade, au bout de sept jours un fragment du bout antérieur de la sonde fut expulsé presque spontanément à la suite de quelques tractions faites sous le coup d'une sensation douloureuse dans la partie inférieure de la région pénienne du canal uréthral. Malgré les craintes causées par ce fâcheux accident, le malade ne s'en préoccupa pas autrement durant trois semaines; la miction étant encore possible, jusqu'à ce que pourtant, la sonde ne livrant plus passage à l'urine, il fut obligé de nouveau de recourir aux secours de l'art. C'est alors que je fus appelé pour la première fois, le 29 août dernier, à huit heures du matin. Je trouvai un homme en proie à de vives souffrances, dont la vessie était très-distendue, n'ayant pas été vidée depuis la veille à dix heures du matin. Le prépuce œdémalié empêchait de voir le méat urinaire, et la pression au niveau du bout antérieur de la sonde, situé à 2 centimètres environ de l'angle pénien, causait des douleurs assez intenses. Je pratiquai d'abord le toucher rectal, afin de chercher à atteindre le bout vésical de la sonde; mais je reconnus bientôt l'inutilité de ce moyen, d'ailleurs très-douloureux à cause de l'énorme distension de la vessie du côté du rectum. Toutefois, avant de pratiquer une incision sur le canal uréthral, j'essayai d'un procédé qui m'a pleinement réussi.

Je saisis la verge de la main gauche et je parvins sans peine à fixer solidement, à l'aide du pouce et de l'index gauche, la sonde dans le canal. Tenant alors une bougie de 4 millimètres de diamètre de la main droite, j'arrivai, après plusieurs tentatives, à faire pénétrer la bougie dans la sonde de 6 millimètres de diamètre aussi profondément que possible, et en appuyant fortement les deux instruments l'un contre l'autre à travers l'épaisseur du canal, j'exerçai des mouvements de traction qui me permirent d'amener au dehors un fragment long de 20 centimètres.

La pénétration à frottement assez sensible de la bougie dans la sonde, grâce à la fixation préalable de cette dernière avec la main, et ensuite la pression exercée sur les deux instruments avec la main, peuvent expliquer comment les efforts s'exerçant, pour ainsi dire, sur une tige unique, ont été couronnés de succès.

J'ignore si le procédé que j'ai mis en usage dans ce cas, et qui semble très-naturel, a été déjà employé. Quoi qu'il en soit, je vous livre le fait tel qu'il s'est passé, sans vouloir aucunement déduire d'une observation unique une règle de conduite absolue.

Veuillez agréer, etc.

Dr Cazaux.

Oloron, 3 septembre 1873.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERTRAND.

Tissu jaune. — M. *Chevreul* revient sur la part respective de Bichat et de de Blainville dans la découverte du *tissu jaune*, et M. *Bouley* profite de l'occasion pour dire, selon une remarque de la Gazette des hôpitaux, que Sénac avait précédé Hunter dans la notion du rôle des artères dans la circulation.

Traitement du charbon et de la pustule maligne par l'acide phénique et le phénate d'ammoniaque. — M. *Déclat* prie l'Académie de vouloir bien ordonner l'ouverture de son pli cacheté du 31 mai 1869 et celui du 10 septembre 1870. Suivant lui : 1° le charbon de l'homme, et même celui des gros animaux, guéril, *presque toujours*, traité au début de la maladie; 2° le charbon guérit très-souvent, même lorsque l'on n'est appelé à le traiter qu'à une période avancée de la maladie. Le traitement consiste, pour la *pustule maligne*, avant qu'il n'y ait eu des accidents généraux : 1° à cautériser vigoureusement et à plusieurs reprises le bouton initial avec l'acide phénique pur, et mieux encore avec le phénate d'ammoniaque; 2° à faire boire de l'acide phénique à la dose de 1 à 2 grammes en vingt-quatre heures pour un adulte, dans un sirop titré à 1/2 pour 100. Si la maladie remonte à plusieurs jours, il faut, en outre du traitement ci-dessus, pratiquer tout de suite quatre injections sous-cutanées, de 100 gouttes chacune, d'une solution d'acide phénique très-pur à 2 1/2 pour 100, et recommencer une heure après si tous les symptômes ne paraissent pas diminuer; si la maladie ne s'améliore pas dans les deux premières heures, il faut faire boire le phénate d'ammoniaque, à la dose de 1 gramme par jour, dans un sirop titré à 1/2 pour 100, et faire quatre injections sous-cutanées de la même substance à 2 1/2 pour 100 au plus. (*Comm. :* MM. Andral, Larrey, Bouley, Bouillaud.)

Tableaux statistiques des pertes des armées allemandes d'après les documents officiels allemands, pendant la guerre de 1870-1871, par M. le capitaine *D. H. Leclerc*. (Renvoi au concours de statistique.)

M. *Larrey*, à cette occasion, annonce que le docteur *Chenu* s'occupe depuis deux ans de la publication des documents relatifs aux diverses catégories des hommes tués, blessés, amputés et pensionnés, morts de blessures ou de maladies et disparus dans les armées françaises pendant la désastreuse période de 1870-1871.

Infarctus sanguins sous-cutanés du choléra et des maladies septicémiques, par M. *Bouchut*. — Voici les conclusions de ce travail, qui repose sur quarante-cinq observations :

Ils n'ont pas encore pu empêcher, dans quelques-unes de leurs possessions les plus éloignées, la coutume barbare qui pousse les femmes des grands chefs à se précipiter dans le bûcher où l'on brûle les cadavres de ces derniers.

La promenade du Dieu *Juggurnath* a encore lieu dans certains districts; on sait que c'est une affreuse idole qu'on hisse sur un char et qu'on fait ainsi circuler dans les rues de la ville; le char sacré s'avance sur une véritable litière humaine formée par le dos des fidèles qui se jettent, à plat ventre, sur le sol, pour former un tapis sur tout le parcours du dieu.

C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les difficultés que rencontrerait une commission envoyée sur les lieux mêmes pour étudier toutes les questions relatives à la genèse du choléra.

Il faut ajouter que l'Angleterre, tout d'abord préoccupée du sort de son armée, lui consacrait exclusivement tous ses soins, sans se soucier autrement des conditions d'existence des populations natives, d'autant mieux que, jusqu'en ces derniers temps, on croyait le choléra non contagieux; peu importait donc qu'il régnât parmi les indigènes!

D'une manière générale, il faut bien le dire, l'Angleterre a toujours considéré ses possessions de l'Inde comme une *ferme*, à laquelle il faut faire produire le plus possible. A ce point de vue, le pays seul a de la valeur; ses habitants ne sont plus alors que des instruments inertes qu'on met en mouvement pour l'exploitation.

Dans de pareilles conditions, tout ce qui se rattache aux questions sanitaires devait être, dans le principe au moins, relégué au dernier plan.

C'est à un tel point qu'il y a encore deux ans toutes les provenances de l'Inde voyageaient sans patente. Les capitaines des navires ne portaient qu'une liste nominative des passagers, sans aucune indication de l'état sanitaire du lieu de départ ni des lieux de relâche, de sorte que l'acte le plus important, l'*arraisonnement*, ne présentait aucune garantie.

« 1° Des infarctus hémorrhagiques se produisent sous la peau et dans les interstices musculaires chez les enfants atteints de choléra, de diphthérite, d'angine couenneuse, de croup, de septicémie typhoïde ou purulente, et même de quelques maladies aiguës inflammatoires.

» 2° Les infarctus hémorrhagiques sous-cutanés du choléra, des maladies aiguës septicémiques ou inflammatoires, ont de 2 à 12 millimètres de diamètre et se révèlent par une tache bleuâtre ou violacée du tissu cellulaire, visible à travers la transparence de la peau.

» 3° Ces infarctus sous-cutanés sont toujours accompagnés d'endocardite végétante valvulaire et de thrombose cardiaque, avec dépôts fibrineux sur les valvules et sur les colonnes charnues du cœur.

» 4° Il est probable que les infarctus sanguins sous-cutanés résultent d'embolies capillaires artérielles, mais cela est impossible à démontrer.

» 5° Ces infarctus apoplectiques peuvent quelquefois suppurer et donner lieu à des abcès sous-dermiques.

» 6° Des infarctus hémorrhagiques semblables existent presque toujours dans les poumons, où ils amènent de l'infiltration purulente et de petits abcès.

» 7° On rencontre aussi, mais plus rarement, ces infarctus dans le foie, dans les reins, dans les muscles et dans le tissu conjonctif intermusculaire.

» 8° Aux infarctus apoplectiques disséminés de la peau et des viscères, il faut joindre le purpura, qui est rare, la leucocytose aiguë, qui est très-commune et qui accompagne les cas graves, enfin la dégénérescence graisseuse des reins, accompagnée d'albuminurie.

» 9° Les infarctus apoplectiques sous-cutanés n'ont rien de spécial au choléra ni à la diphthérite, car ils existent dans la septicémie typhoïde grave et dans la résorption purulente.

» 10° La recherche de ces infarctus pendant la vie est très-utile sous le rapport du pronostic; car, en indiquant la mort probable, elle peut servir à empêcher l'emploi de médications hasardeuses ou d'opérations qui n'auraient aucune chance de succès. »

ASSAINISSEMENT DES TERRAINS MARÉCAGEUX PAR L'EUCALYPTUS GLOBULUS, par M. *Gimbert*. — Il paraît acquis par de nombreux exemples cités par l'auteur, et observés au Cap, en Afrique, dans le Var, que la fièvre intermittente disparaît là où prospère l'*Eucalyptus globulus*. « Un arbre qui pousse avec une rapidité incroyable, qui peut absorber dans le sol dix fois son poids d'eau en vingt-quatre heures, qui répand dans l'atmosphère des émanations camphrées antiseptiques, devait à coup sûr jouer un rôle très-important dans l'assainissement des contrées miasmatiques. Grâce à ces propriétés singulières, il était capable de pomper directement et rapidement l'eau des marécages superficiels, de prévenir les fermentations qui s'y produisent et de paralyser, par ses effluves, les miasmes animalisés qui pouvaient en provenir. Ces prévisions, énoncées en 1869, se réalisent tous les jours. » (Renvoi au concours des prix de médecine, fondation Montyon.)

PHYLLOXERA. — Communications de MM. *Cornu*, *Lecoq de Boisbaudran*, *Rousselle* et *Gagnat*.

CHOLÉRA. — M. *Romanowski* adresse des remarques concernant la cause et la nature du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

MICROSCOPE. — M. *A. Brachet* adresse de nouveaux documents sur les perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département des Basses-Pyrénées. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Maine-et-Loire. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un exemplaire des Rapports des médecins des épidémies du département de la Somme pour l'année 1872. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Netter* sur le choléra. (*Commission du choléra*).

M. *Larrey* présente de la part de M. le docteur *Durand* (de Lunel) un ouvrage intitulé : UNE SYNTHÈSE PHYSIQUE, SES INDUCTIONS ET SES DÉDUCTIONS.

CHOLÉRA. — M. *Delpech* communique à l'Académie la situation du choléra du 7 au 13 octobre :

	HÔPITAUX CIVILS. Entrées.		HÔPITAUX CIVILS. Décès.	HÔP. MIL. Décès.	DOMICILE. Décès.	TOTAUX par jour.
7 oct.	7	dont 2 intérieurs,	6	2	6	14
8	3	dont 1 intérieur,	4	0	0	4
9	4		0	1	2	3
10	7	dont 2 intérieurs,	3	1	3	7
11	10	dont 3 intérieurs,	4	0	5	9
12	5	dont 1 intérieur,	4	1	4	9
13	4		3	0	7	10
Total.	40	dont 9 intérieurs,	24	5	27	56

Comme le fait remarquer M. Delpech, on voit que le mouvement décroissant de l'épidémie a subi un temps d'arrêt ; il y a eu 5 décès de plus que la semaine dernière (56 au lieu de 51). C'est la mortalité de la ville qui constitue la différence ; elle s'est en effet élevée de 17 à 27. Les hôpitaux militaires, qui avaient été jusqu'ici presque indemnes, ont donné 5 décès. Quant aux hôpitaux civils, l'amélioration persiste (24 décès au lieu de 32) et les cas intérieurs sont moins nombreux.

M. Delpech ajoute que dans les hôpitaux les décès, au point de vue du sexe, se sont égalisés pour les deux sexes : 24 hommes et 24 femmes du 30 septembre au 13 octobre. Dans la même période, il y a eu plus d'hommes atteints que de femmes

---

Et cependant il existait des règlements très-complets relatifs au transports des *coolies* (*Native passenger ship*, 5 juin 1858).

Aujourd'hui, les règlements sont enfin appliqués aux navires à pèlerins, qui ne peuvent arriver au Hedjaz qu'avec *patente nette*; on a pris l'excellente mesure de rendre les capitaines responsables et de les frapper d'une amende de 500 roupies (50 liv. st.), en cas d'infraction aux règlements et même de les assujettir à un dépôt d'une forte somme avant leur départ.

L'arraisonnement est obligatoire pour tous les navires à Aden.

Depuis quelques années, le gouvernement de l'Inde a entrepris des travaux d'assainissement considérables et dépensé des sommes énormes dans des tentatives de canalisation qui promettent de bons résultats. Les critiques adressées à l'administration anglaise sont donc exagérées.

Si l'on voulait étudier de plus près l'histoire des différente dynasties qui ont régné dans l'Inde, on verrait que l'époque de la plus grande prospérité de ce pays correspond à l'empire mongol. Il y eut, en effet, d'immenses travaux exécutés pendant cette longue période, et leurs ruines viennent encore aujourd'hui attester quelle fut leur importance et leur grandeur.

Mais la domination musulmane devait, ici comme partout où elle s'exerce, produire des effets désastreux, et c'est exclusivement à cette époque qu'il faut rapporter l'abandon et la destruction de toutes ces grandes œuvres.

Les Anglais ont hérité de ces derniers, si l'on peut dire ainsi ; ils ont, par conséquent, trouvé des ruines et des dévastations qu'il serait injuste de leur attribuer ; il faut estimer, au contraire, que leur tâche a été d'autant plus rude, puisqu'ils ont eu à réédifier et même à créer ; on leur doit, entre autres, les grandes canalisations partout où elles ont été possibles, car le Gange est loin de s'y prêter dans tout son parcours, tellement sont vastes et impétueux ses débordements.

Le choléra règne de préférence, comme maladie *endémique*,

(37 hommes pour 27 femmes); la proportion paraît donc renversée; en réalité, elle ne l'est pas, et la mortalité est toujours plus grande pour le sexe féminin, puisqu'il y a eu chez les femmes 24 morts sur 27 cas, tandis que chez les hommes il y a eu le même nombre de décès sur 37 cas.

En résumé, ces oscillations de l'épidémie prouvent qu'il ne faut pas se réjouir trop vite et qu'il est bon de faire des réserves.

A propos de la discussion actuellement interrompue sur le choléra, M. *le président* informe l'Académie que quelques médecins étrangers avaient demandé à lire des travaux sur la question. Le bureau a dû refuser au nom du règlement, en engageant ces messieurs à résumer leurs idées dans de très-courtes lettres que le secrétaire communiquerait à l'Académie.

M. *Bouley* fait remarquer que le règlement n'a pas toujours été aussi sévère, et que pour la discussion actuelle il n'y aurait aucun inconvénient à laisser intervenir des étrangers, sinon dans la discussion générale, au moins sur certains points de la question, comme le traitement.

M. *Depaul* répond que cette proposition l'étonne de la part de M. Bouley, qui sait parfaitement à quels dangers serait exposée l'Académie : « M. Bouley, ajoute-t-il, comprendra sans que j'en dise plus long ». M. Depaul, en effet, ne pouvait dire en public qu'autoriser les étrangers à prendre la parole, c'était s'exposer à voir tous les mardis l'Académie assaillie par des médecins à thérapeutique fantaisiste, par des pharmaciens en quête de réclames ou des inventeurs de remèdes nouveaux et infaillibles contre le choléra. Il a fallu sacrifier le bon par crainte du mauvais.

Rapport. — L'incident en reste donc là, et M. *Chevallier* donne lecture de trois rapports sur les eaux minérales; ces trois rapports ne sont ni entendus ni écoutés, et les conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Élection. — L'Académie procède ensuite à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la première et la deuxième division : MM. Van Beneden et Barns sont élus.

Septicémie. — La suite de la discussion sur le choléra paraît décidément remise aux calendes grecques. M. Piorry continue à être indisposé, et les autres académiciens ne semblent guère disposés à répondre à M. J. Guérin.

M. *Colin* monte donc à la tribune pour continuer sa lecture sur la septicémie.

A quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme ou modifié par le fait de la septicémie peut-il produire une affection mortelle?

A priori, il paraissait difficile d'admettre les propriétés virulentes des doses infinitésimales. M. Davaine est venu démontrer que ces dilutions auraient réellement une action mortelle au moins chez le lapin. Cette action s'explique suffisamment par la présence des éléments figurés qu'on trouve par milliers au microscope, même dans les dilutions les plus étendues.

Après avoir vérifié expérimentalement les faits signalés par M. Davaine, M. Colin a recherché quelles étaient les doses nécessaires et suffisantes pour tuer un lapin ou des animaux d'espèces différentes.

De tous les animaux, le moineau est le seul qui, au point de vue de la susceptibilité, puisse se placer sur le même rang que le lapin. La dose la plus minime de matière septicémique suffit pour le tuer. Quant aux autres espèces (rongeurs, carnassiers, herbivores ou ruminants), les expériences ont été négatives, quelle qu'ait été la dose de sang putréfié ou septicémique injecté.

Le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales, altérés par la septicité, jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectieuses que le sang?

Pour le sang, la virulence paraît appartenir aussi bien au sérum qu'aux globules, et les lapins succombent, qu'on ait inoculé des globules sanguins ou du sérum.

Le chyle, la lymphe, la salive, les mucosités bronchiques ou intestinales, l'urine, l'humeur aqueuse de l'œil, les tissus eux-mêmes, produisent aussi des accidents septicémiques.

Le pus ne les détermine que lorsqu'il a subi une décomposition et qu'il provient par exemple de plaies gangréneuses ou putréfiées. Toutes les parties d'un animal mort de septicémie, tous les liquides les organes sont donc infectés et doués de propriétés virulentes.

M. Colin a constaté en outre que ces propriétés disparaissent par la putréfaction.

La septicémie est-elle contagieuse par les produits volatils émanés des sujets malades ou de leurs cadavres?

Les expériences de M. Colin sur ce point particulier de la question ne sont pas concluantes : sur 8 lapins, 2 seulement succombèrent aux accidents septicémiques. Aussi se propose-t-il de reprendre ultérieurement ces expériences.

Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par celles des voies digestives?

On pouvait ici s'attendre à des résultats négatifs, car on sait que beaucoup d'animaux se nourrissent sans danger de viande en putréfaction.

L'expérience est venue confirmer cette hypothèse à priori, et jamais M. Colin n'a pu déterminer des accidents septicémiques chez des lapins en les nourrissant avec des aliments imprégnés de sang ou de matières septicémiques. Il en a été de même chez tous les autres animaux que nous savons réfractaires aux inoculations septicémiques.

Faut-il attribuer cette innocuité à l'action du suc gastrique sur les éléments virulents, ou à un défaut d'absorption? L'expérience démontre que cette virulence persistait même après

---

dans le *Bengale* en général, mais surtout à *Calcutta* et, avec moins d'intensité, à *Cawnpoore* et *Allahabad*, puis dans des points fort éloignés du Gange, à *Arcot*, par exemple, près de *Madras*, et à *Bombay*, sur la côte de Malabar.

Il se montre comme maladie *épidémique*, presque *tous les ans*, à *Madras*, *Conjeveram*, *Poore*, *Juggurnath*, *Tripetty*, *Hahadeo*, *Trivellore* et, en général, dans les lieux où se font les pèlerinages hindous.

Hurdwar est dans le nord de l'Hindoustan, sur le Gange, à 400 mètres au-dessus du niveau de la mer et à l'endroit où le fleuve quitte les montagnes pour entrer dans les plaines. « La foire, dit M. le docteur Fauvel (*op. cit.*), y a lieu tous les ans, à la pleine lune d'avril et, tous les douze ans, le pèlerinage y est réputé plus efficace qu'à l'ordinaire; aussi, à cette époque, l'affluence y est-elle énorme. On rapporte qu'en 1783 il s'y trouvait réuni plus d'un million de personnes, lorsque le choléra éclata et fit périr vingt mille individus dans l'espace de huit jours.

M. le docteur Blanc, chirurgien-major de l'armée anglaise aux Indes, fait venir (*Les moyens de se préserver du choléra*, Paris, 1873) bien à tort, comme je l'ai dit plus haut, l'épidémie de choléra qui règne actuellement en Europe de la ville de *Hurdwar*, où, suivant lui, il existait en avril 1867, ainsi qu'à *Bénarès* et à *Allahabad* en mars. Les prêtres indous avaient fixé pour le 12 avril, à midi, l'heure du bain sacré. Les pèlerins se pressent alors en masses serrées et se jettent dans le fleuve tout habillés jusqu'à trois fois, pour obéir à la coutume, et boivent l'eau souillée, tout en récitant leurs prières. »

« *Juggurnath*, dit encore M. Fauvel, sur la côte d'Orissa, au nord-ouest du golfe de Bengale, est un endroit des plus sacrés. Le choléra y éclate tous les ans, deux ou trois jours après la réunion de la foule et ne cesse que dès qu'elle se disperse, après les cérémonies. »

« *Conjeveran* est à 45 milles au sud-est de Madras, et voit arriver chaque année, pendant le mois de mai, au moins deux cent mille pèlerins. Les cérémonies durent dix jours.

un séjour assez long dans l'estomac, et M. Colin a pu déterminer des accidents septicémiques avec des matières extraites de l'estomac cinq, dix et quinze heures après le repas. Peut-être est-ce une question d'absorption? En tous cas, il y a lieu de faire de nouvelles recherches.

Vers cinq heures, M. Colin s'arrête et remet à plus tard la suite de sa communication.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — SUR LA VACCINATION DES TUMEURS ÉRECTILES. — NÉCROSE PHOSPHORÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. *J. Gayat*, de Lyon, les brochures suivantes : 1° De l'eczéma des paupières (extrait des *Annales de dermatologie*); 2° Essai de mensuration de l'orbite (extrait des *Annales d'oculistique*); 3° De la fistule artificielle et de la trépanation de la cornée, comme traitement de certaines conséquences de l'ophthalmie d'Algérie (extrait de l'*Alger médical*); 4° Disposition des lambeaux de la capsule cristallinienne après son ouverture (extrait d'un travail manuscrit récompensé par la Société de chirurgie (prix Laborie, 1872), et ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin; applications chirurgicales*).

— M. *Depaul* vient donner le résultat de son expérience sur la vaccination des tumeurs érectiles; il ne faut pas confondre les tumeurs et les taches. On observe ces dernières à peu près constamment chez les nouveau nés sur le front, les paupières, les lèvres; il ne faut pas y toucher, elles ne deviennent jamais des tumeurs érectiles.

M. Depaul a guéri par la vaccination des tumeurs érectiles, dont plusieurs siégeaient sur la muqueuse des lèvres, d'autres sur le crâne au niveau des sutures. Quelles sont les tumeurs que l'on peut guérir? On guérit presque à coup sûr avec le vaccin les tumeurs dont l'étendue ne dépasse pas celle d'une pièce de un franc; les tumeurs de l'étendue d'une pièce de cinq francs d'argent ne guérissent presque jamais complétement. Sur une surface de l'étendue d'une pièce de un franc, M. Depaul fait jusqu'à douze piqûres; l'hémorrhagie est insignifiante : sur 150 cas environ, il n'a jamais eu d'hémorrhagie sérieuse, et cependant il vaccine profondément. Il est des points de la figure, aux paupières par exemple, où il y a grand avantage à employer la vaccination.

M. *Trélat* est de l'avis de M. Depaul, mais il est des cas où l'on ne peut pas employer la vaccination; par exemple, une tache érectile semble devoir guérir; plus tard elle se transforme et devient tumeur érectile au bout de quelques années; alors on n'a plus la ressource du vaccin. L'hémorrhagie n'est pas à craindre, cependant il vaut mieux vacciner superficiellement.

— M. *Tillaux* présente un maxillaire inférieur atteint de nécrose phosphorée. Un individu de bonne constitution entra dès l'âge de dix ans dans l'industrie des allumettes chimiques; il y resta six ans. De seize à dix-huit ans, il fit un autre travail. De dix-huit à vingt-trois ans, il reprit la profession de trempeur d'allumettes; durant la guerre, il cessa ce travail pendant quatre mois, pour le reprendre ensuite jusqu'au 20 janvier 1872. Il sortit de l'usine à cette date, non pas pour cause de maladie, car il se portait bien, mais parce qu'il trouvait un métier plus avantageux.

En mai 1872, le malade éprouve des douleurs du côté d'une molaire droite de la mâchoire inférieure; on l'arrache, elle n'était pas gâtée.

En juin 1872, il entra dans le service de M. Tillaux avec une ostéo-périostite que l'on regarda comme la suite de l'avulsion de la dent; mais bientôt il survint un abcès sous le menton, et l'on constata une nécrose du maxillaire inférieur. Le malade resta à l'hôpital jusqu'au mois de novembre; on ouvrit un abcès à l'angle droit de la mâchoire; le malade sortait amélioré.

Le 3 juin 1873, il rentra dans les salles de M. Tillaux; la nécrose avait envahi le maxillaire inférieur dans toute son étendue; cet os avait doublé de volume. Trajets fistuleux multiples. Le malade était très-affaibli. M. Tillaux attendait la mobilité des séquestres, mais le malade s'affaiblissait beaucoup; en septembre survint une diarrhée rebelle, et bientôt la mort. Le chirurgien n'avait pas cru devoir opérer avant la mobilité des séquestres.

On voit sur la pièce une régénération osseuse aussi complète que possible; le maxillaire s'est nécrosé primitivement, la périostite est consécutive. Dans ces cas, le périoste se rétracte de haut en bas, les dents tombent, et le bord alvéolaire nécrosé apparaît. L'os nouveau forme une sorte de godet qui contient l'os ancien, habituellement mobilisé et facile à enlever. On n'a pas ici une semblable disposition; une gaîne complète, de récente formation, remonte en avant et en arrière de l'os ancien jusqu'au collet des dents; l'os ancien est donc enclavé. Fallait-il opérer dès le début de la maladie, sans attendre la mobilisation du séquestre; ou bien attendre que la nécrose fût complète? Dans le premier cas, on risque une opération incomplète, mais on empêche la suppuration d'épuiser le malade. Dans ce cas particulier, il était impossible d'enlever l'os ancien qui n'était pas décorticable. M. Tillaux est d'avis d'attendre toujours la mobilité du séquestre.

M. *Guéniot* a présenté le maxillaire inférieur d'une petite fille; cet os s'était nécrosé à la suite d'une rougeole; on enleva

---

Le docteur Montgommery dit qu'en temps ordinaire la ville est assez salubre, mais qu'au moment du pèlerinage le choléra y éclate tous les ans. (*Med. Times and Gaz.*, janvier 1866.) »

Les pèlerinages ont donc, dans l'Inde comme au Hedjaz, une influence capitale sur le développement et la propagation des épidémies cholériques.

Aux Indes comme à la Mecque, le choléra éclate avec violence seulement quelques jours après la réunion des pèlerins, et il se disperse et se propage avec eux dans toutes les directions.

On a voulu jeter le blâme sur les institutions sanitaires et les rendre responsables de tous les accidents qu'elles n'empêchaient point. C'est là une manière vicieuse de voir et de juger les choses et cela rappelle trop l'histoire plaisante de ce Français qui, ayant vu dans son pays une Anglaise rousse, en concluait que toutes les femmes sont rousses en Angleterre.

Que l'on critique le mode de fonctionnement de ces institutions, c'est encore admissible, car on n'arrive pas du jour au lendemain à rendre irréprochable la mise en pratique d'un principe, quel qu'il soit.

Les lacunes sont encore nombreuses aux Indes pour ce qui touche à ces grandes questions sanitaires; mais il y a, d'année en année, des améliorations.

L'assainissement des villes de Calcutta et de Bombay a été entrepris sur une grande échelle, depuis quelque temps déjà.

A Calcutta, les débordements des bras du Gange sont énormes et produisent des infiltrations dont les effets sont des plus délétères; on cherche aujourd'hui à y parer par un vaste système de drainage (1).

Les cadavres ne sont plus jetés dans le Hooghly; ils sont brûlés et le bois pour la crémation des pauvres est fourni gratuitement par la municipalité. Des emplacements en dehors de la ville sont désignés à cet effet.

(1) Singapoore doit à des pluies continuelles une végétation toujours vivace et une plus grande salubrité.

l'os ancien avec une pince. Il y avait aussi affaissement du périoste; cet affaissement est dû aux tractions des muscles sus-hyoïdiens qui s'insèrent sur ce périoste.

Pour M. *Chassaignac*, le malade a succombé à une suppuration abondante et prolongée; pour éviter cela, on passe des drains et l'on administre des douches fréquemment. A la rigueur, il vaudrait mieux désarticuler la mâchoire que laisser mourir le malade.

M. *Verneuil*. La nécrose n'est pas primitive; c'est la périostite qui est primitive, et la nécrose qui est secondaire. La temporisation prolongée a ses inconvénients M. Verneuil trouvant des séquestres les enlève bien qu'ils ne soient point mobiles. Après deux mois, trois mois de nécrose phosphorée, on peut opérer; le séquestre commence à être libre. Quand le périoste est enflammé, granulé, il se rétracte, là comme partout. Dans la pièce présentée par M. Tillaux, il y avait enclavement; mais en réséquant une partie de l'os nouveau, on eût pu enlever l'os ancien par fragments.

M. *Trélat*. Le séquestre était très-invaginé. Faut-il reséquer quand le séquestre n'est pas isolé? Non, ce serait une mauvaise opération. Mais un séquestre peut être isolé et n'être pas mobile; dans ce cas, vous opérez, et vous avez raison. Mais ici, tout le maxillaire inférieur était nécrosé; c'était un cas d'opération il y a un an. Il fallait détruire une suffisante quantité d'os nouveau pour libérer l'os ancien.

M. *Tillaux*. Le pus s'écoulait facilement par les fistules au moyen des lavages. Pendant la vie, on ne pouvait savoir jusqu'où s'étendait la nécrose. Doit-on attendre pour opérer que le séquestre soit mobile? M. Verneuil dit non, M. Tillaux est d'un avis contraire.

M. *Verneuil*. Tant qu'un séquestre n'est pas isolé, ce n'est pas un séquestre; mais un séquestre isolé peut ne pas être mobile; c'est par la durée de la maladie qu'on juge de cela. Il faut enlever les séquestres isolés, qu'ils soient mobiles ou non.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

LE SCLÉROSTOME ARMÉ CHEZ LE CANARD : M. HAYEM. — FILAIRES DU SANG CHEZ LE CHIEN : M. LEGROS. — ACTION TOXICOLOGIQUE DES SELS DE STRONTIUM ET DE BARYUM : M. RABUTEAU. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE : M. RENAUT.

M. *Hayem* a observé chez des canards un parasite qui, jusqu'à présent, n'a pas été décrit chez ces oiseaux. Il s'agit du sclérostome armé dont plusieurs individus ont été trouvés dans la trachée de canards. Ces nématoïdes présentent les caractères que Dujardin a indiqués, pour le sclérostome armé observé chez le cheval. Il existait, en outre, chez ces canards, des lésions pulmonaires présentant l'aspect de pneumonie caséeuse, et qui, dans le fait, se rapportaient à une affection parasitaire végétale caractérisée par la présence de tubes de mycélium comblant les cellules pulmonaires.

— M. *Legros* présente un chien du Poitou atteint d'une affection qui sévit en ce moment sur les meutes du Poitou. Ayant examiné le sang de ce chien, M. Legros y a constaté la présence de filaires hématiques en nombre considérable, et sur une goutte de sang examinée séance tenante, les assistants ont pu observer cette filaire avec ses mouvements. Nous rappellerons à ce sujet que Gruby et Delafond, en 1852, ont décrit les filaires du sang du chien, évaluant à 224000 le nombre de ces hématozoaires pouvant être contenus dans le sang du chien; ils ont décrit cette affection comme héréditaire et accidentelle. Suivant ces auteurs, la présence de ces hématozoaires n'altère en rien les facultés instinctives ni l'énergie musculaire de ces animaux; il sera très-intéressant de connaître les résultats définitifs des expériences que M. Legros a commencées sur le mode de propagation de ces hématozoaires, et de savoir si la filaire hématique est la cause d'une maladie infectieuse spéciale.

— M. *Rabuteau* considère le strontium, le baryum et le cuivre comme des poisons musculaires; le baryum est le plus toxique, des traces d'un sel de ce métal ont été la cause d'accidents toxiques dans l'emploi du sulfovinate de soude impur. 1 centigramme de chlorure de baryum tue un chien. Le chlorure de strontium est moins actif, mais 2 ou 3 grammes sont toxiques pour le chien.

— M. *Renaut* décrit deux lésions qui accompagnent l'érysipèle et dont l'histoire anatomo-pathologique n'a pas été faite complétement jusqu'à ce jour : les phlyctènes de l'érysipèle et les granulations de la peau. Les phlyctènes sont formées par le soulèvement de la couche superficielle de l'épiderme et de la couche de cellules granuleuses sous-jacentes. On trouve dans la phlyctène, entre cette portion soulevée et la couche profonde, une exsudation fibrineuse contenant des globules rouges et des globules blancs, la matière fibrinogène est abondante et forme des tractus disposés en un réseau d'arcades. Les granulations qui donnent à la peau l'aspect de la peau d'orange, présentent des caractères qui se rapprochent de ceux de la pustule variolique, il se produit dans les cellules dentelées et prismatiques du réseau de Malpighi des altérations importantes. Les cellules deviennent vésiculeuses, se remplissent d'une substance granuleuse et fibrineuse, les noyaux s'appliquent sur les parois, les cellules sont réduites à l'état de cloisons circonscrivant une sorte de tissu caverneux.

A. H.

Mais Calcutta est port franc, et, en cette qualité, échappe à une surveillance sanitaire rigoureuse.

Certains points aux Indes relèvent directement du Foreign Office de Londres, d'autres du gouvernement de l'Inde, et il en résulte des règlements différents. Ici, les pèlerins ne peuvent s'embarquer que dans des conditions bien déterminées; là, ils sont entièrement libres, s'embarquent où ils veulent, avec ou sans les ressources suffisantes au voyage.

Dr A. Buez.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NÉCROLOGIE. — M. le comte de Flavigny, président de la Société française de secours aux blessés militaires, est mort hier, après une courte maladie, dans son château du Mortier, à Monnaie.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort d'un des plus honorables praticiens de Paris, M. le docteur Mathieu, auteur d'un *Traité sur les maladies des femmes*.

PESTE BOVINE. — D'après un arrêté du préfet du Doubs, tous les animaux de l'espèce bovine provenant de la Suisse où les maladies épizootiques contagieuses viennent de se manifester de nouveau, ne pourront entrer en France, dans le département du Doubs, sans être accompagnés d'un certificat d'origine et de santé délivré par les autorités du lieu de provenance.

D'un autre côté, le ministre de l'intérieur du royaume italien, considérant que le typhus bovin a disparu du territoire français, autorise l'entrée en Italie des animaux de l'espèce bovine venant de France.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MIALHE.

DISCUSSION SUR LA COLIQUE HÉPATIQUE; ANALYSE CRITIQUE DES DIVERSES MÉDICATIONS USITÉES : M. BORDIER. — ÉTUDE DU SPASME DES VOIES BILIAIRES; PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE; HISTOLOGIE : M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — PRÉPARATION DU PODOPHYLLIN ET DE LA BERBÉRINE : M. DELPECH.

M. *Bordier*, au sujet de la colique hépatique, dont le traitement a été mis à l'ordre du jour de la Société, donne lecture d'une note critique sur les divers traitements généralement employés.

Il croit qu'il s'agit ici moins de la recherche d'un remède empirique que de l'établissement rationnel d'une médication; la vraie thérapeutique ne doit pas procéder autrement. Il regarde la colique hépatique comme constituée d'abord et surtout par une contraction spasmodique des fibres musculaires lisses des canaux, contraction dont le point de départ réflexe est dans l'irritation de sensibilité exercée par le calcul sur la muqueuse des canaux.

C'est donc à ces deux éléments : la sensibilité et la contractilité, que doit s'adresser le traitement de la colique.

Le traitement de la lithiase est quelque chose d'absolument différent et indépendant; il ne faut donc pas confondre ces deux buts distincts que doit successivement atteindre le médecin. Les purgatifs sont conseillés dans le but de déterminer une débâcle de bile qui puisse entraîner le calcul et de provoquer en outre des contractions répulsives, en un mot d'exercer sur le calcul une sorte de taxis interne. Ils ont le danger de provoquer une perforation possible, et leur emploi lui semble devoir être évité. Analogue est le mode d'action de l'électricité, du massage, des douches. On pourrait encore stimuler la contraction des fibres musculaires d'une façon substitutive au moyen du seigle ergoté; mais peut-être ici atteindrait-on le résultat contraire à celui qu'on cherche à obtenir; le seigle ergoté pourrait être aussi intempestif que lorsqu'on le donne avant la délivrance.

C'est par une vue analogue à celle qui guida Trousseau lorsqu'il employa la belladone dans l'incontinence d'urine pour empêcher la sensibilité exagérée de la muqueuse de la vessie de donner naissance à une contraction réflexe des fibres musculaires de cet organe, qu'on emploie la belladone. Il en est de même des lavements de tabac, du chloroforme et de l'éther, auquel le remède de Durante doit son succès.

La révulsion est indiquée par un des éléments de la colique hépatique, la congestion du foie. A ce titre agissent souvent d'une façon merveilleuse les sangsues, même en petit nombre, sur la région du foie. La saignée et l'émétique à dose nauséeuse agissent en produisant sur les fibres musculaires lisses un effet analogue au relâchement des sphincters. Il y a lieu de penser que l'opium, si souverain dans la colique hépatique, agit sur les fibres lisses des canaux comme il le fait sur celles des vaisseaux. Il ne les dilate pas, comme les vaisseaux, parce qu'il n'y a pas dans le canal cholédoque comme dans ceux-là la force expansive du sang; mais il les met dans un état de relâchement opposé à la tétanisation. Cette action antispasmodique est peut-être plus directe que l'action sédative; l'opium, en effet, ne calme pas toutes les douleurs, témoins les névralgies congestives, qu'il exaspère : il ne supprime donc pas quand même l'élément douleur, à moins de pousser la dose jusqu'à l'abolition du sensorium; il la supprime dans la colique hépatique, parce qu'il supprime le spasme.

Le chloroforme, le chloral, ne s'adressent qu'à la douleur; aussi leur action est-elle moins durable et moins sûre que celle de l'opium.

L'association du chloroforme et de l'opium semble réunir le plus d'avantages.

Quant au traitement de la lithiase biliaire, l'efficacité des alcalins semble aujourd'hui généralement admise; il ne faut pas borner son action à une réaction plus alcaline de la bile et à la dissolution de certains de ses principes en excès; elle agit vraisemblablement sur la nutrition générale.

Quant à la dissolution pour ainsi dire extemporanée des calculs au moyen des alcalins donnés pendant l'accès, cela est un leurre.

Encore plus cette dernière appréciation est-elle vraie en ce qui concerne le célèbre remède de Durante. Il faudrait pour admettre cette action un oubli complet des principes les plus élémentaires de la chimie biologique.

M. *Dujardin-Beaumetz*, avant d'aborder l'étude de la colique hépatique, a voulu savoir si le spasme existait réellement dans cette maladie. Beau n'en a jamais parlé, l'hépatalgie dominait à ses yeux; Trousseau affirme le spasme et le décrit; enfin Sénac et Frerichs se rangent du côté des défenseurs du spasme.

La plupart des physiologistes admettent également le spasme. Un seul d'entre eux s'élève là contre, et son opinion n'est pas la moins précieuse : c'est Magendie. Il dit n'avoir jamais observé de contraction des conduits biliaires.

L'opinion des anatomistes se divise également sur cette question : les uns, avec M. Sappey, ont décrit la couche musculaire des conduits biliaires; les autres, avec Virchow, y nient l'existence de toute fibre musculaire; Kölliker reconnaît à peine quelques fibres lisses.

Pour sortir de l'incertitude dans laquelle le laissaient ses lectures, M. Beaumetz a eu recours à la voie expérimentale. Une première série d'expériences a été faite sous son inspiration par M. Audege dans le laboratoire de M. Béclard, et sous la direction de M. Laborde. Chez le chien, l'application de courants électriques légers, l'injection de substances irritantes, provoquent dans les conduits cystique et cholédoque des contractions manifestes qui pincent le stylet qu'on y a d'abord fait pénétrer et déterminent une véritable éjaculation biliaire, suivant l'expression de Trousseau; il y a donc un resserrement actif du canal. La contraction a lieu tantôt vers l'intestin, tantôt vers la vésicule; l'opérateur a même pu voir un corps étranger, introduit dans le canal dans le but de déterminer une attaque artificielle de colique hépatique, s'engager dans la vésicule, où il a demeuré. Pour compléter ces résultats physiologiques, l'examen anatomo-microscopique a été fait par le docteur Grancher, chef des travaux histologiques, au laboratoire des hôpitaux.

Sur le canal cholédoque d'un homme de cinquante-quatre ans, on a trouvé, derrière l'épithélium, une très-légère couche semée de très-rares noyaux ovalaires, couche essentiellement conjonctive et très-adhérente au tissu sous-jacent. Ce tissu, qui forme la vraie paroi du canal, est remarquable par sa richesse en fibres élastiques fines, serrées au milieu d'un tissu conjonctif très-pauvre en cellules; enfin, derrière et avec une transition insensible, se trouve une couche à faisceaux conjonctifs et à fibres élastiques ondulées au milieu desquels apparaissent quelques rares éléments de fibres musculaires lisses.

Sur un individu plus jeune, M. Renault, répétiteur d'histologie au Collége de France, a trouvé une disposition identique avec celle qu'avait dessinée M. Grancher; mais le sujet était plus jeune, les fibres musculaires étaient plus nombreuses.

Ces deux observateurs ont trouvé sur la muqueuse de véritables papilles nerveuses qui expliquent l'exquise sensibilité de ces canaux.

Le spasme de la colique prend donc sa source réflexe dans l'excitation des papilles même par la simple gravelle. Ainsi s'explique en outre l'hypertrophie de la couche musculeuse chez les gens qui ont eu de fréquentes attaques.

La morphine paraît à l'auteur indiquée comme calmant la douleur et comme provoquant le relâchement des fibres lisses. Il admet également que le remède de Durante n'agit qu'à titre d'antispasmodique.

M. *Constantin Paul*. Tout en reconnaissant l'avantage du traitement de la lithiase par les alcalins, croit qu'il est bon de se souvenir que, pendant le traitement alcalin, les coliques sont fréquentes.

Quant au traitement de la colique même, il croit que d'une façon générale tous les ingesta sont mauvais. Il en est de même des lavements. Les suppositoires sont meilleurs, meilleures encore les injections sous-cutanées de morphine. Il insiste sur la distinction de deux périodes dans la colique hépatique : la première spasmodique, la deuxième inflammatoire, déjà presque voisine de l'hépatite et qui demande un traitement spécial.

Une discussion s'engage entre MM. *Bucquoy*, *Dujardin-Beaumetz*, *Créquy*, *C. Paul* et *Féréol* sur un certain nombre de questions relatives à la colique hépatique; entre autres sur l'existence de coliques hépatiques non calculeuses.

M. *Beaumetz* rappelle que Wolff, dans 40 cas, a analysé avec le plus grand soin les garderobes, et qu'il n'a trouvé que 36 fois des calculs.

A quoi M. *Bucquoy* répond que le calcul a pu passer inaperçu ou changer de place sans tomber dans les garderobes.

M. *Paul* attribue les cas négatifs à la présence de la gravelle, qu'il a souvent rencontrée et qui passe facilement inaperçue quand on cherche un calcul.

— M. *Delpech* montre à la Société des échantillons d'une nouvelle préparation de podophyllin qu'il a faite avec la racine du *Podophyllum peltatum*.

Le procédé qu'il a employé est celui qu'indiquent depuis 1867 la pharmacopée anglaise et depuis 1873 la pharmacopée des États-Unis.

Pour obtenir cette nouvelle préparation, on précipite la teinture de podophyllum par trois fois son volume d'eau contenant 1/24 du volume d'acide chlorhydrique.

On obtient ainsi du podophyllin, plus de la berbérine qui se trouve dans la racine du podophyllum.

On a ainsi l'avantage d'avoir un podophyllin, qui réunit toutes les conditions du podophyllum lui-même.

A. B.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection purulente syphilitique, par le docteur Armand Després. — Chez Germer Baillière, 1873.

La syphilis est à l'ordre du jour. Il y a peu de temps nous donnions ici l'analyse de l'ouvrage de M. le docteur Fournier. Celui de M. Després s'appuie sur des documents puisés à la même source. Les deux observateurs pratiquaient, côte à côte, sur le même théâtre. Il est curieux de remarquer à quelles conclusions presque absolument opposées chacun d'eux est arrivé. Le livre de M. Després se divise en trois parties :

La première est consacrée tout entière à l'historique de la syphilis. L'auteur y considère successivement la syphilis dans l'antiquité, au moyen âge et dans les temps modernes. Sans se prononcer nettement, il incline à admettre que la syphilis existait dans l'antiquité, et que ses manifestations principales ont été englobées dans la description des maladies de peau et de la lèpre en particulier. Même incertitude en ce qui concerne la période du moyen âge. Ce n'est qu'à la fin du xve siècle que la maladie est véritablement reconnue et décrite. Toute cette partie historique est traitée avec beaucoup de soin. Les recherches bibliographiques sont aussi complètes que possible et nous suivons ainsi la syphilis jusqu'aux travaux les plus récents. Il y a là un consciencieux travail d'érudition.

La seconde partie traite de la nosographie. Ainsi que l'indique le titre de son ouvrage, M. Després assimile la syphilis aux autres maladies infectieuses, et particulièremant à l'infection purulente. Dans le malaise fébrile qui accompagne souvent les premières manifestations de la syphilis, il trouve l'analogie de la fièvre d'invasion de l'infection purulente, et nous fait ainsi un parallèle plus ou moins forcé entre les accidents de la syphilis et ceux des autres maladies infectieuses : variole, rougeole, etc.

L'accident local initial de la syphilis peut être fort divers. Outre les lésions reconnues généralement, M. Després admet le chancre mou, l'érosion (?), l'inflammation de la peau, certains ulcères sans caractères.

Donc, l'accident initial n'est point *un* et le début de la syphilis n'a rien d'absolu.

Les lésions essentielles de la syphilis sont la plaque muqueuse et le tubercule cutané. La gomme est une manifestation métastatique, un infarctus, représentant dans la syphilis ce que l'abcès métastatique est dans l'infection purulente.

Les lésions viscérales de la syphilis ne présentent aucune uniformité. Elles offrent les mêmes caractères que les scrofules, les tuberculoses, les adénies viscérales et les abcès de l'infection purulente. « Aussi est-on en droit de dire que les lésions viscérales de la syphilis ont les traits de l'infection purulente à forme chronique aboutissant à la tuberculose. »

En général, tous les accidents qui ont été rapportés à la syphilis, parce qu'on les avait observés chez des syphilitiques, et qu'on observe le plus souvent chez des sujets non syphilitiques, ne sont pas de la syphilis. La roséole n'a rien de caractéristique, non plus que l'atrophie pigmentaire de la peau (syphilide pigmentaire d'Hardy); non plus que l'alopécie. L'iritis, dite syphilitique, n'est qu'une irido-choroïdite séreuse développée *toujours* à l'occasion d'une fatigue de la vision. Les périostites et périostoses ne sont pas seulement de la syphilis ; ce sont, pour la plupart, des lésions traumatiques; les caries et les nécroses dites syphilitiques ne sont pas de la syphilis; ce sont quelquefois des épiphénomènes d'une gomme ulcérée ou d'une périostose, des accidents dus à une contusion et quelquefois même à l'usage des préparations mercurielles. Les adénites n'ont rien de spécial à la syphilis. Il n'y a pas de testicule syphilitique à proprement parler; et la seule lésion testiculaire qui appartient en propre à la syphilis est la gomme, c'est-à-dire le *gros tubercule jaune;* et encore « faut-il qu'elle ait une cause prédisposante dans un état général antérieur, une prédisposition à la tuberculose ou un état scrofuleux antérieur ».

L'action du mercure n'est point étrangère au développement de plusieurs lésions ou accidents observés chez les syphilitiques. M. Després cite le fait d'un goutteux qui, à la suite d'un traitement mercuriel par les pilules de Dupuytren (traitement indûment prescrit), présenta, au bout de *dix jours*, une périostose frontale, sur le point où repose le chapeau, et des symptômes cérébraux. Les accidents cessèrent par la suppression du traitement mercuriel. « Cruveilhier, en injectant » du mercure dans les veines, a vu des noyaux métastatiques » dans le poumon autour d'un globule de mercure. Voilà un » fait certain, indubitable... Le mercure en nature, comme » dans les embolies veineuses, vient donc s'arrêter dans le » poumon. »

Après avoir décrit les différentes formes de la syphilis envisagée dans son ensemble : syphilis normale, anormale, modifiée, syphilis héréditaire, syphilis infantile, l'auteur aborde la question du traitement qui forme la troisième partie de l'ouvrage. Cette troisième partie se divise en deux chapitres, le premier consacré à l'histoire du traitement de la syphilis, le second à l'emploi de ce traitement tel que le comprend l'auteur.

Le traitement général consiste dans une hygiène aussi parfaite que possible; éviter les refroidissements, administrer le fer associé au quinquina; bains de propreté. Traitement local à l'aide d'applications parmi lesquelles les caustiques tiennent la plus grande place. Quant aux complications elle ne réclament aucun autre traitement que celui qui leur convient chez tout autre malade que les syphilitiques.

Notons, en passant, à propos de la syphilis modifiée par le scorbut, une explication inattendue de l'action de l'iodure de potassium. « L'iodure de potassium, c'est ici le lieu de donner » le mode de son action, renferme de la potasse et de l'iode. » L'iode, qui est volatil comme l'essence de moutarde, a sans

» aucun doute une propriété analogue à ce condiment; la » potasse est un alcali qui se combine facilement avec le » soufre et les chlorures pour former du chlorure de potassium et du sulfate de potasse qui entre normalement dans » la composition du sérum du sang : l'iode agit sans doute » en vertu d'une action catalytique, et peut-être a-t-il aussi » une propriété analogue à la sinapisine de la moutarde; car » il est constant que l'iodure de potassium administré à petite » dose excite l'appétit des malades d'une façon remarquable. »

Le traitement de la syphilis par la méthode tonique doit durer de dix-huit mois à trois ans.

Quant à la valeur du traitement mercuriel, l'auteur renvoie à la discussion qui a eu lieu en 1869 au sein de la Société de chirurgie, et émet le vœu que le mercure soit promptement relegué au rang des souvenirs de la thérapeutique.

Nous avons essayé de fournir, dans le cadre restreint où nous sommes renfermé, une idée générale d'un livre où chaque page appellerait la discussion, mais qui est à plusieurs points de vue une œuvre distinguée. D'après ce que nous croyons savoir pour l'avoir appris et l'avoir observé, il y a dans cet ouvrage, au milieu d'une foule d'assertions que nous jugeons erronées, plusieurs idées neuves et qui gagneraient probablement à être présentées d'une manière moins absolue. Ce qu'on peut affirmer, sans aucun doute possible, c'est que les doctrines de l'auteur, tant sur la pathologie générale que sur la syphilis en particulier, lui sont tout à fait personnelles, et que s'il parvient à les faire prévaloir, il aura, tout au moins chez nous, le mérite de la priorité.

B.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris. — Les cours de la Faculté de médecine commenceront à partir du mardi 4 novembre.

Les consignations pour les examens seront reçues à partir du lundi 20 octobre.

JURISPRUDENCE MÉDICALE : REMÈDES SECRETS.

Un de nos abonnés des départements, docteur en médecine, nous demande l'avis suivant :

« Un particulier invente une pommade dont l'efficacité est reconnue par des médecins. Quelles sont les *formalités légales* qu'il doit remplir pour vendre cette pommade, en en restant seul propriétaire et *en conservant le secret de sa formule?* »

La réponse est simple : la loi ne reconnaît aucun remède secret, et les formalités à remplir pour mettre en circulation un remède nouveau ont pour effet précisément de lui enlever son caractère occulte. La loi de germinal an XI, par son article 36, interdit « toute annonce ou affiche imprimée qui indiquerait des remèdes secrets, sous quelque dénomination qu'ils soient présentés ». Il avait été fait d'abord exception à cette règle en faveur des préparations et remèdes qui, avant la loi de germinal, « avaient été permis dans les formes alors usitées », ou qui, sur l'avis des écoles ou des sociétés de médecine ou des médecins commis *ad hoc* depuis ladite loi, auraient été ou seraient approuvés, et admis par le gouvernement à être distribués, « quoique leur composition ne soit pas divulguée » (décret du 25 prairial an XIII). Mais toute autorisation de vendre ou débiter des remèdes secrets a été définitivement retirée par le décret du 10 avril 1810, dont l'application a été seulement prorogée, par décret du 26 décembre, jusqu'au 1er avril 1811. Conformément aux dispositions de ce décret de 1810, les inventeurs de remèdes nouveaux doivent en remettre la recette au ministre de l'intérieur, qui charge une commission d'en examiner la composition, d'en apprécier la valeur et d'indiquer « le prix qu'il convient de payer *pour son secret* à l'auteur du remède reconnu utile ». En cas de réclamations de la part des inventeurs, une seconde commission est nommée, qui donne un nouvel avis, Enfin, le ministre fait, s'il y a lieu, un traité avec les inventeurs, et le remède tombe alors dans le domaine public.

A ces dispositions, il faut ajouter celles du décret du 3 mai 1850, qui offrent le moyen, non de vendre son remède en en gardant le secret, mais de mettre à l'abri de poursuites pour vente de remède secret celui qui vend un remède simplement nouveau non inscrit au Codex. Tout remède étant réputé secret dont la recette n'est ni inscrite au Codex ni publiée par le gouvernement, la vente d'un remède nouveau pouvait devenir et devenait fréquemment l'objet de poursuites, alors même que la formule en était divulguée par l'inventeur lui-même. Le décret de mai 1850 assimile à l'inscription au Codex l'inscription au Bulletin de l'Académie de médecine avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs.

En résumé, interdiction de vendre un remède dont la formule n'est pas publiée; faculté de faire au gouvernement une proposition d'achat; faculté de demander l'inscription de la formule dans le Bulletin de l'Académie, telle est la situation légale de l'inventeur auquel notre correspondant fait allusion.

D.

Choléra. — Au Havre, l'épidémie, quoiqu'elle ne fasse pas de progrès, ne s'éteint pas aussi rapidement que l'on pouvait le penser. En Italie, elle décroît toujours; voici le bulletin sanitaire du 10 octobre dans les provinces suivantes : Naples, 6 cas et 4 morts; Gênes, 7 cas et 7 morts; Tréviso, 1 cas et pas de mort; Brescia, 16 cas et 2 morts. A Vienne, du 7 au 10, on a enregistré 11 nouveaux cas dans la ville et 6 dans les hôpitaux. Le total des cas signalés depuis le 16 juillet est, d'après l'agence Reuter, de 3020. A Saint-Pétersbourg, la situation reste la même; du 7 au 10, il y a eu 25 nouveaux cas et 18 morts. Le choléra a fait son apparition à Moscou; jusqu'à présent l'épidémie ne s'est manifestée que dans un seul quartier de la ville, celui de Dévitchié-Polé; les premières victimes ont été des ouvriers des fabriques de ce quartier. Dans la Bavière rhénane, on signale une notable augmentation : à Spire, le 11, on a constaté 37 cas nouveaux et 15 décès; depuis le début de l'épidémie, il y a eu en tout, dans cette ville, 220 cas et 104 décès. A Bergen, en Norwége, il y a eu, pendant la semaine dernière, 6 cas nouveaux et 3 décès.

Légion d'honneur. — Ont été nommés ou promus :

Au grade d'officier, le docteur Thomas (de Nevers).

Au grade de chevalier, les docteurs Laroche (d'Angers), Leroux (de Versailles), Martin (de Nevers), Collin (de Saint-Honoré) et Bossu, rédacteur de l'*Abeille médicale*.

État sanitaire de Paris :

Du 3 au 10 octobre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 735 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 36. — Typhus, 0. — Érysipèle, 0. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 23. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants 26. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 43. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 2. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 215. — Affections chroniques, 279, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 58. — Causes accidentelles, 17.

Londres : Population, 3356073 habitants. — Décès du 28 septembre au 4 octobre 1873, 1386. — Variole, 1; rougeole, 32; scarlatine, 19; fièvre typhoïde, 39; érysipèle, 4; bronchite, 130; pneumonie, 87; dysentérie, 1; diarrhée, 71; choléra nostras, 1; diphthérie, 8; croup, 15; coqueluche, 51.

Sommaire. — Paris. Histoire et critique : Les causes occasionnelles du choléra indien. — Travaux originaux. Clinique médicale : Notes cliniques recueillies dans les hôpitaux de Lyon : Contribution à l'étude des abcès du foie. — Correspondance. Sonde métallique brisée dans l'urèthre. Extraction. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — Bibliographie. Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection purulente syphilitique. — Variétés. Jurisprudence médicale : Remèdes secrets. — Feuilleton. Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 23 octobre 1873.

A PROPOS DU CHOLÉRA ET DE SA PROPHYLAXIE.

La prophylaxie des épidémies de choléra est entièrement basée sur l'acceptation du principe de la transmissibilité, principe qui est généralement admis et qu'il serait véritablement difficile de dénier, quelque opinion que l'on ait sur la genèse même du choléra. Si cette transmissibilité n'existait point, il ne s'agirait que de chercher à se protéger de la maladie, comme on le fait de beaucoup d'autres, par l'observation intelligente et rigoureuse des règles de l'hygiène publique et privée. Mais s'il est vrai que le choléra se manifeste par voie d'évolutions successives, liées les unes aux autres comme les générations des organismes animaux; si les personnes atteintes du choléra, comme celles que frappent le typhus ou d'autres affections infectieuses, deviennent des foyers de multiplication du principe cholérique; si enfin les individus provenant des milieux cholériques peuvent servir de véhicule à cet agent morbide alors qu'ils n'en ont peut-être pas été influencés eux-mêmes, il est évident que le devoir des gouvernements, représentants naturels des intérêts collectifs de la société, devient plus précis et d'une application plus rigoureuse. Fort heureusement pour l'Europe, les gouvernements partagent cette manière de voir, ainsi que les fonctionnaires auxquels ils délèguent le soin de veiller sur la santé publique.

Il est évident, en outre, que les explosions des épidémies en Europe paraissant intimement liées, comme nous le disions dans un précédent article, aux avivements du foyer asiatique, la véritable prophylaxie du choléra ne consiste pas seulement à lui fermer les routes de l'Europe, mais, s'il se peut, à le combattre dans son berceau même, à l'éteindre s'il est possible.

Cette première partie de la tâche revient essentiellement au gouvernement britannique, et il s'efforce de la remplir avec l'activité qu'il apporte depuis quelques années dans les questions pratiques de l'hygiène publique. Dans un très-remarquable travail sur les *quarantaines* inséré dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES (3e série, t. 1, p. 3 à 171), le distingué professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce, M. Léon Colin, a discuté avec tout le soin qu'elle mérite cette importante question, sans dissimuler les difficultés presque insurmontables que rencontrent les autorités britanniques.

Ces difficultés tiennent tout d'abord à l'immense étendue de la zone d'endémicité du choléra; elle constituerait, d'après Brydeu, un quadrilatère de 300 milles (540 kilomètres) sur chaque face, entre les deux fleuves Brahmapoutra et Mahanuddy; pour d'autres auteurs même, ce foyer n'a de limites que les mers qui circonscrivent les côtes de la presqu'île indienne et la chaîne de l'Himalaya au nord. La seconde difficulté réside dans le fait de l'incertitude où l'on est encore sur le rôle de l'élément tellurique dans la genèse du choléra; à supposer qu'il fût possible d'accomplir sur les points les plus menacés du territoire indo-britannique de gigantesques travaux d'assainissement, est-on certain d'arriver à des résultats positifs, autant qu'on le serait de détruire ou d'amoindrir l'endémicité fébrile en desséchant un marais? Quelle que soit la puissance d'un gouvernement et le nombre de bras qu'il peut requérir, cette tâche n'est-elle point au-dessus de ses forces et, comme le disait M. Bouillaud, sera-t-il l'Hercule qui détruira l'Hydre de ce foyer d'infection?

Si le gouvernement des Indes n'a pu s'engager encore dans cette voie, il a cependant cherché à combattre la propagation du choléra en réglementant avec sévérité les foires, les pèlerinages, et en général tous les événements qui peuvent amener une agglomération de la population indienne, agglomérations dont l'influence est funeste, ainsi que le montre une fois de plus l'exemple cité par le docteur Blanc à propos du pèlerinage de Hurdwar en 1867 (H. Blanc, *Les moyens de se préserver du choléra*, in *Revue scientifique* du 30 août 1873, Comptes ren-

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les nos 17, 18, 34, 38, 40, 41 et 42.)

LE CHOLÉRA DE 1865 ET DE 1871-72 AU HEDJAZ. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

J'ai déjà dit un mot des épidémies de 1865 et de 1871-72; de 1865 à 1871, il n'y en avait eu aucune dans le Hedjaz, si ce n'est celle de 1866 qu'il faut bien considérer comme une suite de l'épidémie de 1865.

Un médecin fort distingué, le docteur Schnepp occupait, à cette époque, le poste de médecin sanitaire français à Djeddah; il devait y mourir, la même année, emporté par un accès de fièvre pernicieuse.

La genèse de ce choléra de 1866 l'avait vivement préoccupé; mais, chose singulière, il le faisait provenir de Massouah où il régnait alors avec une certaine intensité; il ignorait peut-être que, déjà en 1865, l'épidémie existait sur ce point, car elle y avait été transportée par les Takrouris, à leur retour de la Mecque; il s'était produit à Massouah, en 1866, ce qu'on avait observé au Hedjaz, la même année; l'épidémie avait reparu à l'époque du rassemblement et du mouvement de population; non-seulement elle n'avait jamais été complétement éteinte, mais on peut encore admettre qu'elle a dû sa grande explosion à une nouvelle importation.

Au reste, franchement partisan d'abord de l'importation, le docteur Schnepp en était ensuite arrivé à supposer le foyer primordial à la Mecque même.

« On prétend, dit-il, que, pour le pèlerinage de cette année, ce sont les hadjis des Indes qui ont apporté le choléra à la Mecque d'abord, quoiqu'ils aient passé auparavant dans différents ports, sans y laisser de cholériques ou sans y faire naître le choléra. Ce n'est pas que je veuille soutenir

dus du congrès de Lyon). Le gouvernement combat encore la propagation du choléra en disséminant largement ses troupes dès que quelques cas éclatent parmi elles (ordre du commandant en chef sir Hugh Rose du 7 avril 1862); enfin en promulguant dès 1858 le *Natives Passengers Act*, en vertu duquel les navires partant des ports de l'Inde ne peuvent emporter plus d'un certain nombre de passagers indigènes et demeurer soumis à une inspection préalable. Mais, comme le fait observer M. Fauvel, ces mesures ne s'appliquent qu'aux navires de pavillon anglais; elles sont améliorées depuis 1868 par l'obligation imposée aux navires chargés de pèlerins à destination de la Mecque de se munir d'une patente de santé.

Ceci nous amène naturellement à considérer les moyens mis ou à mettre en action pour empêcher la propagation du choléra vers l'Europe. Deux fois il y a pénétré par la voie de terre sur la frontière russo-asiatique, et une troisième fois par la mer Rouge en créant un foyer secondaire dans les lieux saints de l'islamisme.

M. Adrien Proust, qu'une mission officielle a amené à visiter en 1869 une partie des régions parcourues par le choléra, fournit dans son récent Traité d'hygiène internationale une intéressante étude sur la géographie médicale de l'Afghanistan et du Turkestan. Il espère que le gouvernement russe, mettant à profit ses nouvelles conquêtes, coupera par une ligne de postes sanitaires l'espace qui sépare la mer Caspienne de la mer d'Aral et établira sur cette frontière une surveillance égale à celle qu'il exerce entre la mer Caspienne et la mer Noire le long de la chaîne du Caucase. La Perse, encore plus voisine de l'Inde, doit se protéger à la fois sur terre en surveillant les routes qui mènent de l'Afghanistan et du Turkestan sur son territoire, en particulier aux voisinages de Herat et de Mesched, points qui furent atteints dans les deux premières épidémies, et en organisant un système quarantenaire dans ses ports du golfe Persique qui ont avec Surate, Bombay et la côte du Coromandel, des rapports commerciaux assez fréquents.

Mais le principal danger n'est point là, quoiqu'il serait imprudent de négliger la voie terrestre; il réside surtout dans la mer Rouge, qui depuis la généralisation de la navigation à vapeur est devenue la grande route entre l'Asie et l'Europe. La conférence de Constantinople a adopté, sur le rapport de M. Fauvel, une série de mesures qui amèneraient: 1° à fermer l'accès de la mer Rouge en établissant un poste de surveillance sur l'îlot Perim placé au milieu du détroit de Bab-el-Mandeb et fermant la passe orientale, la seule que puissent prendre les navires de fort tonnage, et en créant un lazaret sur la côte d'Arabie; 2° à surveiller les débarquements des pèlerins sur le littoral arabique à Djeddah pour les pèlerins allant à la Mecque, à Yambo pour ceux de Médine, et en outre sur la côte africaine (A. Proust), à Massawah, Souakin et Koseir; car beaucoup de pèlerins débarquent d'abord en ces points pour traverser ensuite la mer Rouge sur de petits navires (Buez); 3° au cas où le choléra éclaterait dans les lieux saints, à proscrire absolument l'entrée des pèlerins sur le territoire égyptien et à créer des postes d'observation à El Ouedj, sur le littoral arabique, et à El Tor, petit port situé à l'entrée du bras de mer qui remonte vers Suez.

Il va sans dire que ces mesures se combinent avec l'application d'une hygiène très-sévère dans les points visités par les pèlerins, et avec une surveillance quotidienne de la santé de ces masses. Cette tâche revient en partie au gouvernement turc, en partie aux puissances maritimes par le moyen de leurs médecins sanitaires.

Enfin, on doit supposer que le choléra a franchi toutes ces barrières et qu'il a éclaté en Égypte. La conférence, avec une logique rigoureuse, n'a pas hésité à proposer de suspendre provisoirement toutes les communications avec Alexandrie, Port-Saïd et le littoral égyptien. On prévoit déjà toutes les protestations qu'une pareille mesure ne manquerait point de faire éclater; elles ont déjà été formulées par des esprits distingués et indépendants, aussi bien que par les négociants dont un pareil blocus compromettrait singulièrement le commerce; mais comme le fait judicieusement observer M. Léon Colin, « les mesures quarantenaires ne peuvent s'exercer sans léser spécialement les intérêts de ceux qu'elle met en interdit »; il reste à savoir lequel des deux dangers est le plus grand: d'une interruption momentanée des relations commerciales (M. A. Proust évalue à deux mois au maximum le temps nécessaire pour que l'épidémie termine son cycle en Égypte), ou d'une invasion du choléra en Europe, *invasion absolument certaine* si les relations sont continuées. L'expérience de 1865 est, semble-t-il, concluante à ce sujet.

Les quarantaines maritimes sur le littoral européen sont-elles réellement utiles au point de vue de la propagation du choléra, en particulier lorsqu'elles s'appliquent à des navires en provenance de pays ayant avec les nôtres des relations terrestres quotidiennes? Telle est la question maintes fois soule-

---

que cette maladie ne soit pas assez commune dans les Indes et qu'elle n'y règne pas pendant certaines saisons de l'année; mais, jusqu'à ce jour, personne, que je sache du moins, ne l'a observée dans sa migration en Arabie; personne ne l'a vue importée dans les lieux saints. » (*Le pèlerinage de la Mecque*, Paris, 1865.)

On peut aujourd'hui combattre facilement ce thème qui repose sur une observation incomplète ou erronée.

Les navires qui viennent des Indes à Djeddah sont de deux catégories; il y a des voiliers et des bateaux à vapeur.

Il est bien reconnu qu'en 1865, par exemple, des voiliers avaient relâché à Mokalla et y avaient précisément importé le choléra; de Mokalla, les pèlerins avaient facilement gagné le Hedjaz au moyen des barques qui font le service de la côte.

Il n'y a guère que les voiliers qui risquent de se voir ainsi attardés en route par des relâches imprévues, soit qu'il faille renouveler l'approvisionnement d'eau, soit qu'il faille attendre une brise favorable et la chercher, le plus souvent, le long de la côte. Quant aux bâtiments à vapeur des Indes, ils ne touchent aujourd'hui qu'à Aden où se fait l'*arraisonnement*; faut-il mentionner les grands paquebots de la mer des Indes (Messageries ou autres) et chercher à en tirer, comme l'essayait Schnepp, une déduction favorable à sa théorie, parce que ces navires de l'Indo-Chine ne paraissaient point avoir jamais importé le choléra dans les différents ports où ils font escale? Il est hors de doute qu'on ne peut mettre en cause ces bâtiments admirablement aménagés pour la plupart, ne transportant qu'une catégorie de voyageurs, c'est-à-dire les gens riches ou aisés, et ne présentant jamais de conditions d'encombrement ou d'insalubrité.

Assurément, ce qui avait dérouté Schnepp dans cette épidémie de 1866, c'est que, contrairement à celle de 1865, qui avait été si meurtrière (1) pendant les fêtes de la Mecque, elle

(1) En 1865, les trois cinquièmes des pèlerins ont péri à la Mecque; de 10 000 Javanais, par exemple, il n'en est reparti que 4000.

vée et que les faits récents du Havre viennent de poser à nouveau. Dans sa dernière argumentation à la tribune académique, M. Fauvel y a répondu avec l'autorité et le sens éminemment pratique dont il a donné tant de preuves. Évidemment, dans l'état actuel des relations en Europe, les quarantaines maritimes ne donnent pas une garantie absolue; mais l'absolu n'existe qu'en idéal, surtout lorsqu'il s'agit de faits médicaux; si, attendant un ennemi, nous possédions deux portes par lesquelles il pût pénétrer, hésiterions-nous à n'en fermer aucune, sous prétexte que nous ne pouvons les fermer toutes deux? Et du reste, l'expérience des faits prouve que, dans les épidémies antérieures, l'importation par navire infecté est, de tous les modes d'importation, le plus à craindre, celui qui propage le plus sûrement la maladie, alors que le transport à grandes distances par chemins de fer est loin d'offrir le même danger.

Depuis plusieurs mois, nous sommes en relations terrestres quotidiennes avec Vienne, avec Berlin, Hambourg et tous les points envahis par l'épidémie, et c'est par *un port* que la maladie pénètre en France (nous avons admis l'hypothèse de la propagation pour le Havre). C'est certainement de ce port que Rouen, Caen, etc., Paris ont reçu le choléra. Le Havre est envahi depuis deux mois, est-il donc indifférent d'ouvrir largement au choléra tous nos autres ports de l'Océan ou de la Méditerranée? Puis, remarquons-le bien, si nous venons à nous départir de notre sévérité présente, les autres pays maritimes, ceux du littoral méditerranéen en particulier, qui croient à l'efficacité des mesures quarantenaires, hésiteront-ils à nous mettre en interdit lorsqu'ils sauront que nous avons ouvert largement nos portes, alors même que nous nous croirions autorisés à délivrer des patentes nettes à nos navires? Dans l'état actuel des règlements quarantenaires, on semble avoir atteint le minimum de rigueur possible; plus tard, avec les progrès de la science, à la suite d'observations plus nombreuses, sera-t-il possible de les diminuer encore? Pour le moment nous ne le pensons point.

En nous constituant ici le défenseur, très-incompétent peut-être, d'une administration et d'un régime auquel nous sommes absolument étranger, nous croyons ne suivre que la voie de la logique la plus élémentaire, celle qui, ne pouvant obtenir une préservation absolue, engage cependant à se défendre dans la limite du possible. Évidemment, les intérêts commerciaux doivent être pris en sérieuse considération, mais ceux de trente millions d'habitants semblent aussi peser de quelque poids, et jusqu'à ce que l'on ait prouvé que les quarantaines maritimes n'ont jamais donné un seul résultat, il semblera téméraire de les supprimer.

Le choléra a éclaté dans un pays, en France, par exemple; est-il encore possible de circonscrire le fléau? D'une façon absolue, évidemment non, mais on peut lui disputer le terrain pied à pied et le combattre dans toutes ses manifestations. C'est ici que commence l'action des municipalités, des individus eux-mêmes.

L'histoire des faits passés, des épidémies antérieures, permet de poser certains principes relativement à la propagation du fléau; il semble en particulier hors de doute que les déjections, que les diverses excrétions des cholériques contiennent le principe cholérigène et le peuvent transmettre pendant une période de temps encore assez longue. La voie principale d'absorption est-elle la muqueuse gastro-intestinale? est-elle la muqueuse pulmonaire? L'une et l'autre hypothèse semblent justifiées par des observations. Cela doit suffire pour indiquer l'obligation de détruire les matières organiques au moyen des agents chimiques les plus énergiques, au moyen de ceux qui coagulent l'albumine et arrêtent ainsi toute évolution fermentescible. Les eaux servant à l'alimentation et puisées dans le sous-sol, ayant peut-être subi quelque contact avec des produits de déjection, soit dans le sol lui-même, soit dans les tuyaux de conduite, les eaux de rivière surtout peuvent être des agents de transmission : indication nouvelle de n'en point faire usage ou tout au moins de les désinfecter par la filtration au charbon, par la précipitation des matières terreuses.

Nous n'avons point à insister sur ces sujets; ils ont fait l'objet de travaux récents, dignes de la plus grande estime, et parmi lesquels il convient de citer en première ligne l'Instruction générale du Comité consultatif d'hygiène, en date du 25 septembre 1871, rédigées d'après le rapport de M. Fauvel. Malheureusement, il arrive souvent en France que les meilleures choses demeurent enfouies dans les cartons officiels; il semble que tel a été le sort de cette Instruction, que l'on vient seulement de répandre dans les principales administrations, sans que le grand public ni même le public médical en ait reçu communication. Sans doute tels n'étaient point les désirs du Comité d'hygiène de France, mais son titre même de *consultatif* indique le vice du système; composé des hommes les plus compétents en matière d'hygiène publique, réunissant dans son sein les noms les plus chers à la science, il se voit condamné

---

n'avait éclaté que bien après ces mêmes fêtes du Courban-Baïram : celles-ci s'étaient, disait-on, accomplies sans qu'on remarquât rien d'insolite au point de vue de la santé publique; il semblait donc acquis que le choléra de 1865 avait depuis longtemps entièrement disparu au Hedjaz.

J'ai déjà fait voir quel degré de confiance il fallait accorder à ces déclarations qui partaient de la Mecque; l'épidémie de 1872 devait encore montrer combien il faut s'en méfier: le jour même où un courrier annonçait à Djeddah que des cas de choléra venaient de se manifester à la Mecque, les navires, déjà chargés de pèlerins, allaient partir pour Suez avec *patente nette*, puisque le conseil présidé par le grand chérif lui-même, comme cela a lieu annuellement, déclarait que, *grâce à Dieu*, on avait *fait un bon pèlerinage* et que la santé publique était excellente.

En se basant sur ces données, on peut hardiment avancer aujourd'hui que le choléra existait, en 1866 et en 1872, à la Mecque *pendant les fêtes*.

La journée fatale, critique, est toujours celle de Müna (jour des sacrifices); Müna est une vallée étroite, encaissée, où l'air se renouvelle peu, où le soleil darde ses rayons d'une manière ardente, où l'eau manque; c'est là que se *trouve le plus grand rassemblement*; c'est là, enfin, qu'on égorge les victimes propitiatoires, souvent au milieu d'un désordre inexprimable; c'est donc, pour toutes ces raisons, l'endroit malsain, par excellence, où le choléra doit trouver de puissants renforcements et une rapide dissémination.

Une fois les cérémonies terminées, toute cette foule se disperse, se livre à la joie, aux excès de toute sorte, pour se refaire des privations de la route et du jeûne des derniers temps; c'est aussi de la sorte qu'on peut comprendre les ravages de la maladie dans les caravanes de la Mecque à Médine et, sur ce chemin, plus particulièrement à *Rabegh*, étape de funèbre mémoire, s'il en fût jamais. Rabegh n'a qu'un puits d'eau saumâtre, n'offre aucune ressource, aucun abri, et cependant les caravanes sont obligées de s'y arrêter pour se grouper, car

à n'être, comme les comités d'hygiène départementaux, qu'un accessoire d'une administration bureaucratique et éminemment incompétente, que certes l'Europe ne nous envie point.

Le choléra existe à Paris et nul ne sait s'il n'y prendra point racine pour éclater avec intensité dans quelques mois, au retour des chaleurs; cela paraît même vraisemblable. En attendant, personne dans la population n'ignore sa présence. Ne conviendrait-il donc pas d'afficher cette instruction sur tous les murs de Paris, dans toutes les villes menacées? Quel danger verrait-on dans une pareille mesure? On effrayerait les populations, dit-on. Mais les habitants de nos grandes villes sont assez intelligents pour comprendre la portée de cette publication, et ils ont vu depuis quelques années de bien autres misères, pour s'effrayer d'une épidémie, même de choléra.

On laisse publier des *Guides pour se préserver du choléra*, qui ne sont la plupart du temps que des réclames en faveur d'un élixir ou de préparations dangereuses tout au moins par la fausse sécurité qu'elles inspirent, et le public ne connaît point la seule *Instruction* qui lui serait vraiment utile.

On n'hésite pas à afficher des ordonnances de police lorsqu'il s'agit d'épizooties, et l'on hésite pour des épidémies; on hésite lorsque l'on peut répandre un document dont chacun comprendrait l'importance et qui, dans une forme concise, intelligible aux plus humbles, résume complétement toutes les données de la science moderne au point de vue de la prophylaxie du choléra. Nous espérons, pour l'honneur de nos municipalités, qu'elles reviendront sur ces anciens errements d'une pratique administrative surannée; ils porteraient à supposer qu'on croit éloigner le danger en le dissimulant et en ne fournissant pas les moyens de le combattre. C'est le système de l'indifférence et du silence; nous savons trop où il nous a menés.

G. Morache.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Note sur un cas de thrombose très-étendue de la branche droite de l'artère pulmonaire, par le docteur Humbert Mollière, chef de clinique à l'École de médecine et ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier.

Obs. — J. R..., soixante-neuf ans, cultivateur, né à Chaponay (Isère), entre le 24 février 1870 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Bruno, n° 21, service de M. J. Faivre. Cet homme, encore robuste pour son âge, mais pâle et anémié, nous apprend qu'il n'est malade que depuis la fête de la Toussaint. Depuis cette époque, en effet, il éprouve de l'oppression, tousse et crache abondamment. En l'interrogeant avec soin, on acquiert la certitude qu'il n'a pas ou à l'époque qu'il nous assigne de pneumonie aiguë, comme on serait tout d'abord tenté de le croire. Les crachats, qu'on examine en premier lieu, sont glutineux, adhérents et striés de sang.

A la percussion: rien d'anormal. A l'auscultation: nuées de râles muqueux dans le poumon gauche; ils paraissent moins nombreux dans le poumon droit. Le pouls est à 108, la peau et le facies assez bons. Depuis hier, cet homme se plaint d'un point de côté, mais il n'a pas de frissons. On constate enfin un léger œdème des membres inférieurs. Le soir, après l'administration du kermès, le pouls n'est plus qu'à 88. En l'auscultant à nouveau, on constate un bruit de frottement dans le côté droit du thorax.

Le 26 février, pouls à 108 (vin chaud à la cannelle, sirop d'ipéca, 20 grammes).

Le 27, le malade a toujours une expectoration très-abondante. Les crachats d'aspect rouillé, ressemblent à ceux de la pneumonie. L'auscultation et la percussion pratiquées à diverses reprises et avec le plus grand soin n'ont rien révélé d'anormal; cependant le malade tombe dans l'adynamie. Le pouls est encore à 100. On lui administre le garus et l'extrait de quina.

Le 28, on trouve l'expiration soufflante avec intervalle entre les deux temps de la respiration. On fait appliquer un vésicatoire sur la poitrine. — Soir, pouls à 108.

Le 29 au matin, râles ronflants des deux côtés de la poitrine.

Le 3 mars, pouls à 108. On ne trouve guère que les signes de bronchite chronique déjà mentionnés. Le malade crache toujours du sang. Son expectoration est visqueuse et adhérente au vase.

Le 4, auscultation : souffle tubaire à gauche, et à droite mêmes signes moins le frottement. Pouls à 108, petit. — Soir, Idem.

Le 5, amélioration. Crachats moins sanglants. Pouls à 100. (E. quina, café, garus.)

Le 6, idem. Même expectoration; ce sont toujours des crachats sanglants et très-visqueux qui adhèrent au vase. (P. avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque.)

Le 8, expectoration visqueuse très-sanglante, très-adhérente. A l'auscultation, obscurité dans la moitié inférieure du poumon droit. En arrière, voussure; submatité dans ce point. Respiration lointaine. Râles sous-crépitants disséminés des deux côtés. A gauche, on ne note que quelques râles sous-crépitants et une respiration un peu rude au-dessus de la pointe de l'omoplate. Pouls à 112. On prescrit une potion stimulante avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque, 30 grammes de garus et 4 grammes d'extrait de quinquina. La mort a lieu dans la soirée à quatre heures. Il y a eu précédemment un peu d'asphyxie.

Aucun diagnostic n'a été porté. Des signes de pleurésie ayant été constatés, on s'est arrêté à l'idée de cette affection; mais on a admis aussi l'existence d'une pneumonie lobulaire avec infarctus hémorrhagique ou plutôt apoplexie pulmonaire.

On a pensé que l'autopsie viendrait révéler des lésions inattendues propres à expliquer les symptômes insolites observés pendant la vie. Celle-ci, pratiquée en effet le 10 mars, a révélé les particularités suivantes :

Les viscères abdominaux sont intacts, excepté le foie, qui présente un commencement de cirrhose. Dans la plèvre droite, épanchement séro-sanguinolent assez abondant, venant confirmer le diagnostic pleurésie

---

c'est là l'entrée d'une nouvelle route rendue dangereuse par les attaques des tribus bédouines, surtout des *Harb* et des Djeheiné, peuplades belliqueuses, pillardes et sanguinaires.

C'est généralement à cette époque qu'arrivent à Djeddah les plus tristes bulletins; quant aux pèlerins qui redescendent directement de la Mecque à Djeddah, ils n'ont à parcourir qu'une route courte et facile. Mais croirait-on qu'il n'est pas toujours aisé de savoir la vérité sur l'état sanitaire de ces derniers eux-mêmes; s'ils sont contaminés, on se garde bien de le dire; on enterre les morts, avant d'entrer en ville, et l'on cache les malades le plus qu'on peut. Cependant, si l'épidémie a de bonne heure des caractères graves, on voit bientôt arriver à Djeddah des pèlerins affolés et se souciant fort peu alors du pèlerinage; mais ici se présente un autre écueil; c'est des exagérations qu'on doit se défier.

Il faut bien songer, avant tout, qu'il n'y a dans ce pays aucun moyen sérieux de contrôle, aucune police médicale; il est impossible, par exemple, de connaître le chiffre exact de la mortalité à la Mecque et à Djeddah, en temps de pèlerinage et, à cet égard, j'ajouterai qu'il est encore d'usage chez beaucoup de pèlerins de garder ceux des leurs qui succombent et même de les cacher ou chercher à les emporter, soit qu'ils veuillent éviter les difficultés d'une liquidation de succession, soit qu'ils aient chez eux des lieux consacrés de sépulture, lieux qui deviendront d'autant plus vénérables qu'ils recèleront alors de vrais hadjis morts sur la terre sainte, au seuil de la divine Kaaba.

Il en sera de même à Médine, ville peut-être plus sainte encore que la Mecque, car, si la Mecque possède la *Kaabâ*, le temple de Dieu, Médine renferme le tombeau du prophète qui, comme on le sait, fut enterré la nuit dans la maison même où il mourut.

Qu'on ajoute à toutes ces considérations celles qui ressortent des divers intérêts mis en jeu, commerce, exploitation du malheureux hadji, dont on veut soutirer jusqu'au dernier *para*, et qu'on ne veut lâcher que lorsqu'il est bien et dûment

qu'on avait porté. Pleurésie hématique, fausses membranes sanglantes sur la plèvre tant costale que diaphragmatique, au niveau du lobe inférieur du poumon droit. Ce dernier présente un volume considérable et ses deux lobes inférieurs sont indurés comme dans la pneumonie fibrineuse ordinaire. Une portion très-faible du lobe inférieur du poumon gauche paraît être atteinte de la même altération. A la coupe, teinte rouge sombre absolument analogue à celle d'un caillot, laissant écouler du sang en abondance. Dureté du tissu, qui va au fond de l'eau. Dans le poumon droit, les points centraux sont œdématiés et en certains point atteints de dégénérescence grise (hépatisation grise). Il ne paraît pas y avoir de pus. On a évidemment affaire à des lésions de nécrose. Le cœur est énorme; il contient des caillots noirs qui disparaissent au lavage. Son volume le rapproche des formes dites cœur de bœuf. Dilatation de toutes les cavités, telle en certains points qu'il y a à peine 1 millimètre de substance musculaire d'épaisseur de la paroi. Dans tous les interstices des colonnes du cœur gauche, caillots anciens en voie de dégénérescence fibrino-graisseuse. Dans la branche droite de l'artère pulmonaire on a trouvé un gros caillot du volume même du calibre de ce vaisseau, se prolongeant dans toutes les branches fournissant aux deux lobes hépatisés. Il est constitué par de la fibrine en couches stratifiées blanc rougeâtre. Dans certains points éloignés, ces caillots ont l'aspect canaliculé. On n'en a pas trouvé dans la branche du côté opposé. L'altération du poumon à gauche était tout à fait située à la périphérie de l'organe. Les valvules mitrale et aortique sont le siége d'infiltrations calcaires. L'aorte est entièrement athéromateuse (plaques laiteuses). On ne rencontre rien d'anormal dans l'intérieur de la veine cave.

Examen histologique. — On trouve les alvéoles pulmonaires remplies de sang, avec une hypérémie capillaire considérable. La structure des caillots est celle de la fibrine en voie de régression; leur ancienneté est incontestable. Aux sommets, de petites masses indurées qu'on y a rencontrées sont constituées par du tissu de cicatrices, de la matière caséeuse et du pigment. Ce sont évidemment des infarctus cicatrisés en voie de crétification, restes de lésions antérieures.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, relativement au diagnostic, qui a été incertain jusqu'à l'autopsie. Seule, la pleurésie concomitante a été admise. Mais de cet ensemble de lésions graves et étendues aucune d'entre elles n'a pu être reconnue durant la vie, la matité et la voussure devant être attribuées à la pleurésie et les râles sous-crépitants étant incapables de faire reconnaître l'existence d'une semblable altération de l'organe. Seuls, les crachats sanglants, visqueux et adhérents, persistant jusqu'au bout, à caractère véritablement insolite et différents de ceux de la pneumonie, pouvaient faire penser à l'existence d'autre chose qu'un catarrhe pulmonaire à exacerbations plus ou moins vives et compliqué de pleurésie. Les détails de l'autopsie sont venus, en quelque sorte, jeter la lumière sur cet ensemble confus de symptômes discordants C'est évidemment à une thrombose de l'artère pulmonaire que nous avons eu affaire, thrombose à développement lent et graduel, commençant par les petites branches pour se terminer dans les plus volumineuses, jusqu'à ce que la mort soit enfin venue mettre un terme à ces coagulations successives. L'accroissement graduel de la dyspnée s'explique par les parties de plus en plus considérables du poumon, qui petit à petit devenaient inaptes à respirer.

L'expectoration sanglante et continuelle trouve son explication dans les ruptures qui ont toujours lieu dans les cas d'obstruction capillaire, soit qu'on admette qu'elles soient dues à l'hypérémie collatérale, ou qu'on invoque, avec Virchow, une altération immédiate dans la structure des capillaires. Mais dira-t-on à quoi cette thrombose doit-elle être attribuée. Est-ce à une embolie capillaire jouant le rôle de corps étranger comme centre de coagulation? Est-ce, au contraire, à l'inopexie, qui à coup sûr existait chez un homme cachectique aux membres inférieurs œdématiés, comme le sujet de notre observation? Je crois que la seconde de ces hypothèses peut être seule invoquée. En effet, la coagulation n'a eu lieu que dans l'arbre à sang noir : les rugosités artérielles n'ont aucun rôle à jouer ici. Dans la veine cave et le cœur droit, nous ne trouvons pas de caillots anciens. C'est donc sur place, en quelque sorte, que la fibrine s'est déposée et couche par couche, ainsi que l'atteste la structure stratifiée des caillots, structure entièrement conforme à celle que Virchow a décrite dans sa Pathologie cellulaire. Nous n'avons pas eu évidemment affaire à une embolie; nous n'avons, en effet, observé ni ces accès de dyspnée, ni ces rémissions dans les symptômes, ni cette sonorité exagérée suivie de matité, ni enfin la mort subite qu'on rencontre encore en pareil cas, ni la présence d'autres infarctus dans les divers organes, ni aucune source d'embolie. Et puis l'arrêt de la circulation dans un segment aussi considérable de la circulation pulmonaire n'a pu s'établir que graduellement (les symptômes ont été là pour le prouver) : enfin l'arrivée brusque d'un embole de ce volume eût amené la mort instantanément. Contre cette hypothèse, nous invoquerons encore la structure même des caillots, identique dans toute l'étendue des ramifications du vaisseau avec ce qu'elle est dans le tronc même de l'artère pulmonaire.

Les faits d'oblitération de l'artère pulmonaire par embolie sont relativement fréquents; ceux par thrombose, au contraire, très-rarement observés. Dans son travail sur l'apoplexie pulmonaire, qui paraît résumer l'état actuel de la science sur la question, M. le professeur agrégé Duguet déclare « que si en réalité les thromboses de l'artère pulmonaire existent, elles doivent être infiniment rares ».

Notre observation permet donc d'affirmer leur existence; de plus, elle nous permet encore d'asseoir sur quelques bases moins incertaines le diagnostic différentiel entre la thrombose et l'embolie pulmonaire, diagnostic des plus épineux et qui pourtant a bien son importance au point de vue du pronostic.

M. Ball, qui a fait sur les thromboses et les embolies pulmonaires une monographie des plus complètes et des plus inté-

---

à sec, on verra combien la question est complexe et à travers quel labyrinthe il faut se diriger pour arriver, je ne dirai pas à la grande lumière, mais à la lueur du crépuscule.

On peut donc dire que le choléra de 1866 n'a été que la suite, avec *chaînons* ignorés ou cachés, de celui de 1865. On a vu un exemple frappant de ces *traînées* cholériques dans l'épidémie de 1871-72, que les médecins de la Mecque et de Médine n'envisageaient, dès le début, que comme une atteinte de choléra sporadique.

Comme je l'ai exposé, le choléra était dans le Hedjaz depuis le mois de juillet 1871 ; il avait été importé, en mai, dans le *Djebel-Schammar* par les Persans, qui faisaient leur pèlerinage habituel à Meschet-Ali ; la diffusion de la maladie s'était opérée dans l'intérieur de cette contrée par le contact des Persans avec les Bédouins; ceux-ci, effrayés de cette invasion de gens réduits alors à une profonde misère (famine complète), avaient reflué précipitamment vers le centre. En juillet, le choléra était à *Haïl*, ville importante, qui n'est qu'à douze jours de marche de Meschet-Ali (1) ; au commencement de septembre, il s'était avancé jusques à quatre journées de Médine. Le 8 septembre, deux cas mortels étaient constatés en dehors de cette dernière ville; le 10 du même mois, deux autres cas dans la ville même.

Le 12, arrive à Médine une caravane de 2000 pèlerins attirés par la grande fête religieuse qu'on y célèbre tous les ans à cette époque; alors les attaques se multiplient, et du 8 au 10 octobre on compte 80 à 100 morts par jour.

(1) C'est à tort qu'on a prétendu (Preust, *op. cit.*) que l'épidémie de cette année avait été importée dans le Hedjaz par quatre bataillons de troupes turques embarquées à Bassorah pour se rendre à Kuet, sur le littoral arabique, et, de là, dans le Nedj, que le gouvernement ottoman voulait soumettre.

Le choléra était à Haïl bien avant qu'il n'éclatât à Bassorah, où il ne fut transporté que plus tard de Bagdad. De plus, le Nedj proprement dit en a été, cette année, complétement indemne, et l'on n'en a pas observé un seul cas dans la grande ville d'El Riad, sa capitale, que les troupes turques occupèrent sans coup férir. Le Nedj avait été envahi par le choléra en 1854, année où El Riad perdit un tiers de ses habitants; puis en 1862 et 1863, mais plus faiblement.

ressantes, disait en effet que « s'il est difficile d'établir un diagnostic différentiel entre les concrétions cardiaques et les embolies pulmonaires, la difficulté devient insurmontable lorsqu'il s'agit de distinguer pendant la vie les caillots migrateurs des obstructions autochthones des vaisseaux du poumon. Les lésions anatomiques, en effet, sont presque complétement identiques; la différence ne tient qu'à l'origine et au mode de formation de l'obstacle, qui, dans l'un et l'autre cas, détermine des accidents parfaitement semblables... Ces obstructions autochthones peuvent longtemps demeurer latentes et ne révéler leur présence qu'au moment où les mouvements du malade exigent une quantité plus considérable de sang oxygéné. » (Ball, *Des embolies pulmonaires*, thèse de Paris, 1862, p. 132 et 133.)

Enfin, au point de vue doctrinal, ce fait tend encore à prouver la constance de l'hémorrhagie dans tout infarctus, qu'il soit dû à une thrombose ou à une embolie, car on n'a jamais observé, que nous sachions, d'infarctus aussi volumineux, puisqu'il était constitué par les trois quarts du poumon droit.

Médecine pratique.

Lypémanie avec aphasie et amnésie temporaires, en corrélation avec la diathèse rhumatismale (1), par le docteur Raymond.

Obs. — Le nommé M..., horloger, âgé de vingt-huit ans, né et demeurant à Azille (Aude), est issu de parents rhumatisants et scrofuleux. Le père est, en outre, gastralgique; la mère a eu une incontinence d'urine jusqu'à l'âge de seize ans, et un frère de celle-ci a offert certains signes d'aliénation mentale.

M..., dans son enfance, a eu des manifestations scrofuleuses : gourmes, abcès froids à une jambe. A onze ans, une première attaque de rhumatisme se déclara. Une période de cinq ans s'écoula alors sans apparition nouvelle de douleur. Au bout de ce temps il eut, chaque année, une ou plusieurs atteintes souvent intenses de rhumatisme, au point d'être obligé quelquefois de suspendre son travail d'horlogerie et même de garder le lit durant vingt, vingt-cinq jours et des mois entiers. La diathèse était alors localisée principalement sur les reins et sur l'articulation coxo-fémorale.

Depuis deux ans, cette affection avait disparu d'une manière rapide et à peu près complète par suite d'un traitement énergique conseillé par un médecin appelé alors.

M... est laborieux, actif. Son aspect extérieur est celui des gens scrofuleux. Il a éprouvé quelques accidents dyspepsiques qui ont facilement cédé à un traitement approprié; il a un enfant qui, jusqu'à aujourd'hui, n'a présenté aucune manifestation héréditaire nettement accusée : une incontinence nocturne d'urine très-rebelle est la seule indisposition actuelle à constater.

Au mois de juillet 1872, M... éprouva une céphalée peu intense, il est vrai, mais très-tenace et très-rebelle aux principaux agents thérapeutiques mis en usage : arséniate de soude, chloral, antispasmodiques divers. A sa suite apparurent certains symptômes de mélancolie caractérisés par une tendance à la solitude, une incertitude sur l'avenir, des appréhensions de pertes d'argent, etc., idées qui, quoique éloignées sans cesse de son esprit par les efforts de ses parents, revenaient fréquemment, troublaient son sommeil, déterminant un affaiblissement progressif de ses facultés physiques, intellectuelles et morales.

Consulté par la famille à cette époque, et croyant à la nature rhumatismale de ses douleurs céphaliques, je l'envoyai passer une saison de vingt et un jours aux thermes d'Amélie. Il revint sans modification bien marquée à son état. C'est alors que survinrent les premiers symptômes de la lypémanie.

Ainsi, il ne répondait que par monosyllabes, à voix basse et longtemps après, aux questions qui lui étaient adressées, cherchant pour ainsi dire dans sa mémoire paresseuse les mots dont il devait se servir. Il serait resté très-volontiers tout un jour assis sur une chaise dans le coin le plus obscur de l'appartement, sans songer à se lever pour suffire à sa nourriture; on était même obligé de le rudoyer pour lui faire prendre des aliments, et le surveiller pour le faire aller à la garderobe. Sa figure exprimait le dégoût et l'abattement; aux questions pressantes ou toutes pleines d'intérêt autrefois pour lui qu'on lui adressait, il répondait simplement par oui ou par non, ou par des signes de tête, ou d'épaules, ou par gestes, cherchant ainsi à apporter le plus d'indifférence possible relativement aux choses extérieures. L'appétit à peu près nul, et malgré cela les digestions assez bonnes; les nuits passées dans une insomnie complète ou dans des rêves délirants : par exemple, il rêvait que la maison s'écroulait, que des voleurs pénétrant chez lui dérobaient son argent, son mobilier, etc. A de certains moments de la journée, il pleurait à chaudes larmes, tantôt sans nul motif, tantôt, le plus souvent, pour une simple contrariété. En même temps, les paroles qu'il prononçait devenaient de plus en plus rares, son intelligence néanmoins paraissant toujours assez lucide, son regard hébété.

Un traitement institué après son retour d'Amélie, et basé sur l'emploi de l'iodure de potassium, du quinquina et des préparations aloétiques et ferrugineuses combinées, joint à l'administration de une d'abord, et puis de deux douches en arrosoir sur la tête, par jour, avec des pédiluves sinapisés, n'avait amené qu'un simple arrêt momentané dans les symptômes, avec certains moments de retour et de participation aux choses extérieures, lorsque, au bout d'un mois de l'emploi de ces moyens, voyant que l'anorexie, l'anémie et les troubles cérébraux persistaient, il fut décidé que le malade irait faire une station aux eaux de Lamalou-le-Centre.

Quinze jours après, il rentrait chez lui sans grande modification encore dans son état mental. L'aphasie même était devenue complète ; il s'était produit une paralysie des muscles de la phonation et de la langue, qui ne pouvait dépasser le rebord dentaire quand on lui disait de la sortir. En outre, il avait oublié d'écrire, et lorsqu'on cherchait à le faire lire et puis à rendre compte de sa lecture, malgré sa meilleure volonté, il faisait signe qu'il n'avait pas trop compris ce qu'il avait lu.

Pour seconder l'action des eaux de Lamalou, pour amoindrir et faire disparaître, s'il était possible, son anémie générale et l'anémie probable des grands centres nerveux, j'insistai de nouveau sur les préparations de

(1) L'interprétation que donne notre confrère des faits relatés dans son intéressante observation est sujette à contestation. Peut-être trouvera-t-on qu'il a trop facilement mis de côté l'hypothèse d'une lésion cérébrale et que certains symptômes de paralysie glosso-labio-pharyngée ont été trop effacés. Quoi qu'il en soit, l'observation est intéressante et sera lue avec profit. (*Note de la rédaction.*)

Aucune mesure sanitaire sérieuse ne paraît malheureusement avoir été prise à ce moment si critique.

Vers la fin de décembre, on n'observait plus rien d'anormal à Médine; mais, dans le fort de l'épidémie, en octobre, un bataillon de troupes était parti de Médine pour la Mecque et y avait transporté le choléra; cependant il ne prit pas de grandes proportions à la Mecque, où il n'y avait que deux à trois cas par jour.

Le 19 décembre, le choléra éclatait à *Confoudah*, ville située à cinq jours de marche de la Mecque; il venait d'y être transporté par un bataillon de troupes sorties de la Mecque.

Du 30 novembre au 15 décembre on comptait, à Confoudah, 296 décès dans la garnison et 118 dans la population civile.

Cette situation désastreuse n'empêchait point le départ de 560 soldats malades épuisés, qu'on embarquait à Confoudah sur le *Saïd* pour Djeddah, afin de les rapatrier; le Saïd partait de Djeddah pour El-Wetch, le 20 décembre, avec 6 cas de choléra à bord. Pendant ce temps, les communications restaient libres entre la Mecque et Djeddah, faute, disait-on, d'un nombre suffisant de *zaptiés* pour établir un cordon sanitaire entre les deux villes.

Le choléra était toujours faible à la Mecque. Le 20 janvier, une caravane de 5000 pèlerins en part pour Médine; elle compte, à la station de Rabegh, 222 morts. On veut, en vain, l'empêcher d'entrer à Médine; devant son attitude menaçante, on cède, et le choléra reparaît à Médine.

On peut dire qu'à cette époque le choléra fut promené dans tous les points du pays par le déplacement des pèlerins, et surtout par les mouvements de troupes. De Confoudah il fut importé à *Hodeidah* par un corps de 5000 hommes; c'est à Hodeidah qu'on rassemblait le corps expéditionnaire destiné à opérer dans l'Yémen sur la ville de *Sana*. M. le docteur Vatrin les fit camper à 20 milles de la cité, et, grâce à cette sage précaution, le choléra s'éteignit peu à peu dans les troupes sans avoir gagné la ville même. Mais le 12 février arrive de Confoudah le général en chef avec 800 hommes, parmi lesquels

quinquina (vin de Labarraque), sur les ferrugineux (poudre ferro-manganique de Burin-du-Buisson), sur des frictions le long de la colonne vertébrale avec de l'eau sédative fortement camphrée; à cela je joignis un peu de café noir à la fin des repas, des promenades au grand air. Je ne tardai pas, au bout de quelques semaines, à apprécier une légère amélioration dans l'état général de M...., coïncidant avec une apparition de douleurs rhumatismales (?) peu intenses, il est vrai, sur la surface crânienne. Les diverses fonctions parurent se réveiller de leur torpeur; mais le malade avait oublié beaucoup. Ainsi, il ne se rappelait pas d'avoir été à Amélie, très vaguement d'avoir séjourné à Lamalou; il avait aussi presque oublié d'écrire; il ne pouvait pas articuler les mots d'une manière distincte, et, lorsqu'on lui disait de répéter certains mots, même en les épelant, il ne le pouvait, la langue se refusant obstinément à se délier; il ne parlait que très-lentement et à demi-voix, comme le fait un individu qui retient la respiration en parlant, par crainte de ne pas arriver d'une seule haleine à la fin d'une longue phrase. Il a donc fallu chez lui faire un nouvel apprentissage et pour l'articulation des mots et pour l'écriture. Au début, sa main très-lourde et tremblante se refusait à écrire ou à retracer des caractères d'imprimerie ou des dessins; il a commencé par calquer les titres de journaux et, peu à peu, est arrivé à une écriture de moyenne grosseur et assez lisible. Si on le priait d'écrire un mot désigné d'avance se composant de plusieurs syllabes, il lui arrivait parfois ou d'omettre une syllabe entière, ou d'être obligé de chercher dans sa mémoire, pendant quelques instants, quelles étaient les lettres à assembler pour composer le mot donné. Peu à peu, la bonne volonté et l'exercice aidant, il est parvenu à écrire très-couramment et même à se servir de l'écriture, à la façon des sourds muets, pour exprimer sa pensée lorsqu'il, par des signes, il ne pouvait arriver à se faire comprendre d'une manière nette. L'apparition du langage à haute voix a été retardée encore

L'isthme du gosier et la luette, malgré le défaut de fonctionnement des muscles de la phonation, ont leur sensibilité normale. Parfois il tousse et *hemme*, comme pour rejeter quelque chose qui embarrasserait le gosier. Il ne peut prononcer certaines syllabes dans les mots, surtout celles renfermant les lettres *r*, *l*, et il est alors obligé d'user de périphrases ou autres artifices pour éviter la prononciation de ces mots, simulant de cette manière l'exercice auquel les bègues se soumettent quelquefois pour pouvoir parler couramment.

Je l'ai soumis aux préparations de strychnine *intus* et *extra* en frictions sur la région antéro-latérale du cou; elles ont été continuées pendant un mois environ.

De l'ensemble de tout ce traitement il est résulté que, les symptômes de l'état mental allant en décroissant de jour en jour, M... a repris peu à peu son travail d'horlogerie; son esprit est redevenu aussi lucide qu'avant d'être malade et, à l'époque actuelle, c'est-à-dire neuf mois et demi environ depuis les premiers débuts de l'affection, il jouit pleinement de toutes ses facultés, et la guérison semble être assurée pour toujours.

Telle est l'observation de lypémanie, prise avec le plus de détails possibles, apparaissant chez un sujet rhumatisant, s'accompagnant de tout un long cortége de troubles nerveux, et arrivant à bonne issue après une durée relativement courte.

CORRESPONDANCE.

Le choléra à Varsovie, en juillet, août et septembre 1873.

TROISIÈME RAPPORT (1).

Monsieur le consul général,

L'apparition du choléra à Paris et au Havre mettant les médecins français à même de juger par leurs propres yeux de tout ce que l'épidémie actuelle peut présenter de particulier, je me borne donc, dans ce nouveau rapport, à compléter les observations générales que j'ai déjà eu l'honneur de vous transmettre.

La durée de l'épidémie actuelle surpasse toutes les précédentes. Le premier cas ayant eu lieu le 18/30 mai 1873, et la maladie, quoiqu'en pleine décroissance, n'ayant pas encore cessé de se montrer, cela fait quatre mois révolus qu'elle sévit chez nous (18/30 septembre 1873). Dans le commencement elle était ordinairement précédée de diarrhée prémonitoire et de certains symptômes d'indigestion, qui bientôt prenaient un caractère foudroyant et asphyxique; à présent elle se rapprocherait plutôt des fièvres entéro-mésentériques des zones torrides (Boudin, Dutreuleau). Bien que, ainsi que je l'ai déjà dit dans mes précédents rapports, le nombre général des décès soit difficile à contrôler, on peut l'évaluer pour Varsovie à près de 2000, et pour tout le pays à 12 000 ou 15 000 personnes. La mortalité la plus forte a été observée à Kielce (ville et gouvernement) et Piotrkow (ville et gouvernement). Dans plusieurs petites villes (Checiny), ainsi qu'en Galicie et en Hongrie, les habitants ont quitté leurs maisons et se sont sauvés dans les forêts voisines, s'adonnant à l'ivresse et au désespoir; dans quelques villages plus éprouvés que les autres, les trois quarts des habitants sont morts (Mniow), et, les cabanes fermées, les patrouilles fonctionnaient comme cordons sanitaires.

D'après les relevés officiels, la mortalité a été beaucoup plus grande (52 pour 100) chez les israélites et dans les campagnes que chez les chrétiens et dans les grandes villes (42 pour 100). Cette différence s'explique facilement par la difficulté des premiers secours, mais aussi par les préjugés religieux, par la superstition et par les infractions à l'hygiène par le prolétariat de notre pays. A son début, la maladie s'attaquait principalement aux adultes; plus tard, elle emportait surtout les femmes enceintes et en couches, de même que les enfants en bas âge. Parmi la population flottante des hôpitaux, le plus fort contingent a été fourni par les nourrices des enfants assistés de l'hospice de l'Enfant-Jésus, à Varsovie (docteur Kobylanski). Par contre, et ainsi que nous l'avons déjà relaté, les prisons, les aliénés, les gâteux, les infirmes, etc., les vidangeurs, les tanneurs, les corroyeurs, etc., de même que les ouvriers fondeurs des hauts fourneaux de Panki, quoique enclavés au milieu de foyers cholériques, ont été presque entièrement épargnés. Il en est de même pour le gouvernement de Suwalki, qui, comme je l'ai déjà dit, jouit jusqu'à présent d'une immunité presque complète.

Mesures sanitaires. — Les premiers cas de choléra ayant été constatés à bord des canots venus de la Galicie autrichienne, le comité cholérique (présidé à Varsovie par le grand-maître de police, le général Wlasow, et pour la partie médicale par M. le docteur Suck, inspecteur du service de salubrité) a institué une quarantaine fort sévère à l'égard des canotiers et des débardeurs. Cependant le choléra ayant presque en même temps

(1) Voyez le numéro 40.

se trouvaient des cholériques; il veut entrer à Hodeidah, qui bientôt se trouve contaminée.

Cependant, chose remarquable, Djeddah, quoique en communication constante avec tous ces points, jouissait d'une immunité complète qu'elle a gardée jusqu'à la fin du pèlerinage.

110 000 pèlerins se trouvaient cette année réunis à la Mecque (20 février). Dans l'Ouadi Müna, pendant les trois jours de fêtes, on ne constata pas, dit le rapport officiel, un seul cas de choléra; cet état de choses fut certifié par le Conseil du grand chérif, et l'on demanda que les navires à pèlerins fussent autorisés à se rendre directement à Suez, sans s'arrêter à El-Wetch. Quoique la disparition subite de ce choléra dût paraître bien étrange, on procédait, le 27 et le 28 février, à Djeddah, aux opérations d'embarquement, lorsque, le 29, arrivait en toute hâte un courrier portant la nouvelle que, depuis le 27 février, plusieurs attaques de choléra suivies de mort avaient été constatées à la Mecque parmi les pèlerins mendiants. Le même courrier apportait l'ordre de délivrer *patente brute* aux navires et à ceux-ci de se rendre à El-Wetch.

Grand fut alors le désappointement des agences d'embarquement et des capitaines de navires. Quatre de ceux-ci (trois ottomans et un anglais) voulurent aller à Suez tout droit et s'y présentèrent effectivement, dans l'intention de franchir le canal; il ne fallut rien moins que la menace de les repousser à coups de canon pour les décider à se replier sur El-Wetch.

Mais le branle-bas du désordre était, en quelque sorte, donné pour cette opération si scabreuse des embarquements, et les agences de navires profitèrent de l'empressement que les pèlerins effrayés mettaient à s'en aller, pour les entasser à bord dans des proportions dangereuses, en dépit des règlements en vigueur.

Ce désordre se reproduisit, d'un autre côté, dans les caravanes, empressées aussi à quitter la Mecque. Pendant un certain temps, elles suivent le même trajet entre la Mecque et Médine; c'est dans cette partie commune de chemin qu'elles

éclaté dans d'autres parties de la ville et dans des localités éloignées de la Vistule, cette mesure ne s'est pas montrée aussi efficace qu'on l'avait pensé. La maladie agrandissant son rayon, la charité privée vint en aide aux mesures prises par l'autorité, distribuant du thé chaud aux pauvres, et créa des postes de secours munis de pharmacies portatives, dirigés par des médecins et contrôlés par l'autorité médicale. L'administration des hôpitaux organisa plusieurs services spéciaux dans des pavillons isolés.

La désinfection des latrines, des rues, des ruisseaux et des maisons et édifices, pratiquée dans le but de suppléer au défaut de canalisation, fut chaudement recommandée; mais (nous le disons d'après notre propre expérience) l'acide carbolique nous paraît moins utile sous ce rapport que le chlorure de chaux, la chaux vive et le sulfate de fer. Dans quelques villes (Lowicz) on a brûlé en plein vent des branches de genièvre et de sapin, imitant en cela, et sans le savoir, les habitants de Singapore, qui se servent à cet effet de bois de coco (*Gaz. hebd. de méd.*, 1873, p. 616).

Les enterrements des cholériques sont l'objet de précautions spéciales. Les morts sont isolés, et une constatation sévère des décès a lieu pour prévenir les enterrements précipités. En présence de tous ces efforts, il est fort à regretter que le clergé de tous les cultes se soit montré si peu actif; l'influence qu'il exerce sur le peuple est si grande que s'il avait voulu s'adresser au peuple plus souvent et plus sérieusement qu'il ne l'a fait, beaucoup de précautions hygiéniques ne seraient pas restées à l'état de lettre morte. Les jours maigres, les fêtes, les pardons et les autres réunions des différents cultes ont plutôt contribué au développement du fléau, de même que les fêtes juives en font craindre une recrudescence. A toutes ces circonstances il faut ajouter une baisse complète des eaux de la Vistule et les exhalaisons fétides qui en sont résultées, une température au-dessus de la moyenne et une grande cherté de la viande (typhus des bêtes à corne).

Eh bien, malgré ce concours de circonstances défavorables, nous sommes fermement persuadé que la guérison, et même l'extinction complète du choléra est possible. Qu'on l'attaque dès le début, d'après les symptômes, sans croire à ses spécifiques imaginaires, et la grande majorité des sujets pourra être sauvée.

L'instruction, le bien-être et l'aisance feront le reste.

En résumé, et pour clore ce rapport, nous ne saurions mieux faire que de rappeler les paroles d'Andral sur le choléra : « *Caractères anatomiques insuffisants, causes mystérieuses, nature hypothétique, symptômes caractéristiques, diagnostic facile, traitement douteux.* »

Agréez, etc.

Dr Lubelski.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 13 octobre 1873. — Présidence de M. Quatrefages.

Action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux. Note de M. *C. Davaine*. — Dans une précédente communication, l'auteur a établi que le virus charbonneux est détruit par une température qui varie entre 48 et 55 degrés centigrades, suivant la durée de l'application de la chaleur. Il recherche aujourd'hui quelle est l'action, sur ce virus, de plusieurs autres agents auxquels on donne en médecine le nom d'*antiseptiques*.

Le cobaye étant tué constamment par une quantité de sang charbonneux frais inférieure à un cent-millième de goutte, lorsqu'on la lui injecte sous la peau avec la seringue de Pravaz, cet animal peut servir de réactif pour déterminer l'existence du virus charbonneux, même lorsqu'il se trouve en quantité extrêmement minime. Si donc on mêle avec de l'eau un *centième*, un *millième*, un *dix-millième* de sang charbonneux, et si l'on ajoute à cette eau la substance dont on veut connaître l'action antiseptique, il suffit, après un certain temps de contact, d'injecter sous la peau d'un cobaye une seule goutte de ce liquide pour obtenir le résultat cherché. En effet, si l'animal continue de vivre, c'est que le virus a été détruit par la substance antiseptique; il mourra, au contraire, si le virus est resté intact. La mort du cobaye, après l'injection du virus charbonneux, arrive dans les limites d'un à quatre jours; ce n'est que dans des cas très-rares qu'elle dépasse cette limite, qui n'atteint jamais huit jours. Par ces considérations, les expériences faites successivement avec la même substance ont eu entre elles un intervalle d'au moins quatre jours.

Deux ou trois exemples pris au hasard montreront comment les expériences ont été constituées :

Ammoniaque au 100e, 150e, les deux animaux survivent; au 100e, 200e, 200e, 300e, les quatre animaux meurent.

Silicate de soude au 100e, 150e, survivent; au 200e, 200e, meurent.

Potasse caustique au 250e, 260e, 375e, survivent; au 500e, sur cinq un meurt et quatre survivent; au 750e, 1000e, meurent, etc., etc.

Il résulte de toutes les expériences entreprises par l'auteur qu'on peut, d'après leur puissance comme antiseptiques, ranger dans l'ordre suivant les diverses substances employées : ammoniaque, silicate de soude, vinaigre ordinaire et acide phénique; puis la potasse caustique, le chlorure d'oxyde de sodium (?), l'acide chlorhydrique, le permanganate de potasse, l'acide chromique, l'acide sulfurique, l'iode. La puissance de l'ammoniaque, du vinaigre et de l'acide phénique enfin étant représentée par 1/200, celle de l'iode le serait par 1/12000.

« Les expériences que j'ai exposées dans une communication précédente, et dans celle-ci, ajoute M. Davaine, donnent des indications utiles pour la pratique : l'action de la chaleur sur le virus montre que l'on peut impunément faire usage pour l'alimentation de viandes charbonneuses cuites. L'iode doit être considéré comme le meilleur antiseptique que l'on puisse employer dans le traitement des maladies charbonneuses, lorsque, n'étant plus localisées sous forme d'une simple pustule, elles ont pris une certaine extension. Des

---

eurent à souffrir, et plus particulièrement à la station de Kadima, près Rabegh, où l'eau est mauvaise et où l'espace est très-restreint pour le campement.

Sur ces 25 000 pèlerins, il en est mort au moins 4000 depuis le départ jusqu'au 29 mars, tant en route qu'à Médine; en huit jours, du 20 au 28 mars, on eut 1800 décès cholériques à Médine, sans compter ceux qui avaient eu lieu parmi les caravanes du Caire, de Damas et de Bagdad, campées au dehors.

Cette fuite précipitée de la Mecque éteignit presque complétement le choléra dans cette dernière ville, où, dès la fin d'avril, on n'en enregistrait plus un seul cas.

Les caravanes de Syrie et du Caire, la première surtout, perdirent encore beaucoup de monde dans le désert, mais se trouvèrent nettes de toute contagion pendant la dernière partie du trajet.

La Conférence internationale de Constantinople admet le chiffre de 21 jours de marche à travers le désert comme terme nécessaire et suffisant à l'*épuration* des caravanes. Au bout de ce temps, elles doivent être nettes de tout *contage*.

Il faut signaler aussi le fait très-curieux de l'absence complète du choléra à bord des navires chargés de pèlerins, depuis leur départ du Hedjaz jusqu'à leur destination définitive, ce qui doit laisser supposer que les hadjis se sont embarqués à Djeddah aussi bien qu'à Yambo entièrement *nets*.

De même, aucun cas de choléra ne fut constaté au lazaret d'El-Wetch parmi les 10 000 hadjis qui y ont fait une quarantaine de quinze à vingt jours, du commencement de mars au milieu de mai, ce qui prouve qu'ils y sont également arrivés parfaitement *nets*, et qu'ils ont pu se maintenir dans cet état, malgré les conditions défectueuses dans lesquelles se trouve encore ce campement d'El-Wetch.

On peut considérer la mortalité comme s'étant élevée, pendant le pèlerinage de 1872, à plus du quart de l'effectif.

On voit que, d'année en année, les conditions diverses propres au pèlerinage se modifient sensiblement; ainsi, les incidents

injections d'eau iodée au 6000e sont parfaitement tolérées par les tissus, et peut-être dans l'œdème charbonneux, qui est constamment mortel pour l'homme, et dans les tumeurs de même nature chez les animaux, ces injections donneront d'heureux résultats ; enfin, comme désinfectant des peaux, des débris et du sang des animaux charbonneux, l'acide sulfurique, dont on se sert déjà dans l'agriculture et dont le prix est modique, sera certainement le plus précieux de tous. » (*Comm.* : MM. Cl. Bernard, Bouley, Fremy.)

Phylloxera et maladies de la vigne et du chêne. — Communications de MM. *Cornu*, *Balbiani* et *Dei*.

Choléra. — M. *J. Wallace* adresse, de Londres, une note sur la cause et le traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Choléra. — M. *Déclat* demande l'ouverture de deux plis cachetés, déposés par lui et relatifs à ses recherches sur les moyens de guérir les *maladies à ferments*, et spécialement le choléra. (*Comm.* : MM. Andral, Larrey, Bouley et Bouillaud.)

Microscope. — M. *Brachet* adresse une nouvelle note sur les perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission du prix Trémont.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie une notice de MM. Roche et fils, pharmaciens à Rochefort, sur un nouveau système d'alimentation des enfants du premier âge. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire du dix-neuvième volume du Recueil des mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaire et militaire. (*Dépôt aux Archives.*)

M. le ministre de la marine et des colonies accuse réception des tubes de vaccin que l'Académie lui a adressés pour la colonie de Mayotte. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de la Loire-Inférieure. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Une lettre du préfet des Basses-Pyrénées qui signale de nouveau les services rendus par MM *Etchandy*, officier de santé à *Tardets*, durant l'épidémie variolique qui a sévi dans la commune de Sainte-Engrace, pendant l'année 1871. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Le rapport du comité central de vaccine du Nord sur la propagation de la vaccine dans ce département pendant l'année 1872. — *d*. Un extrait du rapport présenté à ce sujet par le préfet au conseil général. — *e*. La délibération prise par cette assemblée. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de remercîments de M. *Van Beneden*, pour sa nomination au titre de membre correspondant étranger. — *b*. Deux plis cachetés, l'un de M. le docteur *Pignoni*, l'autre de M. *Remy*, interne des hôpitaux. — *c*. Une notice de M. le docteur *Netter* relativement à la constatation des décès par le choléra. (*Commission du choléra*). — *d*. Une lettre de M. le docteur *Romanowski* sur la cause et la nature du choléra. (*Même commission.*) — *e*. Une note de M. *Achille Brachet*, qui propose des injections de chlorure d'aluminium dans les veines comme traitement du choléra. (*Même commission.*)

M. *Amédée Latour* dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : Bibliographie des sciences médicales, par M. *Alphonse Pauly*.

Choléra. — M. *Delpech* communique à l'Académie la statistique du choléra pendant la semaine qui vient de s'écouler :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile. Décès.	Totaux par jour.
14 oct.	8	dont 2 intérieurs,	2	0	4	6
15	4	dont 1 intérieur,	2	0	5	7
16	6		3	0	3	6
17	12		5	0	11	16
18	6	dont 1 intérieurs,	6	0	5	11
19	7		1	0	4	5
20	6		3	0	3	6
Total.	49	dont 4 intérieurs,	22	0	35	57

Comme on le voit, la différence entre cette semaine et l'autre est peu sensible : 57 décès au lieu de 56.

A domicile, les décès se sont élevés de 27 à 35 ; mais cette différence n'a aucune importance si l'on songe que ce chiffre de 35 ne représente pas en moyenne, pour toute la semaine, 2 décès par arrondissement.

Dans les hôpitaux civils, il y a eu 22 décès au lieu de 24. Un fait à noter, c'est que les cas intérieurs ont diminué de plus de moitié (4 au lieu de 9), ce qu'il faut attribuer aux mesures hygiéniques prises dans les établissements et surtout à l'isolement.

Rien dans les hôpitaux militaires, qui avaient fourni la semaine dernière 5 décès à la mortalité générale.

Rapports. — M. *Jules Lefort*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes plus originaux les uns que les autres : un sieur Mayer propose une pommade qui guérit toutes les inflammations, depuis les maux de dents jusqu'à la phthisie pulmonaire. Un autre, pharmacien de son métier, a trouvé un remède contre la rage avant son développement. Un troisième, des gâteaux vermifuges et gants en poils de chat. Un teinturier, « trop âgé pour continuer son métier », a inventé une pâte contre les cors aux pieds et un élixir contre le mal de dents. Un quatrième adresse à l'Académie un cours de pathologie de sa façon à l'usage des hommes et des animaux ; grâce à sa méthode, on guérit le plus facilement du monde la rage, les cors aux pieds, les angines et le typhus des bêtes à cornes.

J'allais oublier le sieur Paquier, qui recommande l'usage de la pommade camphrée et de l'eau sédative *magnetisées*. Les médicaments magnétisés ont, paraît-il, des propriétés merveilleuses, et peuvent avantageusement remplacer le médecin.

L'Académie n'est pas convaincue et renvoie le magnétisme et son auteur rejoindre au panier les autres inventeurs de médicaments.

Septicémie. — M. *Colin* termine aujourd'hui son intéressante communication sur la septicémie.

Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides pris sur les animaux septicémiques ?

---

de cette dernière épidémie sont loin de ressembler à ceux de l'épidémie de 1865, qui a eu son maximum d'intensité pendant les fêtes. A cette époque, il mourait à la Mecque plus de 500 personnes par jour ; à Muna, le lendemain des sacrifices, on accusait le chiffre énorme de 8000 morts. A Djeddah aussi, la maladie faisait des ravages ; de 10 décès par jour, elle s'était élevée à 100, avec le retour des pèlerins. Malgré l'énorme danger qui devait en résulter, les hadjis se sont, en 1865, embarqués comme ils ont voulu à Djeddah ; ils ont débarqué de même à Suez. Ils ont traversé l'Égypte dans cet état ; aussi quelle traînée de cadavres ils ont laissé sur tout leur passage et avec quelle rapidité ils ont semé le fléau et allumé l'incendie !

L'année dernière, on était disposé à fermer la voie maritime pour le retour des hadjis, mesure toujours grave, mais radicale, ce me semble, dans ces cas ; au dernier moment, on hésita. Il est fort heureux qu'on n'ait pas eu à se repentir de cette hésitation.

Cette mesure n'en reste pas moins la plus énergique et la plus efficace à prendre en pareille occurrence.

Il faut, à la vérité, constater que le gouvernement ottoman et celui du khédive font les efforts les plus louables dans l'exécution de leurs services sanitaires, et si je me sens disposé à faire quelques critiques, c'est moins à ceux-ci qu'au gouvernement anglais que je les adresserai. En effet, ce dernier est entré fort tard dans le courant des nouvelles idées : le sort de ses nationaux, de son armée, de ses coolies, le préoccupera toujours plus vivement que celui des natifs de ses possessions de l'Inde.

La liberté laissée aux indigènes pour leurs pratiques religieuses, pour leurs différentes habitudes de vie, pour leurs déplacements, a toujours été très-grande ; il semble que les Anglais, lassés des révoltes si fréquentes de leur grande colonie, aient craint à la longue de trop y toucher.

Dr A. Buez.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Il faut ici distinguer le sang putréfié à l'air libre du sang septicémique, car ces deux agents infectieux n'ont ni la même nature, ni les mêmes caractères physiques, ni les mêmes propriétés septiques; le sang putride présente des bactéries et des vibrions, n'agit qu'à des doses relativement énormes et ne détermine pas d'accidents septicémiques. Le sang septicémique ne contient pas ces éléments figurés, agit à des doses infinitésimales et produit la septicémie.

Quant à la virulence, elle ne se développe pas immédiatement après l'inoculation d'éléments septicémiques, il y a toujours une période d'incubation à durée variable et dont la terminaison se reconnaît aux modifications chimiques et physiques que subit le sang. M. Colin n'a pu étudier que les dernières et a constaté qu'au moment où le sang devenait virulent, on voyait apparaître sous le champ du microscope des bâtonnets en quantité variable, les uns immobiles, les autres animés de mouvements plus ou moins rapides. Ces éléments figurés, suivant M. Colin, ne seraient pas la cause, mais un des effets, un produit de la septicémie, dont la virulence peut être neutralisée par certains agents physiques ou chimiques, comme la chaleur, le froid, la putréfaction, la coagulation, les acides, etc.

En quoi consiste essentiellement la septicémie?

Sur ce point, M. Colin avoue franchement son ignorance : on a bien constaté des altérations du sang, des troubles de l'hématose et de la nutrition, mais c'est tout, et l'on ignore complétement, M. Colin comme les autres, la nature intime de la maladie.

On avait prétendu que l'altération du sang était le résultat du traumatisme au point d'inoculation, d'une lésion locale, d'où l'infection se propageait à l'organisme tout entier. Ce fait est inexact, car on peut supprimer cette lésion locale quelques minutes, quelques secondes même après l'inoculation, et les accidents septicémiques ne s'en produisent pas moins. Ces lésions peuvent sans doute donner lieu à des complications graves, mais elles ne sont que secondaires et n'influent nullement sur la marche de la septicémie.

En somme, la nature de la septicémie est aussi inconnue que celle de la fièvre typhoïde et du choléra.

Quels sont les symptômes et les lésions de cet état morbide?

C'est le point le mieux connu de la question, et ces symptômes ont été décrits par tous les expérimentateurs qui se sont occupés de septicémie.

Jamais de frissons au début; quand par hasard ils existent, ils sont peu manifestes.

Les accidents septicémiques ne se montrent qu'après une période d'incubation plus ou moins longue et quelquefois survient en même temps une élévation notable de la température.

Bientôt apparaissent dans le sang les granulations, les bâtonnets et autres éléments figurés. Les globules sanguins s'altèrent, se déforment, se décolorent et disparaissent. Ce n'est qu'à une période très-avancée de la maladie qu'on voit survenir les lésions des viscères signalées précédemment par MM. Davaine, Bouley et Béhier : des engorgements, de la congestion, inflammation de presque tous les organes. Mais ces dernières lésions sont loin d'être constantes.

En résumé, conclut M. Colin, la septicémie est une affection d'une nature spéciale inconnue qui, comme toutes les maladies contagieuses, peut être bénigne ou maligne; au point de vue nosologique, on doit la placer à côté de l'infection purulente, de la fièvre typhoïde et des affections charbonneuses.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

STATISTIQUE DU CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES. — LES HÔPITAUX SPÉCIAUX POUR LE CHOLÉRA DANS LES PAYS ÉTRANGERS ET A VIENNE EN PARTICULIER. — DIARRHÉE DITE PRÉMONITOIRE. — LES INJECTIONS VEINEUSES DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA. — ULCÈRES DE LA LANGUE.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Champouillon* déclare que l'agglomération des cholériques dans des hôpitaux spéciaux ne lui paraît pas constituer un danger pour les malades eux-mêmes : la marche de la maladie n'est pas modifiée. Mais cette agglomération est, par contre, un danger pour les individus sains et pour les habitations voisines.

M. *Desnos*, revenant sur le rôle du médecin en tant qu'agent possible de la transmission du choléra, dit qu'il n'admet pas, avec MM. Chauffard et Bergeron que le médecin puisse propager le choléra.

Il est démontré que les objets susceptibles de renfermer le germe cholérique ne sont dangereux qu'autant qu'ils restent dans un milieu confiné, tandis que si ces objets sont soumis à une aération suffisante, ils perdent leurs propriétés nocives. Le médecin, lui, est précisément dans des conditions d'aération perpétuelle et ne saurait propager la maladie.

M. *Pellarin* adresse une lettre concernant l'isolement des cholériques. Il est convaincu par ses observations antérieures, que le miasme cholérique n'étend pas sa sphère d'action très-loin des matières (déjections) qui l'engendrent. Il considère qu'on peut éteindre facilement les épidémies grâce à des précautions rigoureuses.

Choléra dans les hôpitaux civils et militaires. — M. *Er. Besnier* présente l'état de l'épidémie depuis la dernière séance. (Du 3 au 10 octobre.)

La décroissance lente, mais régulière, a persisté en ville et dans les hôpitaux.

Dans la journée du 9 octobre, il n'est entré dans les hôpitaux civils que 4 cholériques, et aucun cas intérieur ne s'est déclaré. Enfin, aucun décès ne s'y est produit.

Depuis le 4 septembre jusqu'au 9 octobre, 308 cholériques ont été traités dans les hôpitaux, 190 sont morts, 78 sont sortis, 40 restent encore en traitement.

Le choléra, de toutes les maladies épidémiques et transmissibles, est celle qui donne le plus grand nombre des cas intérieurs. La gravité de ces cas intérieurs est aussi exceptionnelle. Tandis que pour la variole de 1870 les cas intérieurs étaient dans la proportion de 3,96 pour 100 sur le nombre des varioleux traités, ou de 1 cas contre 25 varioleux venus du dehors, tandis que ces cas intérieurs étaient généralement bénins (mortalité 6 pour 100, alors que la mortalité de tous les cas réunis était de 19,92 pour 100) pour le choléra, la proportion des cas intérieurs aux cas extérieurs a été, en 1849, de 33 pour 100; en 1852-53, de 42 pour 100; en 1865, de 20 pour 100, et cette année 1873, elle a atteint déjà 63 pour 100, et la mortalité, en 1873, a atteint le chiffre énorme de 74,14 pour 100 dans les cas intérieurs.

Hôpitaux militaires. — A l'hôpital du Gros-Caillou, du 2 au 9 octobre, 8 cas dont 1 intérieur, 5 décès. Sur les 7 cas venus du dehors, 2 ont été fournis par la caserne Dupleix à Paris, et 5 sont venus de Courbevoie.

Hospice Sainte-Périne. — Un premier et unique cas s'y est produit le 1er octobre chez une pensionnaire dont M. Proust *avait soigné avec succès la diarrhée* prodromique. Cette femme succomba en quarante-huit heures. Grâce aux précautions prescrites par M. Proust, pour éviter que le premier cas ne devînt l'origine d'un foyer épidémique, aucun cas nouveau ne s'est produit depuis.

Les hôpitaux spéciaux a l'étranger. — M. *Fournier*, qui avait exprimé le désir de voir l'administration faire une enquête sur

les résultats obtenus à l'étranger au moyen des hôpitaux spéciaux pendant les épidémies cholériques, et voyant que l'administration n'avait pas répondu à ce désir, s'est adressé directement à quelques médecins allemands ou autrichiens, et communique leurs réponses.

Traübe, dans sa lettre, dit que depuis longtemps, à Berlin, des hôpitaux spéciaux sont réservés aux cholériques, mais il ne se prononce pas sur leur utilité.

Opitz, de Vienne, dans une réponse plus explicite, dit que la capitale autrichienne possède trois hôpitaux speciaux pour le choléra. Il a été chargé de la direction du plus grand de ces hôpitaux, et il déclare que l'agglomération des cholériques dans des établissements isolés, bien aérés et abondamment pourvus d'eau, n'a aucun inconvénient, surtout si l'on a soin de séparer les cas graves des cas légers.

Dans le grand hôpital général de Vienne, on ne reçoit pas les cholériques.

Opitz dit avoir observé dans la ville des foyers de choléra qui étaient en rapport avec la mauvaise qualité des eaux potables. Il a également constaté nombre de cas transmis par l'homme. Les conditions telluriques ou atmosphériques ne lui ont paru avoir, en aucune façon, influencé dans sa marche l'épidémie actuelle.

M. *Fournier* relève ces trois points qui découlent de cette correspondance : 1° des hôpitaux spéciaux pour les cholériques existent à Berlin et à Vienne; 2° l'agglomération dans un même lieu d'individus atteints de choléra n'a aucune influence sur la marche de la maladie; 3° par principe on ne reçoit pas les cholériques dans les hôpitaux qui ne leur sont pas destinés.

Relativement à ce dernier point, M. Fournier relève l'objection faite dans la dernière séance par M. Bergeron, contre les hôpitaux spéciaux, à savoir que l'on ne pourrait pas refuser d'admettre à l'Hôtel-Dieu, par exemple, un cholérique algide mourant. M. Fournier prouve que ce refus d'admission est possible, qu'il se pratique à Vienne, mais que le principe, une fois établi, peut souffrir quelques rares exceptions, et qu'enfin rien ne serait plus facile que de transporter les cholériques dans les hôpitaux établis à la périphérie de la ville. Au lieu de les voir converger de la périphérie au centre, ce qui a lieu actuellement, les malades étant apportés sur des brancards des postes de police, au bureau central, il suffirait de donner l'ordre aux commissaires de police, et par suite aux brancardiers, de diriger les malades immédiatement vers l'hôpital spécial le plus voisin.

M. *Isambert* fait remarquer qu'à Vienne les hôpitaux spéciaux sont situés hors la ville, au dehors des glacis et dans les faubourgs qui sont très-vastes. Les distances plus ou moins grandes qui séparent ces hôpitaux de la ville ne sont nullement un obstacle dans l'application du principe de l'isolement ainsi pratiqué.

M. *Bergeron* persiste à regarder comme impossible le transport d'un cholérique du centre de Paris aux fortifications. Il y a des hôpitaux périphériques à Vienne, c'est très-bien, mais sait-on ce qui résulte pour les cholériques d'un long transport sur brancard?

M. *Brouardel* répond qu'au moins pour les habitants des faubourgs l'inconvénient serait nul.

Diarrhée dite prémonitoire. — M. *Damaschino* communique un travail sur la diarrhée prémonitoire basé sur 113 observations prises, en 1866, à l'hôpital Lariboisière, et sur 12 observations recueillies, cette année, à l'Hôtel-Dieu.

M. Damaschino a apporté dans l'étude de ce symptôme, auquel on attache une si grande importance, la précision nécessaire dans un pareil sujet. Les faits sont là pour appuyer les affirmations, et ce n'est pas sur de vagues renseignements et sur des chiffres approximatifs que l'auteur établit la fréquence, la durée et le caractère de ce phénomène.

Ayant eu soin de distinguer la diarrhée dite prémonitoire de toutes les diarrhées pouvant exister antérieurement à l'attaque de choléra et tenant à des causes diverses, mauvais régime, fièvre typhoïde, phthisies, suppurations prolongées, diarrhées indépendantes du choléra lui-même, ayant de plus, et pour rendre sa statistique absolument précise, écarté les cas de diarrhée ainsi rendus douteux, M. Damaschino donne les chiffres suivants :

Sur 101 cas de l'épidémie de 1866, la diarrhée a fait *absolument* défaut 35 fois (soit 34,8 pour 100); sur 22 malades, le flux intestinal a duré de une à six heures au maximum (soit 21,8 pour 100), ce qui fait que sur 57 malades (59,6 pour 100), la diarrhée dite prémonitoire a manqué totalement, ou n'a pas dépassé six heures. Enfin, chez 9 des 44 malades restants, la diarrhée s'est montrée douze heures, au maximum, avant le choléra confirmé.

Cette année, sur 12 cas, la diarrhée a fait défaut 4 fois.

Les cas où la diarrhée a manqué ou n'a duré que quelques heures ont fourni une plus grande mortalité que les autres : 61 décès pour 100.

M. Damaschino tire de ces faits la conclusion que ce flux intestinal ne mérite en aucune façon la qualification de prémonitoire qu'on persiste à lui donner, et qu'il doit être considéré comme prodromique de l'attaque de choléra.

Ce prodrome doit être traité énergiquement et dès le début, mais contrairement aux affirmations de quelques médecins, il s'en faut qu'on puisse suspendre l'évolution de la maladie et faire avorter le choléra. Le grand nombre des cas intérieurs dans les hôpitaux où la diarrhée dite prémonitoire est immédiatement traitée avec soin le prouvent.

Injections veineuses dans le choléra. — M. *Dujardin-Beaumetz* a réuni les cas éparpillés dans la science où les injections ont été pratiquées dans le système veineux.

Employée en 1830 par Jachnichen en Russie, en 1832 par Magendie en France, par Thomas Latta en Écosse, cette méthode a été reprise à chaque épidémie avec des résultats divers. M. Beaumetz a, de son côté, expérimenté ce moyen dans trois cas à l'hôpital Beaujon, et il déclare, devant la réelle amélioration qui suivit l'injection, amélioration qui ne fut malheureusement que passagère, que c'est le traitement vraiment rationnel des périodes ultimes du choléra.

Il a rassemblé 15 observations dans lesquelles les injections ont été suivies d'un succès complet, bien qu'elles aient été faites dans des cas désespérés. Parmi elles, figure le fait bien connu de M. Lorain.

A quelle période doivent être faites les injections veineuses? Jusqu'ici c'est toujours comme dernière ressource qu'on a tenté ces injections, et alors que le malade était à l'agonie et pendant la période algide. M. Piorry a cependant opéré dans un cas à la période de réaction; le malade n'en a pas moins succombé. M. Beaumetz croit que, devant l'incertitude où nous sommes sur l'innocuité de l'introduction de liquides dans le sang, cette méthode ne doit être conservée que comme *ultima ratio*, bien qu'il soit persuadé qu'on obtiendrait des résultats excellents si l'on trouvait un liquide capable de suppléer complétement au sérum du sang.

Quel doit être le liquide de l'injection et sa quantité? Dans les cas suivis de succès, on a eu recours à des solutions salines à titres variables, excepté dans le cas de M. Lorain, où l'eau pure fut employée. Thomas Latta a donné la formule suivante : muriate de soude, 3 à 5 grammes; sous-carbonate de soude, 2gr,50; eau distillée, 3kil,838. M. Beaumetz, cherchant à se rapprocher du sérum sanguin, a employé la solution suivante : eau distillée, 1 litre; chlorure de sodium, 3gr,10; phosphate de soude, 30 centigrammes; carbonate de soude, sulfate de potasse et lactate de soude, de chaque, 1 gramme.

Les solutions albumineuses n'ont jamais été favorables.

MM. Beaumetz et Grancher ont constaté au microscope que l'eau pure détruit les globules et que les solutions salines en

altèrent seulement la forme. Le meilleur liquide d'injection serait le sérum naturel, mais sa conservation est très-difficile.

Quant à la quantité du liquide à injecter, on voit par les 15 observations suivies de succès qu'elle a varié de 200, 400, 800 grammes à 2, 4, 6, 10 et 14 kilog. dans les 24 heures en une ou plusieurs fois.

Quel est la méthode opératoire? M. Beaumetz a employé le vulgaire irrigateur dont le tube de caoutchouc est muni d'une extrémité métallique pénétrant jusqu'au bout inférieur de la canule du trocart employé dans le transfuseur Mathieu. On isole une veine du bras ou de l'avant-bras, on passe une sonde cannelée au-dessous et l'on ponctionne obliquement. Cela fait, on retire l'aiguille du trocart et l'on introduit à sa place l'extrémité métallique du tube de l'irrigateur.

Dans quelques observations, on a vu se développer une phlébite.

M. *Moutard-Martin* objecte que le nombre de guérisons est connu (15), mais que le nombre des opérations ne l'est pas, et que par conséquent on ne peut établir la valeur réelle de cette méthode.

Hodder (du Canada) a obtenu 2 guérisons en injectant du lait, 220 grammes dans un cas, 448 dans l'autre.

M. *Chauffard* ne partage pas la théorie, au nom de laquelle on pratique les injections veineuses La cyanose et l'algidité ne sont pas, selon lui, causées par la perte du sérum du sang. Ne voit-on pas des cholériques cyanosés et algides qui n'ont pas d'évacuations? Et, d'autre part, on voit des malades n'avoir ni cyanose ni refroidissement, malgré des diarrhées extrêmement abondantes.

M. *Champouillon* redoute beaucoup les phlébites qui peuvent être la conséquence de ces injections, et si l'on est obligé de faire plusieurs ponctions veineuses pour injecter des liquides à plusieurs reprises, on s'expose à un véritable danger.

M. *Colin* considère que le sang chez les cholériques a besoin d'eau, que c'est l'eau qui lui manque par suite de l'abondance des évacuations, que par conséquent les injections d'eau pure sont particulièrement indiquées.

M. *Blachez* fait remarquer que dans les observations étrangères rapportées par M. Beaumetz le succès semble avoir été assuré par l'énorme quantité du liquide injecté.

M. *Beaumetz*, répondant à M. Chauffard, persiste à croire que l'algidité et la cyanose tiennent essentiellement à la perte énorme des liquides de l'organisme, qui a lieu par les évacuations cholériques.

Il ajoute que les injections veineuses ont été faites jusqu'ici *in extremis*, que dans quelques cas elles ont fourni des succès inespérés, et qu'enfin dans les trois qui lui appartiennent il a vu l'injection produire immédiatement une amélioration qui, pour n'avoir pas été durable, n'en a pas été moins réelle et moins saisissante, puisque chez ces malades, qui étaient à l'agonie, il a vu reparaître pendant quelques heures la chaleur, le pouls, la voix et même l'appétit.

Ulcères de la langue. — M. Isambert présente deux malades atteints d'ulcères de la langue. L'un est atteint de tuberculose généralisée (larynx, poumons, testicule, rocher); l'autre n'a que de très-légers signes de tubercules pulmonaires. Tous deux portent sur la langue une ulcération dont les caractères sont identiques avec ceux qui ont été décrits.

Plusieurs membres de la Société émettent quelques doutes sur la nature tuberculeuse de l'ulcère du second malade et le considèrent comme pouvant être d'origine syphilitique.

A. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

PNEUMONIE PARASITAIRE DU CANARD : M. HAYEM. — LES FILAIRES DU SANG : M. GOUBAUX. — DE LA PÉNÉTRATION DES PARTICULES COLORÉES DANS LES CARTILAGES : M. A. HÉNOCQUE. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS D'OPTIQUE : M. E. JAVAL. — ERRATUM.

M. *Hayem*, complétant la communication de la séance précédente, donne des détails sur les parasites végétaux qu'il a observés dans le poumon de canards. Les alvéoles du poumon étaient remplis d'une masse caséeuse constituée par des tubes de mycélium entourés de fibrine et de globules blancs; la nature de ces parasites n'a pu être déterminée au point de vue botanique. Les tubes se présentaient sous trois formes différentes : les uns ayant l'aspect de tubes fins granuleux, mais non cloisonnés, d'autres avaient la forme de tubes ramifiés, se terminant en forme de massues ou de doigts de gant, les autres représentant des sortes de raquettes ou de massues articulées de façon que la partie étroite d'un article répond à la partie renflée du précédent. Dans ces raquettes, comme dans les dilatations en doigts de gant, il existait des granulations et des cellules arrondies que M. Hayem est porté à considérer comme des spores.

— M. *Goubaux* présente quelques observations à propos de la communication de M. Legros sur les filaires du sang chez le chien. M. Goubaux rappelle les recherches de Gruby et De Lafond, qu'il a suivies autrefois, et fait remarquer que les chiens présentant des filaires étaient vigoureux, n'offraient pas les caractères d'une affection grave, comme les mentes du Poitou dont a parlé M. Legros. Nous avons, dans le dernier compte rendu, fait une observation analogue.

— M. *A. Hénocque* communique des dessins et des préparations qui représentent une partie des résultats de ses recherches sur la structure des cartilages. Il veut cette fois établir le fait qui en est le point de départ, c'est-à-dire que les cartilages articulaires sont perméables à des substances colorantes sous forme de poussière, telles que le carmin, l'indigo, le cinnabre. Il a réussi à les faire pénétrer dans la substance fondamentale, dans les chondroplastes et même les cellules de cartilage. Le dépôt de la matière colorante se fait en plus grande quantité dans la partie voisine de l'os, ou voisine de la réflexion de la synoviale; on peut retrouver cette matière dans presque toute l'étendue des cartilages. A la surface articulaire, il existe une disposition spéciale qui permet cependant la pénétration de substances colorantes placées dans l'articulation et pénétrant alors de la surface articulaire vers l'os.

Les observations ont été faites sur le lapin, le cobaye, le chevreau, la caille, le pigeon. Le procédé employé consiste à injecter les os à travers la moelle : un trou est pratiqué entre les condyles du fémur au moyen d'une vrille fine, puis on introduit dans la cavité médullaire la canule d'une seringue d'Anel, ou d'une seringue à injections microscopiques. On injecte très-facilement la première seringuée; puis la résistance devient plus forte, mais si l'on pousse très-lentement on peut, en une demi-heure, injecter jusqu'à un décilitre de liquide coloré; le lapin succombe ordinairement avec 30 ou 40 grammes de liquide, pour peu qu'il s'introduise un peu d'air par la canule. Les substances colorantes injectées traversent la moelle : l'injection ressort par les veines nombreuses au voisinage des épiphyses; il se fait une infiltration considérable dans les muscles profonds de la cuisse; le plus souvent le ligament rond est injecté ainsi que la partie profonde de la cavité cotyloïde. Les particules colorées se retrouvent dans le cartilage de la tête du fémur et dans les cartilages des condyles. Dans certains cas, il est possible d'apercevoir à l'œil nu sur les cartilages ou sur des coupes fines une coloration légère bleue ou rouge, suivant qu'on a injecté du carmin ou de l'indigo,

mais en général on ne voit cette coloration que sur quelques parties du cartilage articulaire. Dans tous les cas, on retrouve la substance colorante par le microscope.

Les liquides à injections employés par M. Hénocque sont l'eau tenant en suspension du carmin pulvérisé ou de l'indigo, ou du cinnabre ; un mélange formé de 1 partie de paraffine pour 3 d'huile d'olive, mélange qui devient liquide à 38° ; puis le lait coloré par le carmin et l'indigo. L'auteur donne la préférence à ce dernier liquide comme moyen d'injection. Celle-ci doit être pratiquée plutôt sur l'animal vivant, avec un liquide chauffé à la température du corps. M. Hénocque, insistant sur l'importance des faits qu'il signale, par rapport à la structure des cartilages, présentera dans une prochaine séance des faits anatomiques qui s'ajoutent aux précédents, pour démontrer la perméabilité des cartilages et les voies qui servent au passage des diverses substances colorées ou autres qu'on retrouve dans ce tissu.

M. *Javal* présente une série d'instruments nouveaux construits sur ses indications; tels sont une lentille bicylindrique de Stokes, avec des perfectionnements que M. Crétès, opticien, a exécutés; un ophthalmoscope destiné spécialement à l'examen de l'image droite, dont le miroir est formé par une glace platinée transparente, c'est-à-dire un miroir recouvert d'une couche de platine suffisante pour produire la réflexion, mais assez mince pour laisser passer les rayons lumineux. Enfin, un nouvel instrument pour la mesure de l'astigmatisme, construit sur un principe analogue à celui de l'optomètre de M. Perrin, et qui pourra servir à constituer un optomètre universel.

M. Javal reconnaît lui-même que ces divers instruments n'ont pas une grande utilité pratique, car, d'après lui, l'optomètre binoculaire qui porte son nom est bien préférable pour la mensuration de l'astigmatisme.

Erratum. — Dans le précédent compte rendu, à propos de l'action toxique des sels de baryum, c'est une *grenouille* et non un *chien* qui est tuée par 1 centigramme de baryum. Avec 2 grammes d'acétate de baryte, un médecin a eu des accidents d'empoisonnement extrêmement graves.

A. Hénocque.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand (de Stettin).

Les bons résultats que donne l'application du froid dans le traitement de la fièvre typhoïde n'ont plus besoin de démonstration; mais l'opinion des médecins sur l'influence heureuse de cette médication ne va pas jusqu'à lui attribuer une valeur absolue, *spécifique*. C'est cependant à ce point de vue que se place M. Frantz Glénard, interne des hôpitaux de Lyon, dans l'exposé qu'il nous donne de la méthode de Brand, un des rares médecins allemands, pour le dire en passant, qui pendant la guerre se sont préoccupés du sort des soldats français prisonniers et ont mérité à ce titre un témoignage exceptionnel de reconnaissance nationale. C'est un genre de gloire qui a son prix, bien qu'il ait été dédaigné par bon nombre de nos confrères d'outre-Rhin, alors qu'il leur était si facile de le conquérir.

Pour en revenir à la méthode de Brand, voici tout d'abord en quoi elle consiste. Sa simplicité ne serait égalée que par sa constante efficacité.

Dès que la maladie est reconnue (?), le malade est porté dans un bain dont la température est de 20 degrés centigrades, où il est plongé *jusqu'au cou*. La tête est arrosée d'eau froide à 6 ou 8 degrés, affusion indispensable dans le cas où le malade présente des phénomènes cérébraux. L'affusion dure une ou deux minutes. Pendant trois ou quatre minutes, le malade est frictionné, massé dans l'eau; puis on le laisse en repos. Au bout de quelques minutes, il ressent un frisson violent; la respiration est haletante, la toux se déclare; quelquefois une selle involontaire a lieu. Le malade veut à tout prix sortir du bain; il doit y être maintenu quinze minutes au minimum. A sa sortie, il est grelottant, violacé et présente « un aspect vraiment piteux, à fendre l'âme »! On lui remet sa chemise, sans l'essuyer, et il est replacé dans son lit avec une couverture de laine *aux pieds;* le corps est recouvert d'un drap en été, d'une légère couverture de laine en hiver. Le malade prend un potage *tiède* et une gorgée de vin vieux, puis on l'abandonne à son frisson qui peut durer de vingt minutes à une heure.

Trois heures après nouveau bain, et ainsi de suite jour et nuit, jusqu'à ce que le thermomètre placé dans le rectum ne marque pas plus de 38°,5.

Après chaque bain, alimentation liquide, bouillon, lait et café, soupes de pâtes, *toujours tièdes;* tous les quarts d'heure une gorgée d'eau glacée.

Au bout de vingt-quatre heures, le malade a pris *huit* bains. Il est métamorphosé. L'adynamie a disparu, la céphalalgie est calmée, la langue est humide. S'il tousse, la poitrine est enveloppée de larges compresses froides renouvelées tous les quarts d'heure. La diarrhée, le ballonnement, sont combattus également par des compresses froides sur le ventre.

Cette amélioration est constante et ne se dément pas. « Il n'y a plus à compter les septenaires, à peser les symptômes, à supputer les chances de salut. Le malade guérira. »

Un des inconvénients de la méthode, son inconvénient le plus grave (quelle méthode n'en a pas)? c'est d'exposer le malade dès les premiers jours à un appétit vorace, insatiable, que le médecin devra se garder de satisfaire. Il faudra qu'il lutte contre les exigences de son patient, « séchant ses larmes par de bonnes paroles, punissant ses écarts », surveillant tous ses actes.

Quant aux contre-indications, elles n'existent pas. Quant aux complications, « il n'y en a pas ».

« L'eau froide, encore de l'eau froide, toujours de l'eau froide; pas un seul médicament. »

170 malades traités par Brand jusqu'en 1868 donnent 170 guérisons. 89 cas traités à Stettin en 1870-1871 fournissent 89 guérisons.

Cependant l'auteur avoue qu'il laisse 5 cas de mort en dehors de sa statistique, les malades étant arrivés du vingtième au trentième jour après le début.

Brand a relevé 1414 cas traités suivant sa méthode par *divers* médecins. La mortalité est de 4,7 pour 100. Cette faible mortalité n'est pas même acceptée par Brand, qui l'attribue, soit à ce que les malades ont été soumis trop tard (après le premier septenaire) au traitement, soit à ce que sa méthode n'a pas été rigoureusement appliquée. »

L'appréciation de la méthode se résume par cet aphorisme : *Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement et dès le début par l'eau froide, sera exempte de complications et guérira*, aphorisme que le médecin aura toujours présent à l'esprit et qui « devrait être écrit en lettres d'or à l'entrée de la salle de bain ».

Quoique M. Frantz Glénard s'en défende vivement, c'est là de l'enthousiasme, ou bien l'enthousiasme n'existe plus; et voilà bien justifié le titre du travail : *Traitement spécifique*, c'est-à-dire traitement prévenant le développement d'une maladie ou la guérissant constamment alors qu'elle est développée (Nysten).

Loin de nous l'idée de récuser, en présence d'une confiance aussi impétueuse, la valeur incontestée du traitement par l'eau froide; mais nous aimerions à voir ses effets appréciés avec plus de mesure. Le point de départ, l'hypothèse de Brand sur la nature de la fièvre typhoïde est plus que contestable. Pour lui, c'est une fermentation tout à fait analogue à celle de l'orge germé : « L'orge, c'est le sang; la levûre, le poison typhique. D'un côté, l'élévation de la température; de l'autre, la fièvre; l'alcool, c'est le produit typhique. » La fermentation

dure trois jours; la fièvre typhoïde trois semaines. En abaissant la température, vous coupez court à la fermentation; en refroidissant le malade, vous arrêtez la fermentation typhique.

» J'avais donc raison, ajoute l'auteur, en annonçant que l'exposé de cette théorie mettrait au grand jour le rôle de l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde, son essence, sa raison d'être. »

Il faut, comme on dit, prendre son bien où on le trouve. Il est fort possible, fort probable que la médication hydrothérapique employée avec cette rigueur (certains malades ont pris plus de 200 bains) peut triompher de cas fort graves, mais toutes les fièvres typhoïdes ne relèvent pas fort heureusement d'une médication aussi difficile à instituer, et surtout à faire accepter et par le malade et par la famille. Il semble, d'après notre auteur, que jusqu'ici le médecin ait été absolument désarmé en face d'une fièvre typhoïde grave. « L'eau froide est le seul remède à employer, le seul efficace. » Certes, la fièvre typhoïde, comme toute maladie, a son imprévu et ses surprises (en dehors du traitement de Brand, naturellement), mais dans la majorité des cas, le médecin expérimenté peut, vers la fin du septième jour, juger approximativement de la gravité de la maladie, et l'on se méfie un peu, malgré soi, de ces statistiques massives englobant dans un chiffre énorme des faits naturellement fort disparates. Tout traitement univoque bénéficie nécessairement des cas légers et des erreurs de diagnostic si fréquentes dans les huit premiers jours. Encore une fois, nous ne reculerions pas devant le traitement de Brand dans un cas grave, mais il nous répugnerait de le généraliser, et surtout nous désirerions, pour l'honneur de la méthode, qu'on supprimât au frontispice cette singulière théorie de la fermentation et de l'alcool typhique. (*Lyon médical*, septembre 1873.) B.

Propagation des maladies infectieuses par le lait, par le docteur Taylor.

M. Taylor avait cru remarquer, en 1858, pendant le règne d'une épidémie de fièvre typhoïde, que la maladie avait été transmise par du lait qui était resté déposé, immédiatement après la traite, dans la chambre d'un typhique. D'autres médecins ont fait la même remarque à l'égard de la scarlatine, et une laiterie fut même invitée par l'inspecteur sanitaire, M. J. Whitmore, à fermer, comme suspecte d'avoir propagé le mal dans sa clientèle. Le lait chaud serait, d'après M. Taylor, particulièrement apte, en raison des matières grasses qu'il renferme, à absorber les effluves de l'atmosphère.

La conséquence pratique à tirer de ce fait, s'il était démontré, serait évidemment, comme le dit M. le docteur Lapeyrère dans la France médicale, de procéder à l'embouteillage du lait immédiatement après la traite. Mais il est impossible de ne pas faire remarquer que bien d'autres objets solides ou liquides, susceptibles de retenir des miasmes, séjournent habituellement dans la chambre des malades : il est très-concevable qu'on en tire le précepte général de ne pas faire servir ces objets à l'usage d'autres personnes; mais il est loin d'être établi que ce précepte doive s'appliquer plus spécialement au lait, même nouvellement trait. (*British Medical Journal.*)

BIBLIOGRAPHIE.

La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique, par le professeur Léon Colin. Paris, 1873. — Chez J. B. Baillière.

Ceux qui ont observé les varioles épidémiques des années 1869, 1870 et 1871, se souviennent encore sans doute de la nature pernicieuse de ces varioles et de la résistance qu'elles opposèrent à l'action des agents médicateurs. Rhazès inventa la section des pustules et les bains, Sydenham la saignée, Boerhaave l'opium, Haller le camphre, Tissot les acides : l'événement prouva que c'était bien inventé. Et tout nous fut inutile! L'acide phénique apparut et s'évanouit aussitôt. M. Bourdon, si je ne me trompe, vint alors affirmer devant la Société médicale des hôpitaux que la médication tonique seule lui paraissait digne de quelque confiance. La maladie, en effet, se développant, malgré tous nos efforts, dans le sens de sa nature pernicieuse, il ne nous restait plus qu'à soutenir les forces de l'individu affecté. Réduits à ce rôle effacé qui équivalait presque à de l'impuissance, les médecins reportèrent toute leur attention sur la prophylaxie de la variole, depuis quelque temps trop négligée.

Le livre que M. Colin nous donne aujourd'hui reflète cette tendance, et le point de vue prophylactique devient le but hautement avoué par l'auteur et le terme de son ouvrage. Et pour que la nécessité de cette prophylaxie s'impose à nous tout d'abord avec évidence, M. Colin traite dans un premier chapitre de la progression de l'épidémie et des conditions de son développement.

M. Colin démontre péremptoirement que la vraie cause de la progression et du développement de la maladie fut la négligence ou l'abandon de la pratique des inoculations vaccinales et des revaccinations. Chez nous, en effet, l'épidémie naquit dans les départements de l'ouest et se développa surtout en Bretagne. Or, la pratique des vaccinations n'est pas encore très-répandue parmi nos Bretons. Bientôt, la maladie s'étendit et, marchant de l'ouest à l'est, elle envahit successivement toutes les parties de la France et de l'Europe, frappant surtout les populations qui avaient, en quelque sorte, délaissé la vaccine. Ce fut vraiment là une des causes essentielles de la perniciosité extrême que présenta la variole dans certaines contrées de la Germanie.

Sur ces entrefaites, la guerre fut déclarée. Les grands déplacements d'hommes non vaccinés ou n'ayant pas été revaccinés, propagèrent la maladie dans toutes les directions. Les mobiles des départements venant s'entasser à Paris, où déjà sévissaient les varioles, l'épidémie s'accrut tout à coup. Ainsi, il y eut les relations les plus étroites entre l'abandon des règles de la prophylaxie variolique et l'extension et la gravité de la maladie.

La diffusion épidémique de la variole, telle que nous la trace M. Colin, est bien digne de remarque, et nous pouvons sans peine la rapprocher du mode de diffusion qu'affecte le choléra indien. Partie de l'Asie, la variole passa en Europe avec les Sarrasins. Elle dévasta le bassin de la Méditerranée pendant plusieurs siècles et fut transportée en Amérique par les Espagnols. Plus tard, elle envahit le nord de l'Europe et le monde entier. Dans cette pérégrination elle suivit, nous dit M. Colin, les grandes voies de communication qui existaient à l'époque; elle se déplaça avec les peuples et imprégna toute la terre de ses produits spécifiques. N'est-ce pas ainsi que le choléra asiatique s'est étendu à travers les nations? Mais voici la différence : tandis que les miasmes et le virus variolique se sont acclimatés dans tous les pays, les produits spécifiques du choléra indien n'ont pu encore jusqu'ici s'implanter définitivement que dans des régions peu éloignées des lieux où il se développe spontanément.

Revenant à notre épidémie, M. Colin nous donne une série d'études statistiques se rapportant aux trois titres suivants : la variole dans l'armée de Paris pendant le siége; la répartition des cas de variole dans les différents corps de la défense; enfin la variole à l'hôpital militaire de Bicêtre. C'est dans cet hôpital que le professeur étudia les varioles qui régnèrent pendant le siége de Paris.

Bicêtre reçut, du 12 octobre 1870 au 1er avril de l'année suivante, 7578 varioleux; il en mourut 1075. Or, malgré ce nombre immense de malades réunis dans un même lieu, malgré l'insuffisance de l'installation, la maladie n'acquit point là de nouveaux caractères et une plus grande gravité, et, grâce à de sages mesures d'isolement, il fut possible de supprimer en grande partie les dangers que pouvait faire

naître cet énorme foyer d'élaboration virulente et miasmatique situé au milieu d'une population assez nombreuse. Voilà certes une preuve manifeste des bons effets de l'isolement.

La variole d'ailleurs se présenta à Bicêtre avec les caractères que nous lui trouvions dans les autres hôpitaux. M. Colin a tracé de deux des formes qu'elle affecta un tableau clinique remarquable qui n'est pas la partie la moins importante de son ouvrage.

Les varioles que nous observâmes pendant le siége de Paris furent discrètes, cohérentes, confluentes, tronquées ou incomplétement tronquées. Ces grandes formes nosologiques subirent l'influence asthénique de la constitution stationnaire et furent bénignes, graves ou malignes. Ces dernières se présentèrent à nous sous deux aspects principaux : elles furent les unes putrides et sanieuses, les autres hémorrhagiques. Enfin, la constitution saisonnière rendit nos varioles en automne bilieuses, catarrhales en hiver. De toutes ces formes diverses de la maladie deux dominèrent et éclipsèrent en quelque sorte les autres par leur perniciosité ou leur gravité, ce furent l'hémorrhagique et la catarrhale. Ce sont justement ces deux formes de la maladie que M. Colin a particulièrement étudiées.

D'abord M. Colin crut que les hémorrhagies indiquaient l'existence d'une complication scorbutique; mais il ne tarda pas à se convaincre qu'il n'en était rien, et que ce symptôme était essentiellement lié à l'affection variolique et à sa nature pernicieuse. Il démontre dans son ouvrage la vérité de ce jugement, et combien se trompent ceux qui prétendent que les pertes de sang et le purpura furent la conséquence d'un état morbide compliquant et surajouté à la variole par les circonstances extérieures.

Cependant, s'il était légitime au début du siége, alors que l'affection scorbutique n'existait pas encore, de repousser l'idée de la complication du scorbut et de la variole, il n'en pouvait plus être ainsi à la fin de la résistance de la ville quand se montrèrent les premiers cas de scorbut : la complication des deux maladies qui se trouvaient en présence devenait possible, et elle eut lieu en effet. « Or, nous dit M. Colin, à cette dernière époque, les privations alimentaires étaient arrivées à leur maximum, quelques cas de scorbut se manifestèrent dans l'armée, quelques-uns de ces scorbutiques eurent la variole et ces varioles furent bénignes. »

Les varioles et le scorbut se compliquèrent : il en résulta des varioles hémorrhagiques scorbutiques qui furent bénignes. C'est toute une révélation ! N'est-ce point à ces sortes de varioles que conviennent les acides minéraux tant vantés contre les hémorrhagies varioliques par Tissot et Quarin? Ces grands praticiens n'eurent-ils point à traiter des varioles, d'ailleurs bénignes, associées à l'état scorbutique et ne tirant leur gravité que de cette association? Ce que je puis affirmer c'est que les varioles hémorrhagiques de Tissot et Quarin n'étaient point de la nature de celles que nous observâmes en 1870, car nous n'obtînmes aucune action bienfaisante, même douteuse, de l'emploi des acides minéraux.

Ces faits, sans doute, ont frappé M. Colin, et il affirme que les varioles ne sont pas toujours de même nature. Pourquoi faut-il qu'à côté de cette affirmation s'en trouve une autre qui la renverse en quelque sorte? Que je regrette de ne pas pouvoir suivre partout où il lui plaît de nous conduire un maître que nous estimons tous hautement ! Pourquoi faut-il qu'il écrive les lignes suivantes : « Les épidémies de variole sont, en général, semblables à elles-mêmes, et ne présentent point, dans la modalité des formes et dans la gravité des cas, ces variabilités extrêmes que l'on remarque, par exemple, dans les épidémies de scarlatine.....», juste au moment où il va nous faire assister à un changement radical dans la nature et par conséquent dans la forme de la maladie?

« A la fin du mois de novembre 1870, nous dit-il, et en décembre, la variole hémorrhagique devint d'une fréquence tout exceptionnelle. Dans le seul mois de décembre, il en entra 130 cas environ. Puis la fréquence de cette forme décrut peu à peu, et à partir du 12 janvier 1871, époque où l'épidémie nous fournissait encore un grand nombre de malades et de cas rapidement mortels, il y eut à peine 5 ou 6 cas de varioles hémorrhagiques ». Et plus loin : « A partir de la fin de décembre 1870, à l'époque où les varioles hémorrhagiques devenaient plus rares, et où nous espérions une atténuation de la gravité de l'épidémie, les affections thoraciques apparurent de plus en plus communes chez nos malades, ne consistant plus seulement en inflammations du larynx et des grosses bronches, causées par l'exanthème varioleux, mais en pneumonie et en bronchites capillaires rapidement mortelles. »

Voilà donc un changement de nature pris sur le fait. Et si dans une même épidémie l'affection change si radicalement dans ses caractères essentiels, qu'étant hémorrhagique en décembre, elle cesse de l'être en janvier, pour devenir catarrhale, ne nous est-il pas permis de soupçonner que la variole ne doit certainement pas être toujours semblable à elle-même dans tous les temps, à toutes les époques, dans toutes les épidémies, comme l'a insinué autrefois M. le professeur Lorain.

Nous avons vu M. Colin démontrer que les varioles hémorrhagiques étaient hémorrhagiques par elles-mêmes; nous allons le voir saisir avec une égale sagacité la nature des varioles catarrhales. Après avoir énuméré les causes occasionnelles probables qui firent naître les affections catarrhales pulmonaires à cette époque, il ajoute : « Si la période hémorrhagique nous semble devoir être rapportée surtout à la gravité intrinsèque de la maladie, les accidents pulmonaires qui caractérisèrent ensuite l'épidémie, nous paraissent plus en rapport avec des conditions étrangères à la nature même de l'affection....», et pour accentuer son idée, il fait suivre ses remarques sur les varioles de la relation succincte de l'épidémie de rougeole et de catarrhe suffocant qui se développa en janvier, en même temps que les varioles se compliquaient à l'affection catarrhale.

Ici se termine le livre de M. Colin, dont je n'ai pu donner, malgré mon désir, qu'un faible aperçu. Et nous pouvons, toutefois, souscrire immédiatement et sans réserves aux conclusions prophylactiques qui sont les conséquences de son intéressant travail, et qui peuvent se résumer ainsi : vacciner, revacciner sans repos, enfin, isoler sérieusement les varioleux.

V. Audhoui.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Le succès des deux premières sessions de l'Association française à Bordeaux et à Lyon dont nous avons rendu compte, est une garantie pour les congrès suivants ; aussi diverses villes parmi lesquelles nous citerons Toulouse, le Havre, La Rochelle, ont-elles dès à présent adressé des invitations pour les prochaines réunions (nous ne parlons pas de l'année 1874, l'assemblée générale ayant décidé que l'Association se réunirait à Lille). La ville de Nantes, désireuse de s'assurer pour 1875 la réunion de l'Association, a fait dès à présent des *offres réelles* : le conseil municipal a voté une somme de 10 000 francs pour la tenue du congrès, si le choix de cette ville est accepté par l'assemblée générale de 1874 ; il est entendu que les frais de réception seront en dehors de cette somme. D'autre part, le conseil général a émis un vœu favorable et s'est engagé moralement à voter les fonds nécessaires, le cas échéant.

Il importe de signaler ce fait, que c'est sur les instances de la Société académique de la Loire-Inférieure que ces décisions ont été prises ; nous rappellerons que cette Société est la première qui ait souscrit comme membre de l'Association. Disons enfin que le président était alors un de nos excellents confrères, M. le docteur Laennec, et félicitons-nous de voir combien les médecins et chirurgiens s'intéressent en général aux succès et au développement de l'Association française.

Le choléra au Havre et à Caen.

L'épidémia cholérique diminue de plus en plus au Havre; la semaine qui vient do s'écouler a fourni peu de cas nouveaux, et l'on ne compte aujourd'hui que huit malades en traitement à l'hôpital Ca chiffre insignifiant nous permat d'espérer une prompte terminaison, mais il ne nous est cependant pas possible d'annoncer la disparition complète du fléau, puisque, hiar encore, nous avons eu sous les yeux un cas funeste où la duréa totale da la maladia a été de quaranta haures.

La décroissance de l'épidémia au Havre a malhaureusement coïncidé avec une augmentation d'intensité sur un autro point du littoral de la Manche, à Caen. C'est au commencement de septembre qua les pramiers cas furent signalés dans cette ville, et vers la milieu du méme mois l'épidémie avait atteint des proportions vraiment considérables. Autour du 20 septembre, on signalait jusqu'à vingt décés par jour. La mortalité n'a atteint ce chiffre élevé que pendant quelques jours, et au commencement d'octobre l'intensité de l'épidémia avait considérablement diminué.

Le public médical a déjà eu connaissance de la mort de M. le docteur Vastel, directeur do l'École de médecine, et de M. le docteur Fauconn, médecin de l'hôpital. Ces daux hommes éminents ont été frappés par l'épidémie en remplissant los devoirs de leur profession.

La maladia otteignait surtout les vieillards et les personnes dont la constitution était affaiblie par des fatignes et des excès alcooliques. Peu do malades succombaient à la périodo algide; ils arrivaient presque tous à la période de réaction. La congestion cérébrale est la complication qu'on a le plus fréquemment observée. Chez un assez grand nombre de malades l'algidité et la cyanose faisaient complétemant défaut et le pouls na descendait pas au-dessous de 100.

Plusieurs cas funestes ont été observés dans les villages qui avoisinent la ville, mais ils ont été relativement rares.

A Cherbourg quelques cas se sont montrés et l'autorité a pris immédiatement les mesures sanitaires les plus sévères. Le steamer *Notre-Dame de Fourvières,* qui arrivait du Havre, a été mis en quarantaine et prévenu qu'il ne quitterait le port que muni, par la Santé, d'una patente brute de choléra.

Il sera bien difficile aux partisans de la spontanéité du choléra et da sa non-transmissibilité da soutenir leurs doctrines en présence des faits. Le choléra régnait à Hambourg; il so déclara au Havre sans que le mode de transmission ait pu étro établi d'uno manièra précise. Une fois dans cette ville, son cercle s'étend et gagne la plupart des villes du littoral : Rouen, Caen, Fécamp, Cherbourg, etc., avac lesquelles le Havre est en relations journalières. Quoiqu'il soit à peu près impossible d'établir les moyens de transmission directe, il nous paraît néanmoins difficile, en présence des circonstances actuelles, d'expliquer l'extension de l'épidémia autrement que par l'importation. J. L.

La conférence internationale pour les soins a donner aux blessés. — La *Nouvelle Presse libre* mentionne la conférence internationale privée qui vient d'avoir lieu à Vienne (Autriche), et dont le but était des plus utiles at des plus louables. Il s'agissait da s'entendre sur les mesures à prendre en vue d'apporter les secours les plus prompts et les plus efficaces aux blessés et aux malades, en temps de guerre. A cette réunion, où figuraient des représentants de la plupart des États européens, ont pris part, parmi nos compatriotes, MM. Ricord et Demarquay...

La *Gazette hebdomadaire de médecine* de Vienne annonce qu'on a pris des résolutions d'une importance évidente. La question des perfectionnements à apporter à l'éclairage, à la ventilation, en un mot à l'aménagement des wagons de bagages devant servir au transport des blessés; celle de la forme et de la disposition des voitures da transport destinées au même usage; celle enfin de la suspension ou de la fixité des brancards y ont été traitées à fond et parfaitement élucidées. Il paraît que les propositions émises par nos éminents compatriotes et les appareils désignés, sinon perfectionnés par eux, ont obtenu plein succès. (*Journal officiel.*)

Cours de médecine pour les femmes. — On lit dans le Journal de Saint-Pétersbourg du 15 octobre: « Aujourd'hui a eu lieu l'ouverture des cours pour les femmes à l'Académie de médecine et de chirurgie, institués, comme on sait, à titre d'expérience l'automne dernier. Les informations publiées par le Messager de la médecine montrent qu'à l'ouverture des cours il y avait eu 130 aspirantes, dont 80 avaient subi les examens prescrits et avaient été admises aux cours, qui s'étaient ouverts en novembre. Pendant l'année, deux éléves ont quitté les cours pour cause de maladie, deux autres ont été rayées des listes pour n'avoir point payé leur inscription. Une élève est morte; 61 jeunes femmes ont subi avec succès les examens qui ont eu lieu au printemps dernier et ont pu passer dans la classo suivante; 3 ont dû rester dans la même classe; 11 ont remis leurs examens jusqu'après les vacances, et les résultats de ces examens ne sont pas encore publiés. »

Les hommes-chiens. — L'homme adulte at l'enfant qu'on exhibe à Paris sous ce nom peu attrayant sont simplement des individus chez lasquels les bulbes pileux da quelques parties du corps sont exceptionnellement développés et, sans être probablement plus abondants que de coutuma, produisent des poils volumineux au lieu de poils follets. Chez l'homme, il n'y a que la partie supérieure du dos qui soit attaquée; chez l'enfant, qui est développé régulièrement pour son âge, très-vif et très-gai, les poils sont assez nombreux à l'avant-bras, mais le tronc et les membres inférieurs n'en ont aucune trace. Ils sont donc, sous ce rapport, moins bien partagés que cette danseuse qui se fit voir à Londres en 1857. « Miss Pastrana », dont un musée ambulant, la muséo Hartkopf, a promené partout un modèle en cire très-exact, avait le pelage do l'orang. La tête, quoiquo franchement humaine, était d'un prognathisme qui ajoutait à cette apparence bestiale. Une autre femme, affectée d'une pareille infirmité, a été montrée en 1855 aux officiers anglais en garnison à Ava, et l'on a pu constater que des phénomènes samblables n'étaient pas rares dans l'empira des Birmans.

Un caractère à noter chez les individus qu'on montre à Paris, c'est celui de l'absanea partiella des dents. L'homme n'a que cinq dents, quatre incisives supérieures et une inférieure. Il n'a eu cette denture complète qu'à dix-sept ans. L'enfant, qui a trois ans et quatre mois, na compte encore que quatre incisives.

Légion d'honneur. — *Au grade de chevalier :* M. Graffan, ancien chirurgien militaire; — M. Lacan, chirurgien sous-aide en retraite.

État sanitaire de Paris :

Du 10 au 17 octobre 1873, on a constaté, pour *Paris,* 734 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Flèvre typhoïde, 34. — Typhus, 0. — Érysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonia, 31. — Dysenterie, 3. — Diarrhée cholériforme das jeunes enfants 14. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 55. — Angine coenneuse, 6. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 210. — Affections chroniques, 243, dont 124 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 58. — Causes accidentelles, 23.

Sommaire. — **Paris.** A propos du choléra et de sa prophylaxie. — **Travaux originaux.** Clinique médicale : Note sur un cas de thrombose très-étendu de la branche droite do l'artère pulmonaire. — Lypémanie avec aphasie et amnésie temporaires, en corrélation avec la diathèse rhumatismale. — **Correspondance.** Le choléra à Varsovie, en juillet, août et septembre 1873. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand (de Stettin). — Propagation des maladies infectieuses par le lait. — **Bibliographie.** La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique. — **Variétés.** Association française pour l'avancement des sciences. — Le choléra au Havre et à Caen. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme, par le docteur Arnaud de Fleury. 1 vol. in-8 avec planches. Paris, A. Delahaye. 6 fr.

Bourbon l'Archambault sous Louis XIV, par le docteur Périer. 1 vol. in-12. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer, par le docteur Armaingaud, précédé d'une Lettre de M. Littré, membre de l'Académie française. In-8. Paris, A. Delahaye. 50 c.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, par le docteur Charles Mauriac. In-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

Étude sur les avantages matériels de l'allaitement maternel, par le docteur Arthur Verriet-Litardière. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Des urines au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur Chr. Popesco Paschano. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale, par le docteur Gambus. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 30 octobre 1873.

DES INJECTIONS VEINEUSES DANS LE CHOLÉRA.

La pratique des injections veineuses date de loin. On trouvera dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE de 1866 (p. 738) la traduction d'un article de la MEDICAL PRESS AND CIRCULAR, où les origines de cette méthode sont curieusement étudiées. Notre collaborateur M. Hénocque a enrichi cet historique de notes intéressantes et l'a complété en suivant cette pratique jusqu'au choléra de 1832. Il résulte de ces recherches que les injections veineuses ont été tentées pour la première fois sur l'homme vers 1656, par Boyle. En 1667, Denys les répéta en France. De nombreuses expériences, quelquefois suivies de succès, furent tentées principalement en Angleterre et en Allemagne. Il s'agissait dans ces différents cas d'injections médicamenteuses, et souvent ces injections étaient composées de telle façon qu'on s'étonne en présence des accidents relativement rares dont elles étaient suivies.

Après avoir subi les oscillations successives d'une confiance exagérée et d'un discrédit immérité, les injections veineuses, encore fort en honneur au commencement de ce siècle, étaient à peu près abandonnées, lorsque survint le choléra de 1832. Les injections furent pratiquées sur une assez grande échelle, et la question entra dans une phase nouvelle. Il s'agissait moins alors d'introduire dans le sang des substances médicamenteuses que de le diluer en lui rendant la quantité de plasma soutiré par d'abondantes déjections séreuses.

D'après les recherches de M. Hénocque, l'initiative, dans la pratique des injections veineuses chez les cholériques, est due à un médecin russe, M. Jahnichen. Latta en Écosse, Magendie en France, vulgarisèrent ces injections. Quant au liquide le plus habituellement employé, c'était une espèce de sérum artificiel proposé pour la première fois par Latta. Quelques médecins l'additionnèrent de substances médicamenteuses dont ils désiraient ainsi assurer l'absorption.

Des succès assez rares, mais bien constatés, furent obtenus, et en 1832, 21 faits de guérisons authentiques avaient été rapportés. Ce résultat avait paru encourageant à Delmas, qui, dans son article du DICTIONNAIRE en 30 volumes, déclare que, l'occasion se présentant, il n'hésiterait pas à pratiquer les injections intra-veineuses. Nous renvoyons pour plus de détails à l'article de notre collaborateur.

Il y a quelques semaines, M. le docteur Dujardin-Beaumetz ramenait la question devant la Société des hôpitaux. Rappelant un cas de succès de la pratique de M. le docteur Lorrain (1866), il annonçait en même temps les résultats des essais qu'il avait tentés. Malgré ses échecs répétés, il ne juge pas que les injections doivent être abandonnées, et insiste sur les effets remarquables, bien que trop fugaces, qu'elles ont déterminés.

Il s'agit, en effet, de savoir si les insuccès presque constants signalés en France ne tiennent pas à différentes conditions qu'on pourrait modifier, et parmi lesquelles il faut d'abord mentionner : l'état d'agonie où se trouvaient les malades en expérience, les quantités relativement minimes des liquides injectés, le nombre trop limité des injections pratiquées.

D'ailleurs, il faut considérer qu'aucune méthode thérapeutique n'a donné jusqu'ici dans le choléra des résultats encourageants, et qu'en présence d'un organisme qui n'absorbe rien, il devient nécessaire d'agir directement, s'il est possible, sur la composition du liquide sanguin.

Ces considérations ont guidé M. Potain dans de nouvelles recherches qui peuvent fournir un point de repère précieux pour l'opportunité des injections veineuses dans le choléra.

On sait qu'à une certaine période de la maladie le sang des cholériques se concentre par suite de la perte du sérum. Il devient poisseux, et dans cet état traverse plus difficilement les vaisseaux capillaires ou même s'arrête dans leur cavité. C'est là une des causes de l'algidité ; ce n'est pas la seule, et

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les nos 17, 18, 34, 38, 40, 41, 42 et 43.)

L'Inde a été le berceau, le foyer des sectes religieuses les plus variées, les plus anciennes; si la conquête les a dispersées, elles n'en ont pas moins encore aujourd'hui conservé sur place même d'importants rameaux.

La ville d'Aden offre sous ce rapport de curieux spécimens; *Parsis, Banians, Brahmes, Indoux* de toutes espèces s'y coudoient dans tous les sens, ayant toute liberté d'aller, de venir et de pratiquer leur culte. Les Parsis y ont un grand temple (temple du Feu); les Banians (idolâtres) ont aussi le leur, tout rempli d'idoles monstrueuses, ils pratiquent encore chaque année cette singulière fête qui consiste à promener dans la ville les affreuses images de leurs dieux et à les jeter à la mer, à l'époque du changement de mousson, afin d'attirer des vents propices aux navigateurs; ils ont aussi conservé l'habitude de n'enterrer leurs morts que la nuit, afin de rendre les sépultures secrètes.

Que si, comme je l'ai dit plus haut, on pénètre au cœur même de l'Inde, on y trouvera encore, malgré la prohibition dont les Anglais les ont frappées, des hécatombes humaines offertes sur les bûchers.

On n'a peut-être pas assez examiné l'influence des divers rites funéraires au point de vue de l'hygiène; il faudrait étudier de plus près, soit les procédés d'embaumement des anciens Égyptiens, si bien décrits par Hérodote, soit la substitution salutaire, faite chez certains peuples, de la combustion des corps à leur inhumation.

Comme les anciens entendaient autrement que leurs descendants l'hygiène à cet égard; aussi n'étaient-ils point sujets à ces épidémies si meurtrières dont beaucoup semblent un produit exclusif non-seulement du moyen âge, mais même de notre *civilisation* moderne! Ces inhumations faites hors des

l'état des capillaires eux-mêmes, l'état du cœur, jouent un rôle important dans la production de ce phénomène.

Dans cet état, si l'on examine au microscope une gouttelette de sang de cholérique, on constate que les globules sont accumulés, pressés les uns contre les autres, en beaucoup plus grande quantité qu'à l'état normal.

M. Potain a eu l'ingénieuse idée de suivre chez les cholériques cette sorte de concentration du sang ; de voir les variations qu'elle présente chez les différents malades et aux diverses périodes de la maladie, et de rechercher quelles indications pronostiques et thérapeutiques peuvent résulter de cet examen comparatif.

Pour donner à ses expériences une exactitude suffisante, il applique au sang des cholériques le procédé de la numération des globules qui permet d'apprécier avec une très-faible chance d'erreur le nombre des globules contenus dans une quantité donnée de sang.

Nous n'avons pas à entrer ici dans la description des appareils imaginés pour cette opération délicate. On trouvera le procédé décrit avec beaucoup de soin et de clarté dans une thèse de M. Malassez, répétiteur à l'école pratique des hautes études (1873). Il nous suffira de dire, en deux mots, que le sang recueilli et mélangé avec une quantité donnée de solution glycérinée de sulfate de soude, à l'aide d'une pipette particulière imaginée par M. Potain, est introduit dans un tube capillaire d'une finesse extrême, exactement calibré, et qu'on peut examiner au microscope, comme on examine les capillaires d'une patte de grenouille. Le volume du canal est déterminé à l'avance, de telle sorte que l'on connaît mathématiquement la longueur que doit y occuper 1 millimètre cube du mélange de sang et de solution alcaline qu'on veut examiner. Le rapport de la quantité de sang à la liqueur alcaline étant d'un autre côté parfaitement connu, il est facile, en comptant le nombre des globules contenus dans une longueur donnée du tube capillaire, de savoir ce qu'en contient 1 millimètre cube du sang en expérience.

M. Malassez, auteur de cet élégant procédé, indique une formule très-simple, qui permet de faire cette opération et d'en calculer les résultats en moins d'un quart d'heure. On peut évaluer à quatre millions par millimètre cube le nombre des globules contenus dans le sang d'un homme en santé.

M. Potain a examiné, au point de vue de la numération des globules, le sang de neuf cholériques, et est arrivé ainsi à des résultats fort intéressants. Sur les neuf cholériques, six ont succombé, et chez tous le nombre des globules, rapporté à 1 millimètre cube, dépassait 4 millions. Le chiffre le plus élevé = 5 820 000; le chiffre le plus faible = 4 401 200.

Trois cholériques ont guéri et chez tous trois le chiffre des globules oscillait de 3 756 720 à 3 024 533 ; en tous cas au-dessous de 4 millions.

D'un autre côté M. Potain étudie l'influence que peut avoir sur la rapidité de la circulation capillaire l'accumulation des globules dans une quantité donnée de sang. La vitesse du courant diminue en raison du nombre des globules, de telle sorte que sous la même pression et à la même température, une quantité donnée de sang contenant huit millions de globules par millimètre cube, aura une vitesse d'écoulement représentée par 519"; tandis que du sang contenant trois millions de globules, traversera le tube en 219" seulement

Sans vouloir encore tirer de ces expériences toutes nouvelles des conclusions trop absolues, on voit cependant qu'elles peuvent être utilisées au point de vue de la médication par les injections veineuses chez les cholériques.

En ce qui concerne l'opportunité de ces injections, peut-être devra-t-on les pratiquer avant que le sang des cholériques arrive au degré de concentration globulaire qui paraît incompatible avec la vie; et une fois les premières injections pratiquées, on peut se demander s'il ne convient pas d'y revenir chaque fois que le chiffre des globules s'élève au-dessus de ce chiffre presque fatal de 4 millions, de manière à maintenir le sang au degré de dilution nécessaire.

Une considération qui pourrait appuyer cette manière de voir se tirerait des succès relatifs de la pratique anglaise. Nous voyons, en effet, que les injections sont faites ordinairement aussitôt que l'on constate la période algide, et qu'on n'attend pas, comme chez nous, que le malade entre en agonie. En second lieu, les quantités de liquide injecté sont bien autrement considérables que celles que nous employons. Enfin, les injections sont répétées avec une persévérance que nous ne connaissons pas.

Si les recherches de M. Potain pouvaient fournir à cette pratique des injections quelques indications précises dans le sens que nous avons indiqué, elles encourageraient singulièrement les tentatives encore timides des médecins dont les hésitations sont justifiées par la rareté des succès jusqu'ici obtenus.

Blachez.

---

villes, avec soin, l'enfouissement des corps, préalablement embaumés, dans des excavations pratiquées sur les flancs des montagnes, hors de portée des eaux, tel était le système suivi tout le long de la vallée du Nil; on en trouve la preuve dans ces hypogées, ces galeries souterraines dont sont criblées les sinuosités de la double chaîne arabique et lybique, dans les ruines imposantes de *Petra*, l'ancienne capitale des *Nabathéens*, surnommée la ville aux tombeaux, à cause de l'enceinte immense de tombes creusées dans la montagne, à laquelle elle était adossée, etc.

Il faut cependant rendre hommage à la vérité et reconnaître que, depuis quelque temps, les Anglais sont entrés franchement dans le courant et l'application des mesures sanitaires décrétées par la Conférence internationale de Constantinople en 1866; on doit, entre autres, au Conseil législatif de l'Inde un très-bon règlement (*Native passenger Act*) pour les navires à passagers indigènes qui font des voyages entre les possessions de la Compagnie de l'Inde orientale, les ports de la mer Rouge et du golfe Persique; ce règlement a pour but d'arrêter les abus qui se produisaient par suite de l'entassement des passagers à bord; il a également prévu toutes les conditions et arrêté les mesures à prendre, en se basant toujours sur ce principe que le navire ne pourra contenir plus de *deux personnes* (y compris capitaine, équipage et passagers) par *trois tonneaux* de jaugeage (1).

Trois conseils de santé, ou *Commissions sanitaires permanentes*, ont été institués à Calcutta, Madras et Bombay.

Néanmoins, il est regrettable qu'on n'exige point des pèlerins indiens la justification d'un certain état de ressources avant de les laisser s'embarquer.

Le règlement fait pour les pèlerins des possessions hollandaises est bien plus complet, car chacun d'eux doit être muni d'un passeport qu'il ne peut obtenir qu'après avoir justifié des

(1) Le règlement turc a toléré pour la navigation dans la mer Rouge, d'une côte à l'autre, un passager par tonne, parce que c'est une courte navigation.

— La discussion sur le choléra s'est ranimée mardi dernier par un remarquable discours de M. Chauffard. Elle est en même temps entrée dans une voie nouvelle, où nous ne manquerons pas de la suivre.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Chirurgie.

De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goîtres suffocants, cystiques ou parenchymateux (opération suivie de succès), par le professeur Michel, de Nancy.

Si j'en juge par l'abandon absolu dans lequel se trouve chez nous, depuis plus de vingt ans, l'extirpation complète de la glande thyroïde, il est évident que les chirurgiens français sont restés sous l'impression fâcheuse des revers obtenus par leurs prédécesseurs, dans des cas surtout où l'utilité de cette opération ne paraissait pas rigoureusement démontrée. Cependant les occasions ne manquent pas où l'indication est précise, formelle. A chaque instant nos recueils enregistrent des morts dues à des goîtres suffocants; plus nombreux sont encore ceux qui passent ignorés : on se contente de déplorer l'insuffisance de notre art.

Après une revue consciencieusement faite des observations et des écrits que la science chirurgicale possède sur cette opération, il nous a semblé que l'on s'était trop pressé d'abandonner une précieuse ressource, et, tout en étayant notre manière de voir sur l'expérience des autres, nous y ajouterons un succès complet tiré de notre pratique.

Obs. I. *Jeune fille de vingt-quatre ans. Goître datant de quinze ans, forme caverneuse. Opérée le 23 novembre 1872. Guérison en vingt-deux jours* (M. Michel). — Mademoiselle X..., de la Haute-Saône, âgée de vingt-quatre ans, vint à ma consultation le 1er mai 1872. Grande, forte, bien réglée. Elle a toujours joui d'une excellente santé; seulement, depuis plus de quinze ans elle porte une petite tumeur dans la région antérieure du cou. Jusqu'à cette époque, cette tumeur ne lui a produit aucun signe pénible, si ce n'est depuis quelques mois. Elle éprouve de la difficulté de respirer, surtout en marchant un peu vite, en montant, ou bien en portant un objet d'un certain poids. Il lui est difficile de faire un effort. Sa voix flûtée a changé de timbre ; elle est grave, légèrement voilée. La déglutition est difficile, douloureuse, produit de la dyspnée, surtout quand elle avale des substances solides.

Elle éprouve de la céphalalgie, des étourdissements, surtout si elle se baisse. Son sommeil n'est pas tranquille; elle se réveille sous l'impression d'un sentiment de suffocation. Ses autres fonctions sont bonnes ; mais elle croit s'apercevoir que les accidents sus-indiqués augmentent lentement, mais dans une proportion fort appréciable pour elle.

A l'œil, on remarque une tumeur globuleuse du volume d'une grosse orange, située sur la région médiane du cou, étendue du bord supérieur du cartilage thyroïde à la fourchette sternale.

Au toucher, elle n'offre aucune fluctuation. Elle est dure. Elle n'a contracté aucune adhérence avec les téguments. Elle s'étend plus à gauche qu'à droite, et les faisceaux du muscle sterno-mastoïdien la recouvrent en entier. Elle adhère profondément au larynx et à la partie supérieure de la trachée. Son bord inférieur plonge derrière le sternum. On peut soulever cette tumeur et l'amener au niveau de la fourchette de cet os; cette manœuvre diminue la dyspnée et la difficulté de respirer.

A l'auscultation, elle n'offre aucun bruit de souffle, mais la respiration est dure à la hauteur du larynx.

Le doigt, placé à gauche, au niveau du cartilage thyroïde, perçoit un battement artériel très-fort dû au développement de la thyroïdienne supérieure de ce côté. Il n'y a rien de semblable à droite. Les deux carotides, et surtout la gauche, repoussées en dehors, battent aux limites latérales de la tumeur.

Il est évident, d'après l'ensemble de ces signes, qu'on doit avoir affaire à un goître parenchymateux occupant l'ensemble de la thyroïde, toutefois plus développé au centre et dans le lobe gauche. Rien ne pouvait faire pressentir l'existence d'un kyste hématique central, comme l'a révélé plus tard l'anatomie pathologique de la grosseur.

Nous prescrivons à cette jeune fille un traitement ioduré externe et interne. Il fut suivi pendant plusieurs mois, alternant de temps à autre avec l'arséniate de soude à l'intérieur, poussé à la dose de 15 milligrammes par jour ; nous prescrivîmes en même temps les bains de vapeur, plus tard enfin les applications froides autour du cou.

Cette jeune fille revenait à notre visite de temps en temps. Chaque fois, loin de nous annoncer une amélioration, elle insistait sur la persistance des symptômes sus-indiqués et sur leur augmentation progressive, à tel point que la déglutition des solides était devenue complétement impossible.

Fatiguée de son mal et de l'inefficacité du traitement, elle demanda résolûment l'extirpation de son goître, à laquelle je consentis pour le 23 novembre 1872, après six mois au moins de tentatives médicales infructueuses. La malade n'ignorait point les dangers auxquels elle s'exposait, et de mon côté j'avais pu voir l'insuffisance de l'emploi de la cautérisation d'après la méthode de Bonnet dans une circonstance analogue.

Mes amis et confrères les docteurs Jeanney et Perrin, de Saulx, le docteur Doillon et M. Diron, vétérinaire à Conflans (Haute-Saône), voulurent bien me prêter leur concours.

La malade étant chloroformisée, et après avoir reposé la face postérieure de son cou sur un coussin solide, pour tendre modérément sa face antérieure, une première incision est conduite sur la ligne médiane de l'os hyoïde, à la fourchette du sternum. A chaque extrémité de cette première ligne, une incision perpendiculaire de quelques centimètres de longueur. On peut aussi disséquer deux lambeaux latéraux comprenant au besoin le chef interne du muscle sterno-mastoïdien. Dans cette première dissection, qui mettait à nu les muscles sous-hyoïdiens, on coupe entre deux ligatures préalables la veine jugulaire antérieure, assez développée, et quelques petites artérioles insignifiantes.

Dans un deuxième temps, les muscles sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien gauches et droits sont séparés par une incision médiane et détachés en partie de leurs insertions supérieures pour en permettre l'écartement; le sterno-thyroïdien est réduit en une lamelle tellement mince sur la tumeur, que je me décide à le sacrifier, ménageant ainsi pour la face antérieure une prise pour les instruments à l'abri d'hémorrhagie. La tumeur thyroïdienne se trouve isolée en bas et en avant; on voit des

---

moyens nécessaires pour couvrir les frais de voyage (aller et retour).

Si un pareil règlement était appliqué aux Indes anglaises, nous ne verrions plus au Hedjaz cette foule d'Indiens pauvres, sales, dénués de tout et qui augmentent singulièrement la corporation des mendiants; ces hadjis, les plus misérables de tous, ne s'en vont que fort tard, par les voiliers, à l'époque de la mousson de juin, et grâce encore à la charité des gens du pays, qui leur ont constitué, à Djeddah, une sorte de caisse de secours pour subvenir aux frais du rapatriement.

J'ai déjà dit qu'au point de vue sanitaire ces Indiens étaient aussi dangereux que les Takrouris. Ce sont eux qui, en 1865, ont importé le choléra dans la péninsule Arabique par la côte de l'Hadramouth. Les navires *Mœris* et *Ruby*, partis de Singapoore avec un chargement d'Indiens, seraient les premiers suspectés d'avoir contaminé le port de *Mokalla*, car dans leur trajet ils avaient déjà perdu un certain nombre de passagers atteints du choléra. Le *Persia* et le *North-Wind*, venant, après coup, relâcher à Mokalla, furent alors seulement, paraît-il, infectés, s'il est vrai toutefois que depuis leur départ de Singapoore ils n'aient eu aucun cas de choléra à bord.

Voici le récit que fit, à ce sujet, un nommé Ahmet Bascurail parent du propriétaire du *Persia*, au docteur Hassan-Effendi-Alfi, qui visitait le navire un an après ces événements, c'est-à-dire en 1866 : « Étant retourné, l'an dernier, de Kadramat à Mokalla, dit-il, j'y trouvai le navire *Persia*, et j'y pris passage avec environ 70 pèlerins venant aussi de Kadramat. Deux jours après mon arrivée à Mokalla, ou le 18 *Ramadhan* 1281 4 février 1865), je me rendis à bord du navire où j'avais retenu ma place, et j'y trouvai environ 400 pèlerins arrivés de Singapoore. Six ou sept jours après notre départ de Mokalla, lorsque nous nous trouvions par le travers de *Gebel-el-Fuir*, localité voisine d'Aden, le choléra se déclara à bord; il mourait chaque jour 4 ou 5 personnes et la maladie ne durait guère que douze ou quatorze heures. Nous eûmes, tout compte fait, environ 50 décès en deux jours. Lorsque nous arrivâmes

vaisseaux veineux ramper à sa surface, se dirigeant vers les troncs inférieurs, moyens et supérieurs.

Dans un troisième temps, je passe à la ligature de tous les vaisseaux, commençant par celle de l'artère thyroïdienne supérieure gauche, dont j'avais reconnu l'importance avant l'opération. Artères et veines sont comprises de ce côté entre deux ligatures, me réservant ultérieurement le soin de les couper. Sous l'influence de cette ligature, la tumeur diminue de volume et s'affaisse légèrement. Je laisse momentanément la thyroïdienne supérieure droite, beaucoup plus petite; il existe dans sa direction un prolongement de la tumeur, que je me réserve de disséquer plus tard. Soulevant alors avec le doigt et des pinces plates le goître de bas en haut, je coupe entre deux ligatures les troncs des veines thyroïdiennes inférieures, m'assurant en même temps de l'absence de l'artère de Neubauer. Libre de ce côté, je soulève davantage la tumeur en détruisant avec le doigt de faibles adhérences cellulaires, et je mets en évidence à droite et à gauche les troncs veineux et artériels des thyroïdiennes inférieures; le tronc veineux gauche est surtout très-considérable. Comme les autres, ces divers vaisseaux sont coupés entre deux ligatures suffisamment espacées (1 centimètre au moins).

A ce moment la tumeur, soulevée et tirée dehors, exerce une traction telle sur le larynx, qu'elle suspend la respiration. Immédiatement on la replace, et cette simple manœuvre, aidée de la traction de la langue, rétablit la fonction respiratoire.

Quelques instants après, la dissection est reprise de bas en haut. Avec le bistouri on sépare la face postérieure de la tumeur des premiers anneaux de la trachée, du cartilage cricoïde; on coupe les vaisseaux thyroïdiens supérieurs gauches entre les deux ligatures placées dès le début de l'opération. Toute la tumeur se trouve ainsi détachée, moins son prolongement supérieur droit. Tandis que je procédais à cette dissection, j'entame un point de la glande thyroïde : à l'instant écoulement de sang artériel. On se rappelle qu'à ce niveau j'avais différé la ligature des vaisseaux thyroïdiens supérieurs droits. Je me hâte d'achever cette petite dissection et de jeter une dernière ligature sur la limite supérieure. Toute hémorrhagie cesse à l'instant.

L'opération était achevée. Elle avait duré une heure environ. La malade n'avait pas perdu 150 grammes de sang. La plaie n'offrait qu'un suintement sanguinolent insignifiant. Une vingtaine de ligatures avaient été placées.

En examinant la cavité résultant de l'extirpation de ce goître, on la voyait limitée en bas par les battements du tronc innominé, et la couleur bleue plus superficielle du grand confluent veineux des jugulaires; en arrière, par la trachée artère et le larynx; latéralement, par les battements des artères carotides. Nous n'apercevions pas et n'avions point aperçu pendant l'opération de branches ou tronc nerveux importants. Tout le pansement se résuma dans quelques points de suture pour réunir les bords des incisions pratiquées aux deux extrémités de la grande incision verticale, et deux points de suture à l'extrémité supérieure de cette dernière, afin d'en diminuer l'étendue. Tous les fils à ligature furent dirigés vers son extrémité inférieure, pour aider à l'écoulement des liquides. Un carré de ouate recouvrit la solution de continuité.

La jeune fille, pansée et réveillée, fut mise dans un lit proprement installé.

Dans la soirée, elle éprouva du mal de gorge, de la douleur en avalant, une forte chaleur, de la soif, quelques vomissements dus au chloroforme. Le pouls s'éleva de 100 à 110.

Le 24, la douleur à la gorge persiste : quelques envies de vomir. Elle demande à manger; un peu de soif; peu de sommeil. Elle respire bien, seulement elle demande à avoir la tête élevée, afin d'éviter le tiraillement de la plaie. Pouls à 100, chaleur modérée, suintement roussâtre tachant les pièces du pansement. Une partie de la ouate est renouvelée. (Lait, limonade). Les règles se sont montrées dans la journée.

Le 25, état à peu près semblable (*ut supra*).

Le 26, la plaie est grisâtre, laisse suinter de la sanie séro-purulente légèrement rouge. La malade a de l'appétit. Elle a dormi. Pas de selles. — Lavement huileux, bouillon.

Le 27, la soif a complétement disparu. Quelques taches érysipélateuses autour de la plaie; ses bords sont très-rouges, surtout en bas (linge huilé et ouate pour pansement, nettoyage de la plaie avec de l'eau légèrement alcoolisée). Nuit bonne. La difficulté d'avaler diminue très-sensiblement. La malade est gaie; elle demande à manger (bouillon, œuf mollet, vin coupé d'eau). Sommeil excellent.

Le 28 et le 29, la suppuration s'établit franchement, la plaie se déterge. L'état général est excellent. La malade se lève pour faire arranger son lit.

Le huitième jour, les ligatures commencent à tomber; la chute de la dernière a lieu le quinzième jour. A cette époque, la plaie, bourgeonnant fortement, diminue déjà de profondeur et d'étendue.

Au trentième jour, la cicatrisation est complète; elle représente une ligne épaisse d'un tissu rougeâtre dense, entraînant à elle pendant l'inspiration la peau de la partie supérieure de la poitrine.

Un mois après l'opération, les règles sont revenues plus abondantes que jamais; l'embonpoint de la jeune fille augmente; sa voix reste voilée depuis l'opération.

Revue le 15 avril dernier. Elle offre un embonpoint considérable. Ses règles sont toujours très-abondantes. Sa voix a repris sa force et son timbre normal. Elle a grand appétit et mange bien. Toute difficulté de respirer et d'avaler a disparu.

Examen de la tumeur. — Du volume d'une grosse orange, pesant 800 grammes, la tumeur est ronde. Elle est surmontée en haut et des deux côtés de deux petits prolongements pyramidaux. Elle s'est développée dans l'isthme de la thyroïde et dans les lobes, plus fortement dans le lobe gauche que dans le lobe droit; sur sa surface antérieure, on voit des veines vides de la grosseur du petit doigt; à son angle supérieur gauche, la coupe d'une artère et d'une veine égalant le volume de l'artère brachiale.

En incisant la tumeur par le milieu, on tombe sur un kyste central; le contenu est du sang noirâtre liquide. L'examen microscopique n'y trouve que des globules sanguins normaux. Les parois du kyste ont plus de 1 centimètre d'épaisseur en avant; par places, les parois sont crétacées. Les capsules thyroïdiennes sont atrophiées dans certaines places; dans d'autres, elles sont normales ou subissent par places la dégénérescence colloïde.

Obs. II. *Succès* (Roux). — Un homme de trente-quatre à trente-cinq ans, fort, vigoureux et d'une bonne santé, portait à la région antérieure gauche du cou une tumeur datant de douze à quinze ans. Du volume d'une noisette à son origine, elle avait atteint dans ces derniers temps le volume d'un très-gros poing. Cette tumeur était située au niveau du corps thyroïde et s'étendait beaucoup plus à gauche qu'à droite. A droite, elle débordait la ligne médiane de quelques centimètres seulement, tandis qu'à gauche elle se prolongeait jusque sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. En haut, elle remontait peu au-dessus de l'os hyoïde; mais en bas elle descendait non-seulement jusqu'au niveau de

---

à Djeddah, le 6 *Chawal*, il y avait déjà trois jours qu'on ne constatait plus de décès à bord; de Djeddah, les pèlerins partirent tout de suite pour la Mecque. C'est dans les pèlerins de Mokalla que la maladie a débuté. Deux mois après, je reçus une lettre de mes parents de Kadramat, dans laquelle ils me racontaient que la maladie, le *vent jaune*, faisait des ravages dans mon pays. »

Cette même année, la petite ville de Yambo fut aussi ravagée par le choléra dans le mois de mai. Les pèlerins y étaient nombreux (9 à 10 000), et le 28 mai on y comptait déjà 102 décès.

Il faut dire que ces malheureux s'y trouvaient dans l'état le plus navrant, manquant de tout et comme abandonnés, à un tel point que, dans leur exaspération, ils menaçaient de mort le médecin qui voulait s'opposer à leur embarquement.

Le désordre était partout. A Djeddah, la Commission médicale autorisait le capitaine du port à laisser partir les pèlerins dans toutes les directions et l'on se contentait de délivrer patente brute aux navires.

Partout cependant le choléra faisait des ravages. On annonçait qu'à Bedr, point intermédiaire entre la Mecque et Médine, la mortalité était considérable dans les caravanes; elles avaient été surprises par le *khamsin* (vent du désert ou sud-est), qui leur avait fait beaucoup de mal. Ce *khamsin* ou *semoun* est particulièrement redouté des caravanes, et il existe des relations bien singulières de ses effets désastreux. Ainsi, dans le cours de cette même année, il frappait rudement les tribus de Bédouins de Beni-Amer (province de Taka, haute Nubie); il était suivi d'un violent orage qui tuait, sur les bords d'un grand lac, une centaine d'individus et beaucoup d'animaux, et *l'on voyait presque instantanément apparaître le choléra, qui enlevait en quelques moments 5 à 600 personnes.*

On sait quelles ont été pour l'Égypte et pour l'Europe les conséquences du choléra de 1865.

L'Égypte a tout d'abord payé un énorme tribut au fléau;

l'extrémité interne de la clavicule et du sternum, mais elle paraissait se prolonger un peu en arrière de ce dernier os.

Cette tumeur, complétement indolente et sur laquelle la peau glissait librement, offrait elle-même très-peu de mobilité. Elle paraissait adhérer très-intimement au larynx. Les vaisseaux thyroïdiens n'étaient pas sensiblement augmentés de volume. L'artère carotide, située en dehors, n'avait aucune connexion avec la tumeur.

Malgré ces conditions favorables, me rappelant combien les opérations de ce genre sont peu suivies de succès, c'est à mon corps défendant, dit Roux, et sur les instances réitérées du malade, qui préférait, disait-il, la mort à cette infirmité, que je me suis décidé à l'opérer.

L'opération a été faite en présence de M. Rigal (de Gaillac), Seutin, Gerdy et quelques autres chirurgiens. Une longue incision verticale et unique, s'étendant du niveau de l'os hyoïde à la base du sternum, suffit, avec quelques dissections de la peau de chaque côté, pour mettre la tumeur presque complétement à découvert; j'en fis alors l'énucléation avec assez de facilité, en ayant soin de faire la ligature des vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts, et en comprenant également dans une ligature tous ceux qui risquaient d'être lésés.

Je suis parvenu à extirper ainsi la totalité de cette tumeur sans que le malade perdît une grande quantité de sang et sans qu'il eût de syncope. Seulement, à un certain moment de l'opération, il éprouva une grande dyspnée et devint presque complétement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent; depuis l'opération, en effet, la voix est restée plus faible et enrouée.

La tumeur extirpée pesait 325 grammes. La grande circonférence, mesurée par le diamètre vertical, était de 27 à 28 centimètres environ. Dans le sens transversal, elle avait 22 centimètres. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive. L'inflammation et la suppuration ont été modérées, et la cicatrisation s'est opérée assez rapidement; elle a été complète au bout d'un mois. Aujourd'hui, on ne trouve plus d'autres traces de cette tumeur qu'une cicatrice verticale légèrement déprimée sur la ligne moyenne du cou. (Séance de l'Académie de médecine du 10 septembre 1850, *Gaz. méd. de Paris*, p. 680.)

Obs. III. *Succès* (M. Cabarret). — M. H..., âgé de soixante-sept ans, avait toujours joui d'une bonne santé et d'une constitution robuste, lorsque, dans les premiers jours de septembre 1849, il s'aperçut, sur la ligne médiane, à la partie antérieure du cou qui correspond au corps thyroïde, de la présence d'une petite tumeur, peu apparente d'abord et qui augmenta graduellement, au point qu'en cinq ou six semaines elle égala le volume d'un petit œuf. Nonobstant l'emploi de divers moyens, et notamment de l'éponge brûlée, la tumeur continua d'augmenter de volume au point que le sieur H..., commençant à en éprouver de la gêne dans la respiration, vint consulter M. Cabarret, qui constata ce qui suit le 23 avril 1850.

Situé sur la ligne médiane, le goître, en forme d'ellipsoïde, ressemblait parfaitement à un œuf d'autruche et s'étendait depuis le milieu du cartilage thyroïde jusqu'à la partie supérieure du sternum, sur laquelle toutefois il ne reposait que par son poids; il n'avait contracté aucune adhérence avec les téguments de cette région. En avant et en bas, la tumeur était mobile; en arrière et dans la partie profonde du cou, elle était dure, adhérente et d'une immobilité complète. La délimitation de la tumeur était difficile à établir à cause de l'engorgement du tissu cellulaire environnant; il était facile cependant de distinguer supérieurement l'os hyoïde; latéralement, les muscles sterno-mastoïdiens et les pulsations des artères carotides; inférieurement, en refoulant la tumeur, on parvenait à glisser les doigts entre elle et l'échancrure sus-sternale. Aucune douleur ne s'y faisait sentir lorsqu'elle n'était soumise à aucune pression; mais si l'on comprimait même légèrement sa surface, on faisait éprouver au malade un sentiment de suffocation. Le malade était essoufflé au moindre effort, ou même lorsqu'il marchait un peu plus vite que de coutume. Le larynx faisait masse avec la tumeur. La parole était gênée et le son de la voix anormal. La déglutition, sans être douloureuse, ne s'exécutait pas avec autant de liberté qu'à l'état naturel. Toutes les autres fonctions s'exécutaient parfaitement.

Après avoir essayé sans résultat des frictions avec la pommade d'iodure de plomb et l'administration intérieure de l'iodure de potassium, la tumeur faisant toujours des progrès, M. Cabarret, malgré sa répugnance pour une semblable opération, vaincu par les pressantes sollicitations du malade, se décida à pratiquer l'extirpation de cette tumeur.

Cette opération fut pratiquée le 28 mai 1850.

Le malade était assis. La peau étant saine et épaisse, je commençai, dit M. Cabarret, par pratiquer une incision verticale dans le sens du grand diamètre de la tumeur, depuis son sommet jusqu'à la partie supérieure du sternum.

Une seconde incision, menée par le milieu de la tumeur de droite à gauche, joignit la première de manière à la rendre cruciale. Cette première partie de l'opération, dans laquelle furent incisés les téguments, les muscles peaussier, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, fit naître des hémorrhagies fournies par quelques veinules, mais surtout par des branches artérielles qui furent soumises, les plus volumineuses à la ligature, les autres, en bien plus grand nombre, à la torsion. Alors commença une dissection pénible et laborieuse, que j'exécutai tantôt en me servant du manche du scalpel, tantôt d'une spatule, de préférence à l'instrument tranchant, et moyennant laquelle je séparai la tumeur à gauche et à droite des muscles sterno-mastoïdiens; puis, agissant avec une prudence croissante, je l'isolai des troncs, des carotides, de la veine jugulaire interne et des gros troncs nerveux, et la détachai successivement, moitié par incision, moitié par énucléation, par ses côtés et son bord inférieur, de l'échancrure sus-sternale et de la face antérieure de la trachée-artère.

Je m'arrêtais à chaque instant, car les adhérences de la tumeur, lâches sur les côtés, devenaient très-serrées sur le milieu de son insertion : d'une autre part, il fallait bien atteindre les vaisseaux nombreux qui donnaient lieu à l'écoulement du sang. Redoublant d'attention, chaque adhérence était explorée préalablement et liée ou tordue avant ou aussitôt après la section.

En procédant de bas en haut, j'étais sûr, en liant ou en tordant les vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, de ne placer qu'une seule ligature sur chacun d'eux, puisque je ne les atteignais que dans leur partie la plus inférieure, et en outre j'avais l'avantage, en jetant une ligature sur une branche considérable, d'empêcher les hémorrhagies qui auraient pu succéder à l'ouverture de ses rameaux. Revenant vers les bords de la tumeur, que je relevai en saisissant celles-ci à pleines mains, je disséquai avec ménagement sa large base, qui adhérait intimement aux cartilages thyroïde et cricoïde et aux trois premiers anneaux de la trachée-artère. Je rencontrai plusieurs artères de fort calibre, les thyroïdiennes supérieures probablement, et, pour éviter une très-dangereuse hémorrhagie, je résolus de pratiquer la ligature de ces vaisseaux avant d'achever l'extirpation. Je passai aussitôt sous les artères, et dans le point où elles s'engageaient dans la tumeur, une aiguille courbe et mousse armée d'un épais fil ciré. J'y plaçai deux ligatures, à quelques millimètres l'une de l'autre, et je divisai chaque artère entre deux liens. Je continuai à séparer

---

les hadjis, qui débarquaient librement à Suez, infectaient tout de suite la ville, puis disséminaient la maladie sur la route de Suez à Alexandrie (1), d'où elle rayonnait ensuite à travers toute l'Égypte et d'où elle gagnait bientôt l'Europe (2).

Du 19 mai au 10 juin 1865, c'est-à-dire dans l'espace de vingt-trois jours, 10 bateaux à vapeur, dont 7 égyptiens et 3 anglais, ont débarqué à Suez de 12 à 15 000 hadjis. Le nombre des pèlerins embarqués sur chaque bateau a varié entre 900 et 1200, à l'exception du *Sidney*, qui à son premier voyage, en portait 2000.

Les déclarations officielles portaient que la santé des passagers était parfaite et que les décès survenus pendant la traversée (6 à 8 par bateau) provenaient de maladies ordinaires *non contagieuses*. En conséquence, après une visite médicale, la libre pratique leur fut accordée à Suez.

Malheureusement, les déclarations faites aux autorités sanitaires d'Égypte étaient en contradiction avec les faits, attendu qu'un grand nombre de pèlerins étaient morts en route du choléra; le *Sidney*, vapeur anglais, en aurait perdu à lui seul plus de 100 sur 2000. (*Rapport de M. le docteur Bimsenstein.*)

Le 19 mai est arrivé de Djeddah à Suez le premier bateau à vapeur anglais chargé de pèlerins et ayant jeté ses morts à la mer. Le 21, quelques cas de choléra se sont déclarés à Suez, au nombre desquels était le capitaine du bateau à vapeur et sa femme. Le 23 mai, un cas a été observé par un médecin de la Compagnie du canal, à *Damanhour*, dans un convoi de pèlerins se rendant de Suez à Alexandrie. (*Rapports de M. le docteur Aubert-Roche à M. de Lesseps.*)

C'est ainsi que, vers la fin du mois de mai, 12 à 15 000 pèlerins traversèrent l'Égypte en chemin de fer et allèrent cam-

(1) En 1866, comme en 1865, les embarquements se faisaient à peu près librement à Djeddah, et l'on dut *improviser* rapidement une quarantaine aux *Sources de Moïse*.

(2) Une fois les pèlerins à terre, ils sont environnés par la foule avide d'entendre leurs interminables récits; le hadji devient une sorte de personnage sacré : c'est à qui l'approchera, touchera ou baisera ses vêtements, en sorte que le mélange de la foule avec ces étrangers se fait rapidement et surtout intimement.

la masse morbide de bas en haut; ensuite, dans le but de prévenir avec certitude toute hémorrhagie, je posai autour de la terminaison de la tumeur une troisième ligature, et j'achevai l'extirpation sans que les parties comprises dans cette ligature fournissent la plus petite quantité de sang.

Après m'être assuré, à l'aide d'un scrupuleux examen, de l'état des surfaces de la plaie, et que celle-ci ne contenait plus aucune portion morbide qui méritât l'extirpation, nous nous occupâmes de rechercher si quelque orifice artériel n'avait pas besoin d'être oblitéré. Quelques torsions reconnues indispensables ayant été effectuées, il ne subsista qu'un léger suintement sanguin à la surface de la plaie, dont on différa le pansement pendant deux heures.

Pendant l'opération, qui dura quarante-cinq minutes, M. H... perdit à peine 500 grammes de sang. L'ablation de la tumeur avait mis à nu le larynx, la trachée-artère et la face interne des muscles sterno-mastoïdiens.

Au bout d'une heure, aucune hémorrhagie ne s'étant manifestée, on procéda au pansement.

La tumeur extirpée, inégale, bosselée, pesait 250 grammes.

Quant aux suites de l'opération, elles ont été très-heureuses. Le cicatrisation a été complète le trente-huitième jour de l'opération. (Séance de l'Académie de médecine du 24 septembre 1850, *Gaz. méd. de Paris*, p. 710.)

OBS. IV. *Tentative d'extirpation; le malade a survécu* (docteur Smith). — Le 3 juin 1863, le docteur Ruffin, de Lexington (Missouri), amena au docteur Smith un mulâtre âgé de trente-quatre ans, portant au cou une tumeur qu'il supposait être un kyste du corps thyroïde. En bas, elle reposait sur la clavicule; en dehors, elle atteignait le bord du trapèze; en avant, elle recouvrait la trachée et remontait jusqu'au maxillaire inférieur. Depuis quatre ans, le malade s'était aperçu de son existence, et son développement, lent d'abord, s'était fait au contraire, depuis cinq mois, avec une grande rapidité. Le malade désirait être débarrassé de sa tumeur et des accès de suffocation qu'elle lui occasionnait.

Le 1er juillet, le docteur Smith, aidé de plusieurs confrères, fit une incision allant depuis l'articulation sterno-claviculaire jusqu'à l'angle maxillaire, coupant la peau, l'aponévrose et l'omo-hyoïdien. Une seconde incision transversale fut faite au devant de la trachée. Après avoir lié plusieurs artérioles, on vit que la tumeur se prolongeait sous les sterno-hyoïdien et thyroïdien; on les dégagea avec le manche du scalpel.

La tumeur fut isolée partout, excepté à la base, où elle adhérait par une bride large de trois doigts au lobe droit tout à fait sain du corps thyroïde; cette bride renfermait un grand nombre de vaisseaux volumineux. La thyroïdienne inférieure fut liée; mais dans ce temps de l'opération la tumeur fut légèrement entamée et donna une hémorrhagie que la glace et le perchlorure de fer ne pouvaient arrêter. On l'arrêta en saisissant avec une pince la petite plaie et en la serrant avec une ligature; la thyroïdienne supérieure, enveloppée par la tumeur, ne pouvait être atteinte sans donner la crainte d'une nouvelle hémorrhagie.

La sous-clavière donnait une autre artère de la grosseur d'une plume d'oie, pénétrant dans la face profonde de la tumeur. Lier les vaisseaux qui pénétraient ainsi dans la tumeur, couper ses communications avec le côté droit de la thyroïde, eût probablement amené une hémorrhagie mortelle. Lier les artères du lobe droit et enlever toute la glande, était extrêmement hasardeux. Ces considérations engagèrent l'opérateur à s'arrêter.

Il repoussa la tumeur le plus loin possible de la trachée et réunit la plaie par dix points de suture métallique. L'opération avait duré deux heures et demie, et quatorze artères avaient été liées. Le chloroforme avait été constamment administré, et douze onces avaient été employées sans symptômes fâcheux.

La plaie se réunit par première intention, sauf au niveau des fils à ligature. Vingt-trois jours après l'opération, la tumeur, par l'usage externe et interne des préparations iodées, était réduite à la moitié de son volume. (*Amer. Med. Times*, octobre 1863, reproduite par la *Gaz. hebd.*, 1863, p. 860.)

OBS. V. *Extirpation d'un goître volumineux. Succès* (W. Warren Green). — Le 19 août, la femme Klopf, âgée de quarante-cinq ans, Allemande intelligente, vint consulter M. Green pour une hypertrophie du lobe droit de la glande thyroïde, avec légère hypertrophie du côté gauche. La tumeur avait débuté vingt et un ans auparavant. Elle n'avait donné lieu à aucun trouble, mais depuis un an et demi son volume s'était rapidement accru; ses dimensions étaient telles, que la carotide était déplacée au delà du faisceau postérieur du sterno-mastoïdien, où l'on sentait les pulsations, et la trachée-artère était repoussée à gauche. La compression sur cet organe et l'œsophage était telle, que le moindre effort de déglutition amenait de terribles accès de dyspnée. La malade ne pouvait rester dans le décubitus dorsal; le sommeil était constamment interrompu, et la malade croyait à chaque instant mourir de suffocation. Elle se plaignait de grandes douleurs dans la tête, d'étourdissements, et ne pouvait se baisser sans perdre connaissance. Tous ces symptômes, depuis deux mois, avaient augmenté rapidement, et depuis deux semaines, chaque jour, on pouvait noter une aggravation. Elle avait récemment consulté nombre de médecins qui lui avaient dit qu'on ne pouvait rien faire pour sa guérison. A la requête de M. Green, les professeurs Ford Palmer et Storer, les docteurs Smith, Brewster et d'autres, examinèrent la malade, et tous arrivèrent à cette conclusion : que la malade n'avait plus que peu de jours à vivre et qu'il pouvait survenir une mort subite. La malade était déjà instruite de l'imminence du danger, et son unique question était de savoir s'il y avait possibilité de soulagement.

M. Green lui dit que, suivant toutes les probabilités, l'ablation de la tumeur serait trouvée impraticable, et que si elle survivait à l'opération, il y avait cent chances contre une qu'elle succombât à des affections secondaires, et l'opération ne serait tentée que si, bien prévenue de tous ces faits, elle insistait pour courir une chance aussi désespérée. La malade se décida immédiatement pour l'opération. En conséquence, l'opération fut pratiquée en présence du professeur Storer, du docteur Paddock et de plusieurs étudiants.

La malade, ayant été éthérisée, fut placée dans la position choisie ordinairement pour la ligature de la carotide, et une incision fut faite sur la tumeur, étendue depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule, et la veine jugulaire externe antérieure fut respectée. Le sterno-mastoïdien, qui s'étendait sur la tumeur comme un mince ruban, et les diverses couches aponévrotiques furent successivement divisés sur la sonde cannelée. Le tissu cellulaire fut séparé avec le bistouri et avec le doigt, le manche du scalpel étant employé plus souvent que le tranchant. En incisant sur la sonde la fine couche celluleuse qui recouvrait la tumeur, plusieurs veines furent atteintes et le sang coula abondamment; un aide avec le doigt comprima les veines, et la glande fut disséquée avec soin. Malgré les plus grandes précautions, plusieurs autres veines furent coupées. La tumeur étant complétement couverte d'un réseau veineux à parois si minces, que les pinces et les ligatures les déchiraient, et bien que

---

par près du canal *Mahmoudié*, à Alexandrie. Des Arabes d'un quartier voisin, qui s'étaient empressés de fraterniser, suivant la coutume, avec les hadjis nouvellement arrivés, furent tout d'abord atteints par le choléra. Le 2 juin apparut le premier cas parmi les habitants d'Alexandrie, qui vivaient en communication avec les pèlerins. Le 5 juin se déclarèrent deux autres cas dans les mêmes conditions. Du 5 au 11, la proportion augmenta.

Mais les médecins de l'intendance sanitaire ne voyaient dans ces premiers accidents que des cas de fièvre pernicieuse algide, de cholérine ou de choléra sporadique.

C'est le 11 juin seulement que l'autorité sanitaire fut convaincue et fit mention, sur les patentes des navires en partance, de l'apparition de l'épidémie qui allait décimer la population d'Alexandrie et y faire 4000 victimes dans l'espace de deux mois. Du 11 juin au 23 juillet, le choléra envahit successivement toute l'Égypte, terrassant en moins de trois mois plus de 60 000 habitants. (*Rapport de M. le docteur Colucci-Bey.*)

La panique, s'emparant surtout des étrangers, donna lieu à une émigration de 30 à 35 000 personnes, qui, la navigation à vapeur aidant, se portèrent d'un coup sur les principales villes commerciales de la Méditerranée, à Beyrouth, à Chypre, à Malte, Smyrne, Constantinople, Trieste, Ancône, Marseille (1), etc. (Voy. le *Rapport à la Conférence sanitaire internationale*, Constantinople, 1866.)

C'est le 28 juin, dans un temps où ni le choléra, ni rien de ce qui ressemble à ce qu'on appelle les signes précurseurs de cette maladie n'existaient à Constantinople, qu'arriva dans le

(1) Le premier navire qui apporta des cholériques à Marseille fut le *Stella*, parti d'Alexandrie le 1er juin avec 67 pèlerins de la Mecque. Huit jours après son départ, le 9 juin, il jeta à la mer 2 morts du choléra. Le 11 juin, il débarquait les 65 passagers restant, parmi lesquels le nommé *Ben-Kaddour*, qui succomba en touchant terre. (*Arch. gén. de méd.*)

« Le nombre des navires, dit M. le docteur Fauvel, arrivés à Marseille du 15 juin au 10 décembre en patente brute de choléra, a été de 390, dont 143 à vapeur et 247 à voiles. Ils étaient montés par 16 041 personnes (équipages, 10 503; passagers, 5538). Parmi les bateaux à vapeur, 12 sont arrivés à Marseille avec le choléra. »

le bistouri n'eût pas touché la surface de la tumeur, un si grand nombre de veines avaient été ouvertes, qu'en dépit de toute compression l'hémorrhagie avait été épouvantable. Les attaches celluleuses sont rapidement séparées, et en quelques secondes le pédicule était découvert. Il contenait trois larges artères, dont les pulsations, très-nettement senties, servirent à diviser à l'aide des doigts le pédicule en trois parties, qui furent entourées chacune d'une forte ligature. Le pédicule fut divisé immédiatement près du goître et la tumeur enlevée.

Pendant la dissection, la tumeur fut trouvée en un de ses points adhérente aux parois des vaisseaux, et, au moment où elle fut séparée, un jet de sang veineux indiqua la rupture d'un large vaisseau que le doigt d'un aide comprima jusqu'à l'ablation du goître. On vit alors que la jugulaire interne avait été ouverte.

On appliqua sur la veine une forte ligature formée de trois fils de soie. L'opération avait duré en tout vingt-deux minutes. Après avoir épongé avec soin la plaie, qu'on laissa quelque temps exposée à l'air, les bords furent réunis à l'aide de sutures entrecoupées. On appliqua des compresses imbibées d'eau, et la malade fut reportée dans son lit.

Les extrémités étaient froides, le pouls faible mais régulier, au-dessous de 90 pulsations par minute. La réaction fut modérée, et la malade passa une nuit plus calme qu'elle n'en avait eu depuis plusieurs semaines. Le traitement ultérieur consista en pansement à l'eau fraîche; on donnait toutes les quatre heures 20 gouttes d'une solution de perchlorure de fer, et par intervalles du bouillon, du gruau, du lait à la volonté de la malade.

Pendant plusieurs jours, il y eut une irritation considérable de l'œsophage et de la trachée, mais pas assez pour amener des troubles sérieux dans la déglutition et la respiration. Les symptômes disparurent, et la malade guérit sans accident. La dernière ligature tomba le vingt-sixième jour. Une semaine plus tard la plaie était cicatrisée, et maintenant la malade est en parfaite santé.

Le poids de la tumeur était d'une livre neuf onces, c'est-à-dire de 1 kilogramme et 6 grammes. (*The Med. Record*, décembre 1866, n° 19, v. L, reproduite par la *Gaz. hebd.*, 1867, p. 141.)

OBS. VI. *Extirpation suivie de fistule trachéale. Guérison* (thèse de M. Brière, p. 38). — Anna Joos, de Worb, trente-six ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1870, demandant à être débarrassée d'un goître qu'elle possède depuis son enfance, mais qui dans ces derniers temps lui occasionne une grande gêne dans la respiration, lorsqu'elle a bougé ou lorsqu'elle reste couchée. Elle est obligée d'être assise dans son lit pour dormir. La déglutition n'est pas rendue difficile.

A l'examen de la malade, nous trouvons deux tumeurs reliées entre elles : l'une, la grosse, du côté droit du cou, donne la sensation de fluctuation dans certains points; l'autre, plus petite, siége sur la ligne médiane et à gauche de la trachée; elle est dure et ferme. Toutes les deux se laissent un peu déplacer.

L'extirpation eut lieu le 24 juin, sans grande difficulté. La petite tumeur est adhérente à la trachée, dont elle fut séparée avec le scalpel. L'hémorrhagie fut abondante. On fit environ dix ligatures. La grosse tumeur, qui se trouve être un kyste à parois très-épaisses, contenant un liquide épais, filant, de couleur brunâtre, est en rapport avec la plus petite par un pont assez mince : cette dernière est un vrai goître parenchymateux avec un pédicule distinct.

La plaie est lavée et pansée à l'acide phénique, et sa partie supérieure réunie par quelques points de suture.

La 25 juin, la fièvre est assez forte, les douleurs nulles; mais la malade se plaint beaucoup d'accès de toux violents accompagnés de suffocation.

La 26, les accès de toux, toujours aussi forts, s'exaspèrent lors des injections dans la plaie; de plus, nous trouvons un emphysème cutané sur la partie antérieure du cou. En examinant de plus près, nous découvrons une petite fistule trachéale par où s'échappent quelques bulles d'air pendant la respiration.

La 27 et jours suivants, alternative de fièvre. Les accès de toux continuent. La suppuration est très-abondante.

Le 15 juillet, la plaie ne suppure presque plus, la cicatrisation fait des progrès rapides. La toux continuant toujours, l'examen de la poitrine révèle la présence d'une infiltration du sommet du poumon droit.

Le 1er août, la plaie est complétement fermée, et la malade quitte l'hôpital, guérie de son goître, mais toussant toujours.

L'auteur ne met pas en doute que la fistule trachéale a été produite pendant l'opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Physiologie pathologique.

DES DÉCOLLEMENTS SPONTANÉS DE LA RÉTINE (analyse d'un mémoire lu à la Société de biologie dans la séance du 27 octobre), par le docteur PONCET (de Cluny), agrégé du Val-de-Grâce.

La division classique des décollements de la rétine en décollements par *soulèvement*, par *distension*, par *attraction*, ne correspond pas à l'étude des faits; on peut retrouver les trois modes dans tous les yeux atteints de cette affection. Le point du globe oculaire où le liquide qui soulève la rétine est sécrété est pour les uns en avant de cette rétine, pour les autres en arrière. Le passage de cette humeur à travers la rétine est expliqué par une déchirure de la membrane nerveuse (Iwanoff, de Wecker, Jæger), hypothèse que l'anatomie pathologique n'a pas encore démontrée. Nous ne connaissons qu'une phase de cette maladie : celle qui correspond à la formation de plis flottants dans le champ visuel. Son début, sa terminaison, nous sont inconnus.

L'examen micrographique d'un certain nombre d'yeux énucléés et plongés aussitôt dans le liquide de Muller nous a permis de rattacher les décollements spontanés de la rétine à un seul mode comprenant quatre degrés.

Dans le premier degré, le liquide nouveau apparaît entre la lame élastique de la choroïde et la rétine. Ce décollement peut mesurer de 1/10 de millimètre vers la papille, à 1 millimètre ou 2 vers la zone ciliaire. La rétine conserve sa forme.

Dans le deuxième degré, le liquide étant toujours sécrété entre la rétine et la choroïde, et le corps vitré se ramollissant, la rétine reste adhérente au procès d'une part, à la papille de l'autre, puis prend, sous cette double influence, la forme en *convolvulus*.

Dans le troisième degré, le corps vitré diminue de volume, la rétine s'étire, se pédiculise en arrière et vient former en

---

port la frégate ottomane *Mouhleiri-Surur*, après avoir quitté Alexandrie le 21. Le capitaine et le médecin du bord ne déclarant ni décès ni malades, le bâtiment fut admis en libre pratique, d'après l'article du règlement qui l'accorde à tout navire ayant un médecin à bord et étant resté en mer cinq jours sans accidents cholériques. Le soir, on envoya de la frégate à l'hôpital de la marine impériale 12 matelots plus ou moins gravement atteints de choléra et dont 1 mourut la nuit même. On découvrit bientôt que des cas de diarrhée avaient été observés parmi l'équipage depuis Alexandrie, et que 2 matelots avaient succombé du choléra entre les Dardanelles et Constantinople. Le lendemain, 30 juin, 9 autres malades furent débarqués du même navire, parmi lesquels 2 atteints de choléra bien confirmé. (*Gazette médicale d'Orient* et *Archives de l'intendance sanitaire.*)

Tel fut le point de départ d'une affreuse épidémie qui se propagea tantôt de proche en proche, tantôt en sautant d'un point à l'autre et en se croisant entre les différents quartiers, mais toujours avec une filiation marquée dans les premiers accidents et un enchaînement de faits des plus remarquables et tel qu'on en trouve peu d'exemples dans les fastes lugubres du fléau indien.

J'ai dit que c'était à la suite des arrivages du *Persia* et du *North-Wind* à Djeddah, entre la fin de février et le commencement de mars, que le choléra se serait manifesté dans le Hedjaz.

M. le docteur Bimsenstein, délégué sanitaire du gouvernement ottoman en Égypte, annonçait, à la date du 20 février 1866, avoir appris de M. Calvert, le consul anglais de Djeddah, que le choléra avait éclaté à bord de ces deux navires provenant de Singapoore, et qui avaient relâché à Cotchin et à Mokhalla ; ils étaient arrivés à Djeddah avec 1066 passagers, la plupart Javanais, et 96 hommes d'équipage, soit 1162 personnes. Le *Persia* aurait perdu, pendant la traversée, 85 passagers et 8 matelots, le *North-Wind* 43 passagers et 7 matelots, soit 143 personnes. Les deux capitaines des navires s'accordaient à dire

avant une petite masse derrière le cristallin, le plus souvent alors cataracté.

Dans le quatrième degré, les modifications précédentes existent, mais le liquide sécrété dissocie la choroïde et sépare la *lamina fusca* d'avec la sclérotique.

L'examen des différentes membranes de l'œil à ces divers degrés de décollement nous fera comprendre la physiologie de l'affection.

Rétine. — Dès l'apparition du liquide entre la lame fibreuse de la choroïde et la couche des bâtonnets, il se produit un phénomène capital dans la physiologie du décollement : c'est une *macération de l'épithélium polygonal* qui se détache et subit la dégénérescence colloïde. On retrouve toutes les phases de cette métamorphose régressive. La couche des bâtonnets et des cones subit au début, sous cette même influence, la dégénérescence colloïde dans un grand nombre de ses éléments. Peu à peu les couches granuleuses et les cellules sympathiques sont atteintes. La rétine s'infiltre du liquide sécrété et du pigment épithélial choroïdien détaché. Celui-ci fuse même dans le corps vitré où le microscope le démontre en grande quantité, à toutes les phases de sa régression colloïde. La présence de ce corps étranger cause une véritable inflammation du corps vitré.

Dans les autres degrés du décollement, la rétine, après la résorption du liquide colloïde qui remplissait les cellules, devient fibreuse, et dans les phases ultimes la névroglie, en mailles allongées, reste seule visible. Toutefois, les cellules des couches ganglionnaires persistent longtemps ; les bâtonnets et les cônes se retrouvent atrophiés à la base des longs replis sinueux formés par le décollement. Ils garnissent souvent, au troisième degré, la surface du pédicule, et les derniers vestiges s'en retrouvent au centre, dans de petites cavités closes où ils se transforment peu à peu en vésicules colloïdes ou graisseuses.

Le nerf optique subit en général la dégénérescence granulo-graisseuse : nous l'avons rencontré, soit dissocié par des hémorrhagies, soit fibreux, mais rarement sain.

Vers la zone ciliaire, les attaches fibreuses de la rétine sont assez solides pour résister à la distension du liquide et même à la prolifération choroïdienne. Dans ces conditions, le liquide forme de vastes replis avec la portion mobile ou bien, dans le second cas, les cellules nouvelles font brèche à travers la lame élastique, mais sans décollement voisin.

Choroïde. — La choroïde subit une infiltration séreuse plutôt qu'une véritable inflammation embryonnaire. On rencontre bien çà et là quelques points chargés de globules blancs et de cellules nouvelles ; les procès ciliaires offrent bien le plus souvent une prolifération quelquefois assez active, mais on peut dire qu'en général, dans les décollements spontanés, la choroïdite parenchymateuse est rare. Les lames sont dissociées par un exsudat séreux qui passe difficilement à l'organisation en bourgeons connectifs.

Alors même que des ossifications se produisent dans les décollements (phénomène fréquent et toujours choroïdien), elles ne provoquent pas autour d'elles de végétation embryonnaire abondante.

La scène change, si l'œil est envahi par un sarcome : c'est dans la choroïde que végète surtout la tumeur : l'épaisseur en est décuplée et les procès ciliaires paraissent le point favori vers lequel le sarcome envahit le corps vitré.

Au dernier degré du décollement, la *lamina fusca* abandonne la sclérotique : même avec cette lésion grave, nos méthodes de recherches ne nous ont pas révélé d'altérations appréciables dans les parois vasculaires.

A toutes les périodes du décollement, la desquamation de l'épithélium noir polygonal est un fait constant.

Humeurs. — Le liquide sécrété paraît être de nature albumineuse et séreuse, car il se concrète par les liquides durcissants et l'alcool. Il contient du sang, de la cholestérine, des globules blancs, etc., et surtout de l'épithélium pigmentaire à toutes les phases de dégénérescence colloïde. Il est susceptible de passer à l'organisation fibreuse.

En dedans de la rétine, la présence de l'épithélium et de tous les produits de déchéance devient une cause de l'inflammation du corps vitré. Celle-ci se caractérise immédiatement suivant les lois ordinaires, par le retour de l'humeur vitrée à sa période primitive, c'est-à-dire à l'état de tissu muqueux embryonnaire : cellules à prolongements multiples, anastomosées, formant de véritables travées.

Tel est l'état du corps vitré au premier degré du décollement rétinien.

Plus tard, le tissu muqueux embryonnaire devient plus dense, les cellules diminuent de diamètre, les travées se réunissent et forment derrière le cristallin un véritable tissu fibreux, feutré, bien organisé avec des capillaires nombreux.

Dans les degrés les plus avancés du décollement, il est toujours possible de retrouver au centre de la rétine une masse fibreuse séparée du tissu de la névroglie par des replis en zigzag formés aux dépens de la limitante interne anhyste.

La sclérose complète du corps vitré accompagne en général la dégénérescence graisseuse du cristallin.

Le corps vitré subit les transformations sarcomateuses comme la choroïde, mais la cristalloïde postérieure forme longtemps une barrière infranchissable qui protège la lentille.

Physiologie. — L'évolution des décollements rétiniens nous paraît unique, car les phénomènes relatés plus haut ont été retrouvés sur des yeux atteints d'irido-choroïdite et d'anciennes blessures du corps ciliaire, ou fondus par des ophthalmies purulentes, ou porteurs de corps étrangers volumineux. Ils nous avaient été remis par M. le docteur de Wecker au moment même

---

que cette maladie était le choléra, lequel se déclara à bord après qu'on eût touché à Mokalla, où les passagers et l'équipage *avaient fait un usage immodéré d'un poisson de mauvaise qualité et d'une eau saumâtre, la seule qu'on pût se procurer dans le pays.* (*Rapport de M. Calvert*, daté de Djeddah le 10 mars 1865, communiqué par M. le docteur Goodeve.)

D'après le rapport du délégué d'Autriche au Conseil de santé d'Alexandrie (*communication de M. le docteur Sotto*), le *Persia* et le *North-Wind* auraient, au contraire, apporté le choléra à Mokalla, où il n'existait pas avant leur arrivée. D'autres navires, ayant ensuite relâché à Mokalla, en auraient été infectés et auraient disséminé les germes de la maladie sur les côtes de l'Yémen et du Hedjaz, avant même d'être arrivés à Djeddah.

Quoi qu'il en soit de ces deux versions contradictoires, il paraît certain que le choléra a été importé dans le Hedjaz par des navires provenant des Indes et chargés de pèlerins; les témoignages abondent à cet égard. Le capitaine Hadji-Emin-Eddin, du navire sous pavillon anglais *Mœris-Merchan*, a déclaré, par écrit et signé de sa main, qu'en 1865 il a amené du Bengale à Djeddah 350 pèlerins dont 29 sont morts de *diarrhée*... Le capitaine Abd-Méhémet, du navire battant pavillon anglais le *Boy-Meyr*, a également déclaré que le choléra existait au Bengale lorsqu'il quitta ce pays pour se rendre à Djeddah et que, sur 100 pèlerins qu'il y avait pris, 20 moururent pendant le trajet, dont 4 de choléra bien confirmé... Le capitaine Choualski, qui commandait le *Ruby*, déclare qu'il partit de Singapoore, en 1865, avec 500 pèlerins, dont 90 moururent du choléra pendant le voyage. De plus, le capitaine du port de Djeddah signale 51 navires venus de l'Inde, de Java, Bassora, Mascate, parmi lesquels 2 de Java et 1 du Bengale avec des malades.

D'un autre côté, on lit dans une dépêche du consul général des Pays-Bas à Singapoore, communiquée par M. le docteur Millingen, le passage suivant : « ... En 1864, le choléra sévissait à Java et à Singapoore, et il y a des preuves que des gens atteints de choléra se sont embarqués sur des navires faisant voile pour le Hedjaz... Il n'y a aucun doute que l'appa-

de l'énucléation. Les causes les plus diverses modifient peu la marche de cette complication.

Pour nous, nous résumons ainsi la physiologie de cette affection : sécrétion d'un liquide séreux albumineux entre la rétine et la lame élastique de la choroïde, desquammation de l'épithélium polygonal, altération d'un grand nombre d'éléments rétiniens, migration des produits colloïdes et du liquide dans le corps vitré, inflammation de cette humeur, plissement de la rétine en convolvulus, transformation fibreuse du corps vitré et de la rétine ; celle-ci se tasse derrière le cristallin, lequel subit bientôt la métamorphose graisseuse. Au dernier degré, la choroïde elle-même se détache de la sclérotique en plusieurs points.

Le *diagnostic* de l'affection n'existe actuellement qu'à la deuxième période : si la physiologie que nous en avons énoncée est vraie, si l'on admet l'extrême rareté des inflammations spontanées du corps vitré, on conviendra que les opacités de cette humeur, non produites par des hémorrhagies, opacités limitées, sans ramifications, épithéliales, pigmentaires en un mot, peuvent être pathognomoniques d'un décollement de la rétine au premier degré.

La cataracte, au contraire, se lie presque toujours aux degrés ultimes.

L'*iridectomie* nous paraît être le moyen le plus puissant à opposer à ce symptôme. La section du ligament pectiné irido-cornéen et de la sclérotique, vers le canal de Schleem, établit d'une part une filtration facile du liquide à travers les procès et la plaie, en même temps qu'une autre communication existe d'autre part avec la chambre antérieure.

La cataracte précédée d'opacités du corps vitré doit faire songer à une sclérose de cette humeur.

(Les recherches micrographiques sur lesquelles repose ce mémoire ont été faites au collége de France, d'après les méthodes du professeur Ranvier.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera. — Diverses communications de M. *le secrétaire perpétuel* et de MM. *Cornu* et *Balbiani* sur le Phylloxera.

— Présentation, par M. le ministre de la guerre, du neuvième volume du Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Le compte rendu des épidémies qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements du Lot, de la Loire-Inférieure, de la Corrèze, de l'Isère, de la Côte-d'Or, du Nord, de la Creuse et de l'Indre. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une lettre du juge de paix de Bavay (Nord), qui demande une récompense pour les services que mademoiselle *Emmeline Dalle*, sage-femme, a rendus dans les vaccinations et les épidémies. (*Commission de vaccine.*) — *c.* Une préparation de M. *Graffais*, appelée *liqueur Marquis*, contre le choléra, et une autre préparation, avec certificats et brochure explicative, de M. *Mamy*, contre les brûlures et les inflammations. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Bignon*, inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent, sur le service médical de cet établissement en 1873.

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. *Romanowski* et *Latapie* sur le choléra. (*Commission du choléra.*) — *b.* M. le docteur *Danel* envoie à l'Académie l'observation d'un cholérique auquel il administra, pendant la période algide, une potion renfermant 2 grammes de chloral pour 120 d'excipient, par cuillerée à bouche toutes les dix minutes. Le malade guérit. (*Même commission.*)

M. *Dolbeau* présente une brochure de M. *Houzé de l'Aulnoit* (de Lille), ayant pour titre : Études cliniques sur les amputations sous-périostées et leur traitement par l'immobilisation des membres et du moignon.

M. *Gubler* dépose sur le bureau une brochure de M. *Laissus fils* sur les eaux thermales purgatives de Brides-les-Bains.

M. *Devilliers* présente : 1° De la part de M. le docteur *Langlois* (du Puy-en-Velay) une observation de grossesse extra-utérine, dont le produit a été extrait au bout de treize ans par l'anus. (*Comm. :* MM. Tarnier et Devilliers). — 2° Du docteur *Favre* (de Lyon) un travail sur les employés de chemin de fer affectés de daltonisme.

M. *Larrey* fait observer que cette brochure, ainsi que plusieurs autres présentées à l'Académie, n'y sont arrivées qu'après avoir fait le tour de la presse, même de la presse politique, et qu'il serait convenable d'adresser d'abord à l'Académie ces travaux avant de les présenter ailleurs.

M. *Robin* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Armaingaud* sur nos institutions d'hygiène publique et la nécessité de les réformer.

M. *le président* annonce que M. le docteur Lecadre (du Havre) assiste à la séance.

Choléra. — M. *Delpech* communique ensuite à l'Académie la situation du choléra du 21 au 27 octobre inclusivement :

	HÔPITAUX CIVILS. Entrées.		HÔPITAUX CIVILS. Décès.	HÔP. MIL. Décès.	DOMICILE. Décès.	TOTAUX par jour.
21 oct.	7	dont 1 intérieur,	2	0	3	5
22	7	dont 3 intérieurs,	2	0	2	4
23	1		0	0	4	4
24	3	dont 1 intérieur,	3	1	2	6
25	5	dont 2 intérieurs,	2	0	1	3
26	4		1	0	0	1
27	4		3	0	1	4
Total.	31	dont 7 intérieurs,	13	1	13	27

Septicémie. — M. *Davaine* demande la parole pour dix minutes ; il veut réfuter certaines assertions qu'il a relevées dans le discours de M. Colin ; il commence par protester contre le brevet d'incapacité que M. Colin a décerné aux expérimentateurs qui se sont occupés de septicémie. M. Colin a fait des assertions qui paraissent dirigées plus particulièrement contre les travaux de M. Davaine, qui n'aurait expérimenté que sur

---

rition du choléra en Arabie doit être attribuée en partie aux pèlerins qui s'y rendent de Singapoore... Ils ne sont pas tous sujets des Indes néerlandaises, mais il y a des indigènes, des habitants de *Malacca*, de *Sarawah*, de *Johou*, de *Pahans*, de *Mnar* et de tous les petits États libres de la péninsule Malaise. »

Vers la fin d'avril, on savait à Alexandrie que le choléra sévissait à la Mecque. Une commission, composée de deux médecins musulmans, fut envoyée au Hedjaz par l'intendance sanitaire d'Égypte, avec mission d'étudier l'épidémie. Dans son rapport, daté du 10 mai 1865, la commission dit, en substance, que la mortalité parmi les pèlerins avait été très-forte, principalement à A'rafat, pendant les trois jours des fêtes et que la cause de cette mortalité était la *cholérine.*

La commission a constaté plusieurs cas de cette maladie parmi les pèlerins, les militaires et les habitants de la ville. Elle a rencontré des cadavres gisant dans les rues et dans les mosquées.

Le troisième jour des fêtes, la mortalité a dû être, dans la montagne, plus considérable que les jours précédents, à n'en juger que par les cris habituels dans les cérémonies funèbres chez les Arabes.

A la Mecque il est mort, dit-on, ce jour-là, 200 personnes. A Djeddah, malgré l'immunité qu'on attribue à la ville, le choléra a aussi fait des victimes parmi les habitants.

Sur les 90 000 pèlerins réunis cette année au Hedjaz, 30 000 auraient été enlevés par l'épidémie.

Dr Buez.

(*La suite à un prochain numéro.*)

une seule espèce d'animaux, ce qui est faux; qui se serait servi d'un procédé défectueux et qui aurait fait ses expériences sur l'animal le moins bien choisi pour l'étude des altérations du sang, le lapin. Il blâme l'emploi de la seringue de Pravaz, qui est infidèle, d'après lui, et préfère la lancette; mais M. Davaine a reconnu, de son côté, les inconvénients de l'inoculation à l'aide de la lancette. On fait une plaie, du sang s'écoule, qui peut entraîner la matière inoculée; en outre, on ne peut doser la quantité de substance que l'on insère sous les tissus. M. Davaine se sert de la seringue de Pravaz, parce qu'il la croit plus sûre; d'ailleurs, il se propose de faire devant l'Académie des sciences une communication à ce sujet; il se propose alors de montrer comment il opère. Quant aux animaux sur lesquels on expérimente, le lapin est le moins bien choisi, dit M. Colin, et cependant c'est celui qu'il a choisi pour ses expériences les plus délicates. M. Davaine pense que c'est lui qu'il faut préférer pour les recherches sur la septicémie. En 1871, M. Colin pensait ainsi, et il justifiait sa préférence en disant qu'il fallait renoncer à se servir des grands animaux, parce que le ferment n'agit pas sensiblement s'il est en trop petite quantité, et que le virus lui-même à trop faible dose peut ne donner que des effets avortés; il fallait donc proportionner la taille du sujet en expérimentation aux quantités minimes du ferment employé. M. Davaine renvoie M. Colin à ses paroles de 1871.

Il reproche ensuite à M. Colin l'absence d'indications historiques qu'il a remarquée dans son travail et qu'il considère comme un acte de justice envers les expérimentateurs qui ont précédé.

Puis viennent des arguments plus sérieux, en ce qu'ils touchent le fond de la question. M. Colin n'a pas assez distingué les effets produits par le sang frais, et le sang conservé depuis longtemps; car ces effets sont très-différents.

Arrivant à l'exposé des faits, M. Davaine élève, contre M. Colin, une grave accusation; M. Colin aurait arrangé toutes choses de façon à faire croire que les erreurs doivent être mises sur le compte de ses devanciers et que M. Colin seul est dans le vrai. A entendre M. Colin, il y aurait divergence d'opinion entre M. Davaine et lui, et cependant, si l'on s'en tient aux conclusions de son travail, les deux contradicteurs ne se contredisent qu'en apparence; il n'y a différence que dans les termes; au fond, ils sont d'accord.

En résumé, si l'on considère les immenses progrès accomplis par l'école expérimentale pendant ces dernières années, et si on les compare à ceux que l'étude de la septicémie avait faits depuis quarante ans, on est en droit d'espérer qu'on saura bientôt le dernier mot sur cette question. Il reste encore un pas à faire, un dernier point à élucider. Communiquer les différents virus à différentes espèces d'animaux, étudier les phénomènes produits, et déterminer les conditions dans lesquelles ces phénomènes se produisent.

M. *Colin* demande à répondre à M. Davaine, mais seulement après la clôture de la discussion sur le choléra. En attendant, voici un autre contradicteur des idées de M. J. Guérin.

CHOLÉRA. — M. *Chauffard* fait sa profession de foi en matière de choléra; il partage les doctrines de la commission de Constantinople portées à la tribune de l'Académie par M. Fauvel, et qui n'ont jamais été attaquées en face. M. Jules Guérin n'a pas abordé la question. Il a donné ses théories et il a cru que cela suffisait pour détruire la transmissibilité du choléra; il a cru réfuter l'importation du fléau, se décharger de la charge accablante des faits observés. On pourrait retourner contre lui ce mode d'argumentation et lui répondre: les faits sont là, qu'importe l'embryogénie cholérique. Et cependant les deux espèces de choléra existent, et il n'est pas possible de les confondre. D'où vient qu'on les a confondues? C'est qu'on s'en est tenu à certains faits cliniques dont on a trop étendu la signification; ils offraient des similitudes, et on les a confondus en une seule espèce. Il y a en effet deux formes principales du choléra épidémique, l'une qui est le choléra algide, confirmé, l'autre qui est la diarrhée cholérique, qui n'est qu'un choléra commençant, prémonitoire; on a donc assimilé choléra et diarrhée, puis, comme on faisait dériver le choléra sporadique de la diarrhée, on a assimilé le choléra endémique et le choléra épidémique.

Les pathologistes ont admis cette confusion, bien que les deux espèces aient une gravité différente; on admet cependant une différence de causes; le 5 mars 1872, M. Bouillaud communique une observation de choléra nostras ressemblant à du choléra asiatique et se demande pourquoi deux affections si semblables par leurs symptômes ont des causes si différentes. Mais est-ce la première fois que des symptômes semblables ont caché des maladies dissemblables. Voyez les fièvres larvées. Quelles différences pathogéniques pour les névralgies qui cependant présentent les mêmes symptômes.

Dans le choléra confirmé, on trouve trois périodes, la première prodromique, la seconde d'algidité, la troisième de réaction. La seconde seule est constante, la première fait défaut ou dure trop peu pour qu'on puisse l'observer, la troisième manque trop souvent, parce que la mort survient pendant la seconde. On ne tient compte que de celle-ci, qui est constante, et qui est la plus saillante à cause de l'étrangeté de ses symptômes. Public et médecins en ont été frappés le plus profondément, et c'est pourquoi on a confondu les deux espèces où cette période est commune. De là vient l'étonnement de M. Bouillaud. Similitude d'algidité semble comporter similitude de toute l'affection, mais ce sont les périodes négligées qui seules autorisent les conclusions à ce sujet.

D'autre part, des diarrhées de natures très-diverses peuvent amener l'algidité et la mort; on peut citer le choléra stibié, le choléra herniaire, la fièvre intermittente pernicieuse tierce à forme cholérique. L'algidité n'appartient donc pas exclusivement aux deux espèces de choléra; elle n'établit donc pas l'identité que l'on affirme. Il faut tenir compte de la période prodromique et de celle de réaction. Celles-ci sont aussi dissemblables qu'était semblable la période d'algidité cyanique. Avant de parler des diarrhées, disons comment naît et finit le choléra dans les deux espèces.

Le choléra sporadique naît au milieu de causes individuelles; le choléra épidémique éclate sans qu'on puisse le rattacher à une cause appréciable. Le premier peut tuer, mais guérit; il y a une réaction franche comparable à celle qui termine l'accès de fièvre intermittente; le second est plus insidieux; la réaction tend à l'ataxie et se termine par la mort. Il y a opposition de nature; ici un choléra banal, là un choléra grave présentant les phénomènes des maladies infectieuses, éruption morbilliforme, fuliginosités des lèvres, émanation, etc.

Examinons le rôle des diarrhées. Pour M. Jules Guérin, le rôle des diarrhées saisonnières est considérable; elles éclatent, puis vient le choléra sporadique, bientôt suivi de l'épidémique. Et pourtant, en 1868, l'épidémie que M. Guérin attendait ne vint pas. Il faut distinguer entre les diarrhées cholériques et les diarrhées saisonnières, les unes sont contagieuses, les autres non. Les unes sont rebelles au traitement, les autres, bien traitées, peuvent guérir; il faut en excepter la diarrhée cholériforme des enfants que M. J. Guérin confond avec les autres. Ces diarrhées diffèrent donc par leur nature, leur marche, leur traitement. Il ne faut pas non plus exagérer la relation qui existe entre la diarrhée et le choléra. En 1866, en 1873, comme en 1865, il n'y eut pas de diarrhée prémonitoire; en 1868, il y eut des diarrhées, mais pas de choléra. Une constitution médicale caractérisée par des diarrhées saisonnières n'a jamais été suivie de choléra épidémique, si celui-ci n'est pas importé. Les constitutions médicales ne changent pas brusquement, les épidémies vont à l'aventure, une constitution médicale occupe toute une région, l'épidémie ne commence que par un point.

En résumé, les choléras sporadique et épidémique ne se montrent semblables que pendant la période d'algidité; il

diffèrent complétement de causes, de symptômes, de marche, de terminaison et de traitement, et tandis que l'un naît sur place, l'autre ne se développe qu'après avoir été importé. De nouveaux problèmes surgiront-ils de l'épidémie nouvelle ? Le choléra s'acclimatera-t-il en France comme en Russie et en Pologne ? Espérons que non. M. Guérin a nié l'importation ; si l'on se demande pourquoi, il faut se reporter au physiologisme au milieu duquel il a grandi ; à cette époque, Broussais repoussait la contagion pour toutes les maladies ; la contagion est heureusement admise de nouveau, et si M. Jules Guérin s'obstine à la nier, qu'il lise le récit que M. Pellarin nous a donné d'une épidémie à la Guadeloupe, où, sur 150 000 habitants, 12 000 périrent faute des précautions prophylactiques que son système repousse.

— Il est cinq heures. M. *Guérin* ne veut répondre provisoirement que quelques mots à M. Chauffard, qui, d'après lui, est le premier adversaire sérieux qui lui ait répondu. Puis il déclare qu'il n'a jamais dit que le choléra est toujours précédé d'une diarrhée prémonitoire, ce qui excite la surprise de la compagnie, et qu'il guérit tous les cas de diarrhée prémonitoire qu'il traite d'après sa méthode.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

LUXATION CONGÉNITALE DU FÉMUR. — DE L'EMPLOI DU CAUTÈRE GALVANIQUE ; MODIFICATIONS DANS LA RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — TRAITEMENT DES LIPOMES PAR LES CAUSTIQUES.

M. *Houel* présente un fœtus presque à terme. L'accouchement eut lieu par présentation de la tête, un pied étant appliqué sur chaque côté de la tête. En effet, lorsqu'on pose le fœtus sur le dos, les pieds reprennent naturellement cette position. Les os de la jambe et de la cuisse, concaves en avant, sont moulés sur la cavité thoracique. On remarque sur ce fœtus un *spina bifida* de la région sacrée, et une double luxation congénitale des fémurs. La dissection a montré que les muscles de la région fessière n'existaient pas ; l'os coxal est sous la peau. Les trois muscles fessiers et le pyramidal manquent absolument ; les muscles jumeaux et carré sont présents. La tête du fémur repose sur la cavité cotyloïde par une de ses faces sans y pénétrer ; cette tête paraît hypertrophiée et la cavité est plus petite. On comprend que dans la position où était la cuisse, la tête avait une grande tendance à sortir de la cavité ; une fois hors de la cavité elle augmente de volume et ne peut plus rentrer.

M. *Verneuil* a cherché, il y a quelques années, à faire prévaloir cette opinion que, dans beaucoup de cas, les déplacements du fémur se faisant dans la première enfance, ils étaient surtout dus à la paralysie des muscles de la fesse ; les petit et moyen fessiers manquent presque constamment dans les prétendues luxations congénitales de la cuisse. Il y a donc une relation entre les déplacements du fémur et la disparition des muscles fessiers. La position vicieuse des membres inférieurs observée sur le fœtus présenté par M. Houel, est une conséquence de l'atrophie musculaire, les muscles antagonistes ayant alors toute leur puissance.

M. *Blot* dit que M. Houel insiste trop sur l'influence de la mauvaise position comme cause de la luxation du fémur ; il y a évidemment une relation entre la luxation et la position vicieuse des membres, mais où est la cause ?

M. *Trélat* se demande aussi si c'est la mauvaise position qui a amené la luxation, ou bien si c'est la luxation qui a déterminé la position vicieuse.

M. *Houel* a recherché au microscope les vestiges des muscles fessiers ; ces muscles n'ont jamais existé. C'est donc un cas d'absence des muscles fessiers, comme Sandiford en cite des exemples. La mauvaise position des membres inférieurs était ancienne, car ces membres allongés reprennent immédiatement leur place sur le thorax ; le derme s'est rétracté au pli de l'aine et ramène les pieds sur les côtés de la tête. L'absence des muscles de la fesse a favorisé cette position vicieuse.

M. *Sée*. Les muscles fessiers ne sont pas les extenseurs de la cuisse ; les vrais extenseurs existent. Par conséquent, la théorie de M. Verneuil ne serait pas exacte.

M. *Verneuil*. Les extenseurs de la cuisse existent, cela est vrai, mais ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'ils sont extenseurs du bassin. Les fessiers jouent un rôle plus important : ce sont des sangles, des ligaments actifs pour maintenir la tête dans sa cavité.

M. *Guéniot*, après avoir examiné la pièce, ne trouve pas les caractères de la luxation : il y a flexion forcée du fémur, mais pas de luxation ; la tête n'est pas sortie de la cavité cotyloïde.

M. *Houel* fait remarquer que cette cavité a été agrandie par des malaxations ; la tête fémorale, par sa face interne, était en rapport avec la cavité cotyloïde, mais ne pouvait pas y rentrer.

Une commission, composée de MM. Houel, Verneuil, Guéniot et Sée, est chargée d'examiner la pièce pathologique et de faire un rapport.

— M. *Verneuil* présente deux pièces. La première appartient à un individu qui portait depuis plusieurs mois un ulcère épithélial perforant ayant gagné le corps de l'os maxillaire inférieur. Le malade souffrait horriblement. M. Verneuil fit la désarticulation de la moitié gauche du maxillaire. Toutes les sections molles ont été faites avec le galvano-cautère, puis on fit la section de l'os, la ligature des vaisseaux, et enfin la section de la muqueuse. Pas une goutte de sang ne pénétra dans la bouche.

La seconde pièce a été enlevée avec le galvano-cautère et des instruments mousses. Le malade perdit environ 150 grammes de sang. Il y a trois ans, un épithélioma de l'angle de la bouche avait été enlevé ; deux ans après cette opération, parut une petite tumeur sur la face externe du maxillaire ; cette tumeur acquit bientôt le volume du poing. Pas de ganglions engorgés. Le malade fut soumis à l'action du chloroforme. L'opération dura une heure. M. Verneuil fit d'abord la ligature de la carotide externe. Il y a onze jours que l'opération a été faite, et l'opéré n'a pas eu une heure de fièvre traumatique. L'intervention du galvano-cautère est pour beaucoup dans l'innocuité de ce genre de plaies.

M. *Chassaignac* croyait qu'on ne faisait plus la ligature préalable de la carotide externe dans l'ablation de la mâchoire. Sans cette ligature, on peut facilement remédier aux hémorrhagies.

M. *Dolbeau*. Dans l'ablation de ces tumeurs avec résection de l'os, on peut facilement faire l'hémostase, mais enfin on perd du sang. Ici il ne faut pas mettre l'hémostase sur le compte du galvano-cautère, puisque M. Verneuil a fait la ligature préalable de la carotide externe.

M. *Verneuil*. Si l'on a fait des objections à la ligature préventive de la carotide primitive, ces objections tombent pour la carotide externe ; cette opération est assez facile en suivant les indications de M. Guyon. La ligature préalable a puissamment servi l'hémostase, mais le galvano-cautère a évité les pertes de sang, suites de la section des parties molles, des veines.

M. *Tillaux* trouve que la ligature de la carotide externe es une des plus difficiles de la chirurgie. Quand on trouve l'hypoglosse tout va bien, mais on ne le trouve pas toujours.

— M. *Dubreuil* fait une communication sur le traitement des lipomes par les caustiques. Comme pour les loupes du cuir chevelu, il emploie la pâte de Vienne, attend la chute de l'eschare et fait la décortication.

M. *Desprès* fait remarquer que ce traitement ne met pas à l'abri des complications, de l'érysipèle, et le traitement est long.

M. *Trélat* opère les lipomes de la façon suivante : Une incision linéaire; si le lipome est énucléable, on en fait l'extraction; comme pansement, compression méthodique. Le lendemain, on a une guérison par première intention. Il emploie toujours le bistouri, et dix-neuf fois sur vingt il a une guérison par première intention, avec les loupes, les kystes sébacés et les lipomes enkystés.

M. *Larrey* a enlevé beaucoup de loupes par le bistouri et a souvent obtenu une guérison rapide. En trente-six heures il a vu guérir une plaie, suite de l'extraction d'un vaste lipome, présenté il y a une quinzaine d'années à la Société de chirurgie.

M. *Blot* a aussi observé des guérisons par première intention. Comme le dit M. Trélat, tout dépend d'un bon pansement.

M. *Tillaux* n'emploie que les caustiques. Il a perdu un malade d'infection purulente à la suite de l'ablation d'une loupe avec le bistouri. Avec le caustique, on évite cette terrible complication.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

TUMEURS LYMPHADÉNOÏDES DE L'AVANT-BRAS ET DU BRAS GAUCHES (SARCOME GLOBO-CELLULAIRE LYMPHADÉNOÏDE A GRANDES CELLULES, DE RINDFLEISCH). — LUXATION CONGÉNITALE DU FÉMUR. — APPAREILS GALVANO-CAUSTIQUES. — FISSURE TRACHÉO-ŒSOPHAGIENNE. — LIPOME CALCIFIÉ.

M. *Guyon* lit le travail suivant de M. *Heurtaux* (de Nantes). Une femme de vingt-huit ans vint consulter M. Heurtaux au mois de mars 1872, pour de petites tumeurs qu'elle portait à l'avant-bras gauche ; aucun antécédent syphilitique ou scrofuleux. La malade raconte qu'elle avait au dos du poignet gauche, sur les limites de l'avant-bras, une tache pigmentaire de naissance qui, il y a dix-huit mois, devint le siége d'une production ressemblant à une verrue. Cette tumeur s'est graduellement accrue, s'est ulcérée et a pris l'aspect d'un champignon ; un médecin coupa la tumeur au niveau de son pédicule. Depuis quatre mois ont paru au côté postérieur du même avant-bras des tumeurs au nombre de six; quelques tumeurs ont disparu sans laisser de trace, pendant que d'autres se développaient. Celles qui restent, au nombre de six, sont ovoïdes, à grand diamètre vertical et du volume d'une grosse olive; la peau, adhérente aux tumeurs, est rougeâtre en certains points.

D'après le siége et la forme de ces tumeurs, M. Heurtaux les considère comme occupant les vaisseaux lymphatiques; en explorant un peu plus haut le trajet des lymphatiques, on trouve au côté externe de l'avant-bras, vers son tiers supérieur, et même au pli du coude, des nodosités très-petites qui semblent annoncer le développement de nouvelles tumeurs dans un point plus élevé du système lymphatique. Rien dans les ganglions.

Malgré l'usage de l'iodure de potassium, les tumeurs se multiplient; les petites nodosités deviennent de nouvelles productions, tandis que certaines tumeurs fondent graduellement. Au mois de juillet 1872, on peut compter vingt-cinq tumeurs distinctes. Au tiers inférieur du bras, sur le trajet des vaisseaux huméraux, une tumeur plus grosse que les autres tend à l'ulcération; au 1er novembre, elle a l'aspect d'un large champignon, donnant un suintement séreux, d'odeur fétide; douleurs excessives. La malade est très-amaigrie; pouls faible et fréquent; le 9 décembre, la grosse tumeur a 14 centimètres dans le sens vertical, et 12 centimètres de largeur. La malade refuse l'amputation du bras. Mort le 25 janvier 1873.

A l'autopsie, rien dans les organes. Le tissu des tumeurs est mou; l'aspect de la surface coupée est tout à fait cérébriforme; par le raclage, suc lactescent très-abondant. Au microscope, on voit que le suc renferme beaucoup de grandes cellules très-granuleuses, dont le diamètre varie entre $0^{mm},010$ et $0^{mm},020$, et même $0^{mm},040$; dans chaque cellule, on trouve un ou deux noyaux volumineux pourvus d'un nucléole brillant. L'étude de la trame prouve qu'il s'agissait ici de cette variété de tumeurs décrites sous le nom de sarcome lymphadénoïde, ou de lymphadénome. On voit en effet une sorte de réticulum fibrillaire circonscrivant les cellules.

M. Heurtaux rapporte une autre observation qui présente de grandes analogies avec la précédente; l'examen anatomique des lésions n'a pu être fait.

— M. *Guéniot* avait été nommé rapporteur par la commission chargée d'examiner la pièce présentée par M. Houel ; il déclare que la commission a examiné le membre non disséqué encore ; à l'unanimité, il n'y avait pas luxation. M. Guéniot ne trouve même pas que l'état des parties s'éloigne beaucoup de l'état normal. La cavité cotyloïde est moins profonde, et la tête fémorale est plus aplatie, moins sphérique. Mais le sommet de la tête regarde le fond de la cavité; on ne peut pas affirmer cependant qu'elle touche le fond de cette cavité. Les deux surfaces articulaires sont recouvertes de cartilage. La capsule était tendue, parce que le membre était dans une position forcée.

M. *Houel*. Les luxations congénitales n'ont pas les caractères des luxations traumatiques. Dans ce cas de malformation, la face interne de la tête du fémur regarde la cavité cotyloïde. La cavité est plus petite, et la tête est trop grosse pour y pénétrer : la tête ne touche donc pas le fond du cotyle. On comprend que dans les luxations traumatiques, les ligaments étant déchirés, la tête fémorale ait d'autres rapports avec la cavité cotyloïde.

— M. *Boeckel* (de Strasbourg) montre un appareil galvano-caustique qu'il a modifié pour rendre l'action plus sûre et plus régulière. On sait qu'avec cet instrument l'hématose s'obtient par l'agglutination des parois opposées des vaisseaux; ces parois sont solidement collées par l'eschare. Pour obtenir ce résultat, il faut que les vaisseaux, avant d'être divisés, soient comprimés par l'anse ou le couteau galvanique. Si, au contraire, on entame des vaisseaux dans lesquels le courant sanguin n'est pas interrompu, on a des hémorrhagies. M. Boeckel a ajouté à l'appareil un modérateur composé de deux fils assez gros qui décrivent des spirales; ces fils ne peuvent communiquer entre eux, pour établir le circuit, que par un rouleau mobile de cuivre. Si le rouleau est en un point, 100, le fil de l'anse coupante passe au rouge blanc; à 60, le fil est moins rouge; à 40, encore moins. Deuxième moyen, pour augmenter ou diminuer le courant : plonger la pile plus ou moins dans le liquide au moyen d'une vis qu'une manivelle fait monter ou descendre.

Avec le serre-nœud de Leiter, on obtient la compression des vaisseaux avant d'en faire la section; pour cela, avant de faire passer le courant, bien serrer le pédicule de la tumeur de manière à interrompre le cours du sang, et alors seulement on fait passer le courant. C'est à la fumée qu'on juge que l'anse est plus ou moins rouge.

M. Boeckel présente un porte-ligature qu'il a fait construire, pour certains pédicules formés de parties molles et plates, qui se serrent mal dans une anse arrondie. Après une ovariotomie, M. Boeckel avait sectionné le pédicule avec une anse arrondie; il voulait réduire ce pédicule dans le péritoine, où les eschares se seraient résorbées, d'après ses expériences; mais l'anse étant retirée, le ligament large qui formait le pédicule se déplissa et les vaisseaux donnèrent du sang. Le nouveau porte-ligature, faisant la section sans plisser le pédicule, évitera cet inconvénient.

M. *Trélat* reconnaît les avantages de l'appareil de M. Boeckel, mais il y a des inconvénients, par exemple le volume et la complication de l'instrument. Avec des appareils plus petits, on peut arriver à peu près au même résultat. M. Trélat montre l'appareil qu'il emploie habituellement.

— M. *Trélat* présente des ciseaux à iridectomie inventés par M. Collin; ces ciseaux, formés de deux ressorts appliqués l'un contre l'autre, permettent aux chirurgiens de couper facilement l'iris avec la main gauche.

— M. *Le Fort* présente un lipome calcifié enlevé sur la cuisse d'une femme de soixante-treize ans, qui le portait depuis trente-quatre ans; ce lipome pèse onze livres.

— M. *Tarnier* présente des pièces recueillies sur un enfant né à terme. On avait constaté une imperforation de l'anus et une respiration singulière avec rhonchus trachéal, signe probable d'une imperforation de l'œsophage avec communication du bout inférieur de l'œsophage avec la trachée.

Une sonde passée dans l'œsophage arriva jusqu'à l'estomac; donc pas d'imperforation de l'œsophage. M. Tarnier fit l'opération de l'anus; ne trouvant pas l'intestin après une section de 2 centimètres de profondeur, il reséqua 6 millimètres de coccyx; il trouva l'ampoule rectale qu'il fixa à la peau par des sutures avant d'en faire l'ouverture. L'enfant rendait du méconium par la verge avant l'opération; après l'opération, les urines n'en contenaient plus. L'enfant mourut vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, le péritoine est sain. Du côté de l'urèthre, à 1 centimètre en avant du col de la vessie, on voit l'orifice du diverticule intestinal. Mais ce prolongement était imperméable au moment de l'autopsie, et l'on ne put rétablir la communication avec le rectum.

On voit du côté de la trachée une fissure faisant communiquer ce conduit avec l'œsophage. Signe pathognomonique de cette lésion : si l'on fait teter l'enfant, la suffocation arrive parce que le liquide pénètre dans la trachée.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

EMPLOI DE L'OLÉO-GLYCÉRÉ DE SUCRATE DE CHAUX DANS LE TRAITEMENT DES BRULURES : MM. LATOUR ET FOURNIER. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. COLIQUES HÉPATIQUES ARTIFICIELLES : M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE GÉNÉRALE PENDANT L'ACCÈS DE COLIQUE HÉPATIQUE : M. MARTINEAU.

M. *Limousin*, au nom de M. *Latour*, pharmacien principal à l'hôpital Saint-Martin, et de M. *Fournier*, médecin aide-major de première classe, donne lecture d'une note sur la préparation et l'emploi dans les brûlures de l'oléo-glycéré de sucrate de chaux. L'essai de ce nouveau liniment oléo-calcaire a été fait dans le service du docteur Lagarde, sur les victimes de l'explosion de la capsulerie du Mont-Valérien,

La modification introduite par M. Latour dans la préparation du liniment oléo-calcaire consiste dans l'emploi du sucrate de chaux et de la glycérine. Ce liniment pourrait, d'après l'auteur, rendre service dans les brûlures en raison de sa consistance, de son odeur, de son emploi commode, et en dernier lieu de la présence de la glycérine ainsi que de la grande quantité de chaux qu'il tient en solution.

— M. *Dujardin-Beaumetz* entretient la Société des nouvelles expériences qu'il a faites à propos de la question de la colique hépatique. Nous avons parlé des premières dans notre dernier compte rendu.

L'auteur a cherché à provoquer chez le chien une colique hépatique artificielle, en introduisant dans le canal cholédoque des grains de plomb ou de petits morceaux de craie.

Chez un gros chien, cinq grains de plomb furent déposés dans le canal cholédoque; les urines devinrent ictériques et le chien ne tarda pas à succomber avec des signes de péritonite. A l'autopsie, on put constater qu'alors que les cinq grains de plomb avaient été introduits par l'extrémité inférieure du canal cholédoque, trois avaient pu remonter jusque dans la vésicule, les deux autres avaient été entraînés dans l'intestin.

Un second chien avait reçu dans le canal cholédoque cinq morceaux de craie; l'urine devint ictérique; l'animal mourut de péritonite comme le premier. L'autopsie montra deux morceaux de craie dans la vésicule.

La contraction du canal cholédoque n'est donc pas douteuse. Il semble que cette contraction soit oscillatoire et qu'elle se fasse tantôt vers l'intestin, tantôt vers la vésicule. Il n'est donc pas permis de conclure de l'absence de calculs dans les garde-robes à la nature non calculeuse d'une colique hépatique; le passage du calcul dans la vésicule explique suffisamment ces faits négatifs.

M. *Martineau* attire l'attention de la Société sur un phénomène qu'il lui a été donné d'observer dans un cas de colique hépatique, à son service de la Pitié. Il s'agit d'une femme qui, prise subitement d'un accès de colique hépatique, avec augmentation de volume du foie, présente une élévation simultanée de la température prise dans le vagin; l'accès fini, la température s'abaisse; dans une première attaque la température s'éleva à 40°,9, cette élévation se maintint aussi longtemps que dura l'accès, environ sept ou huit heures, puis elle s'abaissa à 37°. Dans une deuxième attaque, le thermomètre s'éleva à 40°,3, pour tomber avec la douleur.

Il est très-regrettable que, dans les faits cités par M. Martineau, l'état du pouls n'ait pas été noté. Toutefois, il a été constaté qu'il n'y avait ni frisson, ni sueurs.

C'est donc sur ce dernier point qu'insiste M. Martineau pour séparer le fait qu'il a observé de ceux qui ont été signalés par plusieurs auteurs; — Monneret avait rencontré dans certaines coliques hépatiques une fièvre précédée de frisson et suivie de sueurs; cette fièvre à accès intermittents avait, à ses yeux, pour cause non pas une phlegmasie des voies biliaires, mais une congestion hépatique fréquente, ou du moins, suivant lui, la transmission au foie d'une irritation suffisante pour mettre en jeu la propriété qu'il accordait à cet organe de déterminer l'intermittence dans les actes morbides.

Frerichs signale aussi le frisson. Enfin, la plupart des autres auteurs regardent comme plus fréquent un abaissement de la température coïncidant avec une diminution du nombre des pulsations et un état plus ou moins syncopal.

En présence du seul phénomène observé, élévation passagère de la température sans frisson initial, M. Martineau dut éliminer la gravité du pronostic qui s'attache souvent aux états fébriles coïncidant avec une affection du foie; il rattache provisoirement le fait à un trouble du système nerveux; l'auteur rapproche volontiers de ce cas l'élévation de température qu'on rencontre dans les maladies convulsives; dans le tétanos, par exemple, et dans l'hystérie. Tout en reconnaissant qu'à la contraction musculaire, source de chaleur, se joint l'asphyxie, il se demande s'il n'y aurait pas là une excitabilité des centres régulateurs de la température signalés par Tscheschichin, Naunyn et Quinke; centres, d'ailleurs, jusqu'ici constestés.

M. Martineau demande à ses collègues si une élévation de la température a été observée dans la colique néphrétique.

M. *Bucquoy*, jusqu'à nouvel ordre, se rangerait volontiers du côté de l'hypothèse qui verrait dans le spasme, une fois de plus démontré, la cause de l'élévation de la température. Ce spasme entraine, d'ailleurs, une sorte de consensus de tout le système musculaire.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les abcès rétro-pharyngiens des enfants, par le professeur Abelin, de Stockholm.

Les abcès rétro-pharyngiens ont été bien étudiés chez l'adulte; mais chez les enfants leur existence est souvent méconnue, et la littérature médicale est très-pauvre d'observations de ce genre. La terminaison favorable de ces abcès dépend le plus souvent de la précision et de la promptitude du diagnostic; il est donc important d'en connaître les symptômes et le mode de production. Il y a deux formes d'abcès rétro-pharyngiens, la première est due à l'inflammation ou à

la nécrose des vertèbres ou de leur appareil cartilagineux ou ligamenteux, la seconde à l'inflammation du tissu cellulaire rétro-pharyngien, et dans ce cas l'abcès est limité à une partie de la circonférence de la face postérieure du pharynx, ou bien il s'étend sur les côtés de l'œsophage. L'abcès peut avoir pour origine une adénite consécutive à un exanthème, la scarlatine en particulier. Les symptômes varient d'intensité suivant la rapidité de la marche de cette affection. Les phénomènes principaux sont la dysphagie, la dyspnée, le hoquet, la respiration sifflante, la douleur dans les mouvements de la tête. Le diagnostic est fort difficile au début, ce n'est que lorsque l'abcès, augmentant de volume, amène les signes précédents, et lorsqu'on perçoit la fluctuation, qu'on peut être fixé sur la nature de l'affection. L'ouverture spontanée de l'abcès est extrêmement rare. Le plus souvent on confond l'abcès rétro-pharyngien avec le croup, l'œdème de la glotte ou une affection laryngée. Le pronostic est des plus graves lorsque l'abcès est méconnu, la mort est alors inévitable, à moins que l'abcès ne s'ouvre de lui-même, et encore il peut y avoir suffocation par pénétration du pus dans les voies aériennes. Des lésions pulmonaires consécutives sont à craindre lorsqu'on ouvre l'abcès; il faut de grandes précautions pour éviter le passage du pus dans le larynx; le professeur Abelin a vu un cas de mort par cette complication.

L'auteur rapporte cinq observations d'abcès rétro-pharyngiens. Dans le premier cas, il s'agit d'une enfant d'environ cinq mois, qui est morte subitement après avoir présenté dès les premières semaines des troubles de déglutition; l'abcès, qui s'étendait de la deuxième vertèbre cervicale à la cinquième vertèbre dorsale, siégeait dans l'aponévrose prévertébrale. Dans le deuxième cas, chez une enfant de deux ans, le docteur Abelin observa une tumeur à l'angle de la mâchoire, fluctuante, en même temps qu'il existait une saillie du côté correspondant du pharynx, visible à l'examen par la bouche; il fit une ponction dans la tumeur extérieure : une grande quantité de pus s'écoula, la dysphagie et la dyspnée diminuèrent d'abord, mais il fallut faire une ponction dans la tumeur interne, qui était devenue fluctuante; la ponction fut faite par la bouche avec un trocart, la malade guérit. Dans un troisième cas, un enfant de trois mois mourut subitement après avoir présenté des phénomènes de suffocation qui firent présumer l'existence d'un abcès rétro-pharyngien. L'examen du pharynx par la bouche ne donna pas de renseignement. A l'autopsie, on trouva un abcès de la grosseur d'une noisette et placé dans la paroi postérieure du pharynx, avec infiltration œdémateuse étendue. Même après la mort, l'exploration par la bouche ne permettait pas de sentir la tumeur. Dans le quatrième cas, on ne put faire le diagnostic durant la vie. Un enfant de six mois était atteint d'un catarrhe intestinal résistant à tout traitement, une tumeur des ganglions cervicaux fut incisée, mais l'enfant mourut de suffocation. Il y avait un abcès ganglionnaire et une infiltration purulente considérable ayant pour point de départ les ganglions lymphatiques. Enfin, dans un dernier cas, un enfant de seize mois entra à l'hôpital des Orphelins pour une pneumonie du sommet droit. Il présentait de la tuméfaction des ganglions cervicaux du côté gauche; malgré l'incision de l'abcès ganglionnaire, suivie trois jours plus tard d'un large débridement, l'enfant mourut de collapsus. (*Nordisk med. Arkiv.*, n° 24, 1873, et *British. u. For. med.-chir. Review*, October 1873.)

Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques dans les deux premières années de la vie, par le docteur Schmitz.

Des observations précédentes du docteur Abelin, nous rapprocherons celles du docteur Schmitz, qui prouvent que les abcès rétro-pharyngiens dans la première période de l'enfance sont moins rares qu'on ne le pense ordinairement. En effet, l'auteur en a observé 16 cas, et ceux-ci sont idiopathiques, c'est-à-dire indépendants de toute lésion des vertèbres. Les symptômes principaux sont la dyspnée et la dysphagie. Sur ces 16 cas, 13 ont été suivis de guérison, 2 se sont terminés par la mort. Dans 7 cas, l'abcès a été incisé par le pharynx, dans 3 cas extérieurement par la région cervicale, et dans 5 cas l'incision a été faite à la fois dans le pharynx et à la surface cutanée cervicale. (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, H. 3, 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, par le docteur Beni-Barde, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil. — Chez G. Masson, 1874.

Malgré les travaux de Wright et de James Currie, en Angleterre (1786-1798), ceux de Giannini, en Italie (1805); en dépit de l'éclat jeté par la pratique de Priessnitz, et des remarquables ouvrages de Scoutteten et de Schedel, en France (1843-45), l'hydrothérapie n'était pas encore acclimatée dans notre thérapeutique, lorsque Fleury commença les études expérimentales dont les résultats successivement consignés dans plusieurs publications furent réunis dans le Traité d'hydrothérapie, (1re édition, 1852). L'ouvrage eut un succès mérité. Toutefois, il n'eut pas pour effet de vulgariser définitivement la médication hydrothérapique. La faute en est peut-être au caractère trop personnel des doctrines de l'auteur. Toute autre pratique que la sienne était impitoyablement critiquée et condamnée. Point d'hydrothérapie sérieuse en dehors de celle qu'il dirigeait lui-même. Ce procédé n'était pas fait pour favoriser le développement et généraliser l'application de la méthode.

Cet écueil est évité dans le nouveau traité que M. Beni-Barde offre aujourd'hui au public médical. Depuis douze ans l'auteur a expérimenté tous les systèmes d'hydrothérapie les contraignant, comme il le dit, à lui fournir leurs preuves. Nous avons donc une œuvre véritablement clinique, dont beaucoup de parties paraissent définitivement arrêtées. D'autres sont encore à l'étude.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'historique de la méthode, à l'étude des agents hydrothérapiques considérés au double point de vue de la physique animale et de la physiologie; à l'exposé des procédés opératoires et des appareils, aux effets thérapeutiques généraux produits par l'hydrothérapie, aux conditions d'un bon traitement, aux indications et contre-indications.

Toute cette première partie est convenablement développée. C'est l'assise de la méthode, l'exposé succinct des notions élémentaires et générales, absolument nécessaires à quiconque veut manier en connaissance de cause la médication.

L'auteur aborde ensuite les applications aux différents états pathologiques en tête desquels se placent les maladies chroniques et les diathèses. C'est là, en effet, le véritable champ de bataille de l'hydrothérapie; c'est là qu'elle a rendu ses plus signalés services. Il est donc absolument nécessaire que le médecin hydropathe soit familier avec les principes de pathologie générale qui dominent l'étude de ces maladies. Aussi M. Beni-Barde a-t-il, avec raison, fait précéder le chapitre des maladies chroniques de quelques considérations d'ensemble destinées à montrer le rôle que l'hydrothérapie est appelée à remplir en pareille circonstance. C'est celui de satisfaire à des indications générales qui se présentent toujours dans ces longues luttes que soutient l'organisme contre une cause morbide souvent placée elle-même au-dessus des ressources de l'art. Fort heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et l'hydrothérapie bien dirigée comptera de nombreux succès dans beaucoup de névroses, dans les maladies chroniques de l'appareil digestif et de ses annexes, dans celles des voies urinaires, et généralement dans les cas où les troubles fonctionnels dominent la scène.

M. Beni-Barde ne nous présente pas l'hydrothérapie comme

le remède universel. Son but est d'en bien préciser les indications, de défendre la méthode contre les accusations peu fondées et les préventions que lui ont values des applications mal dirigées, livrées souvent à l'initiative du malade. Son livre est fondé sur une observation déjà longue, qui lui a permis de contrôler les travaux de ses devanciers, et de signaler quelques faits pathologiques nouveaux, parmi lesquels nous citerons un intéressant chapitre sur la névro-myopathie périarticulaire qui avait été précédemment l'objet de sa part d'un travail spécial.

C'est à ce titre d'œuvre essentiellement clinique que le nouveau Traité d'hydrothérapie nous a paru particulièrement recommandable.

B.

Congrès médical de France; 4e session tenue à Lyon, du 18 au 26 septembre 1872. — 1 vol. in-8 de 680 pages. Paris, Adrien Delahaye.

La Gazette hebdomadaire a rendu un compte extrêmement détaillé de ce congrès, et elle a eu soin même de porter un jugement sur quelques-unes des importantes questions qui y ont été agitées. Néanmoins, à ses yeux même, c'est une œuvre précieuse que le recueil complet des mémoires et des discussions qui ont rempli les séances du congrès. Il nous est échappé de dire un jour : « Les congrès sont souvent des foires où l'on promène des *ours*. » Cette définition malséante passe au-dessous de la grande session qui s'est tenue dans la cité lyonnaise et dans laquelle la science locale a rempli un rôle si honorable. Et ce nous est un devoir d'ajouter que chaque année les congrès français, quelque nom qu'ils portent, tendent à dépouiller cette banalité qui les avait un peu dépréciés au début.

Le volume édité par M. A. Delahaye répond, pour ainsi dire, par l'excellence de la composition et la solidité du papier, à la qualité des travaux qu'il est destiné à perpétuer.

A. D.

Index bibliographique.

Origine de la syphilis, par Edmond Bassereau.

L'auteur s'était d'abord proposé de tracer un examen historique et critique des doctrines qui ont régné jusqu'à ce jour sur la syphilis. Nul n'était mieux placé que lui pour un pareil travail. Mais en présence des développements rendus nécessaires par l'abondance des matériaux, M. Bassereau s'est rejeté sur la question plus limitée de l'origine de la syphilis.

Il s'agit donc d'un travail d'érudition et de critique. Revoir tous les textes dans leur source première, les comparer, relever les erreurs ou les falsifications et contrôler sévèrement les conclusions de ses prédécesseurs, tel est le but que l'auteur s'est proposé. Le travail laisse peu à désirer sous ce rapport. En ce qui concerne l'existence de la syphilis dans l'antiquité, rien ne la démontre péremptoirement, tandis que les accidents simplement vénériens se trouvent décrits de la manière la plus explicite dans les livres anciens.

Selon toute apparence, la vraie syphilis date de la fin du XVe siècle, et, en se fondant sur un examen sévère de tous les documents déjà connus pour la plupart, M. Bassereau arrive à cette conclusion, qui s'écarte de l'opinion la plus généralement admise, à savoir : l'importation américaine de la vérole et son existence dans le nouveau monde à une époque impossible à préciser, mais bien antérieure à la date de son apparition en Europe.

VARIÉTÉS.

Les hommes velus de Russie.

Dans le dernier numéro nous avons donné, à propos de l'homme-chien et de son fils, des indications auxquelles nous devons joindre le résumé d'une communication de Virchow à la société médicale de Berlin. Nous avons tout lieu de penser qu'il s'agit des mêmes individus qui ont excité la curiosité des Berlinois. Suivant la Revue des sciences médicales d'Hayem, tome II n° 2, Virchow nous apprend l'origine de ces monstres; ce sont deux individus mâles : le père, qui a cinquante-cinq ans passés, et son fils, qui n'a que trois ans.

L'homme des bois, comme on appelle le premier (l'homme-chien de Paris), est fils d'un soldat russe de Kostrema, mais on ne sait rien de plus sur ses ancêtres ; d'ailleurs, comme il est né pendant que son père était au service militaire, il est possible qu'il soit d'une origine indéterminée. Le frère et la sœur de l'homme des bois ne présentent pas d'anomalies analogues. Celui-ci a été marié, et a eu deux enfants morts en bas âge, dont une petite fille qui aurait présenté les mêmes caractères extérieurs que son père ; on ne sait rien de l'autre enfant. Quant à celui qui l'accompagne actuellement et qui lui ressemble sous tous les rapports, l'homme des bois prétend qu'il lui est étranger; nous respectons le mur de la vie privée, mais on dit, parmi ceux qui connaissent l'homme des bois, que l'enfant est illégitime. Ce malheureux individu étant en butte aux mauvais traitements des habitants de son village, s'est retiré dans une forêt où il habitait sous terre. Ces deux personnages présentent un développement du système pileux qui est limité au visage et aux régions voisines, mais le reste du tégument offre un développement exagéré des poils, surtout en certaines régions.

L'homme des bois décrit par Virchow présente une anomalie dentaire remarquable, que l'on retrouve chez l'enfant. Virchow semble disposé à chercher la cause de cette anomalie dans une disposition particulière du nerf trijumeau; nous pensons qu'il est difficile de se prononcer en pareille circonstance; mais nous avons peine à comprendre comment le nerf trijumeau peut influencer le développement des poils sur les régions autres que la face; les hommes-chiens nous rappellent les *édentés*, chez lesquels le système pileux est si développé, et le système dentaire si rudimentaire, sans insister davantage sur la comparaison.

L'Académie de Bruxelles et la baleine de Jonas. — Un singulier incident survenu à l'Académie des sciences de Bruxelles occupe la presse politique belge. M. Van Beneden, après avoir fait remarquer, dans une lecture, que la tradition suivant laquelle le dauphin rapporte au rivage les corps humains qu'il rencontre est très-ancienne et très-répandue, avait rapproché de cette croyance « la *fable* de Jonas ». Assurément, dans une Société savante, un zoologiste peut se risquer à dire qu'un corps humain avalé par une baleine n'y est pas en bon état au bout de trois jours ; mais le caractère de M. Van Beneden est assez connu pour qu'on puisse être assuré qu'il se fût abstenu des paroles citées plus haut, s'il eût pu penser qu'elles fussent de nature à scandaliser quelque collègue. En cela il s'est trompé. Deux professeurs de l'Université catholique de Louvain, MM. Henry et Gilbert, ont, dans une lettre violente au président de l'Académie, réclamé un blâme formel contre M. Van Beneden, pour atteinte portée à leur conscience catholique. Après des observations judicieuses et fermes de M. Quetelet, et sur la proposition de M. Sélys-Longchamps, l'ordre du jour a été adopté à l'unanimité moins une voix. Sur ce, MM. Henry et Gilbert, dans un élan magnanime, ont donné leur démission.

Il faut s'attendre à ce que, quelque jour, un protestant se retire de l'Académie pour ne pas entendre parler du pape, ou un juif pour ne pas laisser dire devant lui que le Christ est le Messie. Car il est à présumer que les juifs et les protestants ont aussi une « conscience ».

Temps préhistoriques. — Un nouveau monument des temps préhistoriques vient d'être mis au jour dans les environs de Paris. Deux membres du Comité archéologique de Senlis, MM. Millescamps et Hahn, fouillent en ce moment à Luzarches un véritable cimetière, dont l'existence avait été révélée il y a une vingtaine d'années. Des crânes ont été examinés par M. Broca.

— On a signalé de Nice, au *Journal des Débats*, la découverte récemment faite d'un troisième squelette d'homme des cavernes par M. Rivière, qui a, on se rappelle, envoyé au Muséum de Paris le premier sujet de cette espèce (troglodyte), qu'il a mis à jour en 1871, dans une grotte dites Baoussé-Roussé, voisines de la ville de Menton.

Le squelette nouveau, disent les *Débats*, à en juger par les instruments nombreux qui l'entouraient, — nous devrions dire qui l'entourent, car il repose encore sur le terrain même où il a été découvert, et où il est l'objet de fréquentes visites de la part des savants, — ce squelette remontait à une époque bien plus reculée que celle qui a été assignée au squelette que l'on voit au Muséum de Paris.

Fièvre jaune. — La fièvre jaune continue ses ravages aux États-Unis. A Shreveport, elle s'est étendue sur les plantations avoisinantes. A Memphis, il est mort en un jour 42 personnes et 600 malades étaient en traitement au départ du dernier courrier. Le fléau ne paraît pas en décroissance. De Washington, de Louisville et de Nashville sont arrivés des secours pour les habitants des localités infectées, qui prennent la fuite afin d'échapper à la contagion.

CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS EN 1873. — Voici le mouvement du choléra depuis le début jusqu'au 23 octobre :

Du 4 septembre au 23 octobre, 269 cas extérieurs, dont 143 décès; 129 cas intérieurs, dont 87 décès. Le total des cas est de 398, et le chiffre des décès do 230. — En résumé, le total des malades traités est de 398; le nombre des sortis de 110; celui des décédés de 230; il restait le 23 octobre 58 malades.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par décret en date du 6 septembre 1873, l'enseignement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble est réorganisé ainsi qu'il suit :

1° Accouchements, maladies des femmes et des enfants; 2° anatomie; 3° clinique externe; 4° clinique interne; 5° thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée); 6° pathologie externe; 7° pathologie interne; 8° pharmacie et matière médicale; 9° physiologie; 10° chimie et toxicologie (chaire nouvelle).

— Par arrêté en date du 10 octobre, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, a rétabli la division des lettres et sciences à l'administration centrale. Cette division comprend trois bureaux, savoir : 1° le bureau des travaux historiques et Sociétés savantes; 2° le bureau des bibliothèques et souscriptions; 3° le bureau du dépôt des livres et des bibliothèques scolaires.

SECOURS AUX MARINS BLESSÉS. — M. Fergusson, ancien médecin de la marine hollandaise, a publié une brochure dans laquelle il propose d'étendre aux guerres maritimes l'institution de la convention de Genève pour le sauvetage des blessés. Voici, d'après M. Guibaud, capitaine de frégate (qui donne, dans la *Revue maritime et coloniale*, l'analyse de ce travail) le moyens proposés par l'auteur :

1° Un vaisseau-hôpital; 2° canots de sauvetage; 3° un petit équipage de sauveteurs, sous la protection de la croix de Genève; 4° un navire-hôpital dans les ports. Le navire-hôpital serait peint en blanc avec des croix rouges, et prendrait les blessés, amis et ennemis indistinctement. Pendant le combat, les sauveteurs, vêtus de blanc avec la croix de Genève, armerait les canots de sauvetage, amèneraient au loin les bouées de sauvetage. Ils ne seraient employés qu'à ce service.

ALIMENTATION PUBLIQUE. PISCICULTURE. — En annonçant récemment la mort de M. Coste, nous disions que l'avenir réservait une belle place à la science de la pisciculture. Les résultats pratiques, très-remarquables, que cette science a jusqu'ici donnés dans tous les pays de l'Europe, viennent d'être exposés par M. Bouchon-Brandely, secrétaire-adjoint au Collége de France, dans un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique. Le rapport conclut à la création, dans les bassins de la Seine, de la Loire, de la Garonne et du Rhône, de quatre grands établissements chargés de repeupler ces fleuves et leurs affluents, et d'appliquer les découvertes dont la valeur aurait été reconnue.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Par décret en date du 20 septembre 1873, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins des Sociétés de secours mutuels ci-après dénommés :

Médailles d'or : MM. Devillers (Jean-Baptiste), à Paris; Dunoyer, à Paris; Havard-Duclos (Henry), à Vitré (Ille-et-Vilaine); Tribes (Édouard), à Nîmes.

Médaille d'argent : MM. Amussat, à Paris; Berigny (Louis-Adolphe), à Versailles; Chenu (Pierre), à Belvès (Dordogne); Desruelle, à Paris; Janoyer (Henry-Julien), à Tain (Drôme); Mallet (Louis-Denis-Adolphe), à Ézy (Eure); de Montessus (Ferdinand-Bernard), à Châlon-sur-Saône; Naret, à Paris.

Médailles de bronze : MM. Albespy (François), à Rodez; Porcheron, à Paris; Pouliot (Théodore), à Saint-Junien (Haute-Vienne).

ÉLECTIONS MUNICIPALES. — M. le docteur Dally, notre distingué collaborateur, vient d'être nommé membre du conseil municipal de Neuilly-sur-Seine.

FAUX THÉ. — *The Lancet* contient un article intéressant sur la falsification du thé. Ce qu'on désigne sous le nom de *thé* dans le commerce est tellement adultéré que sur 183 millions de livres de ce produit reçues à la douane en 1872 il y en avait 10 millions absolument impropre à la consommation.

ALIÉNÉS. — Il ressort du budjet du département de la Seine, qui vient d'être distribué, que les dépenses pour aliénés ont presque triplé depuis vingt ans.

— M. Mallez commencera son cours, *pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire*, le jeudi 6 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

État sanitaire de Paris :

Du 18 au 24 octobre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 815 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 41. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 32. — Dysentérie, 7. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants 17. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 54. — Angine coenneuse, 2. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 229. — Affections chroniques, 288, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 72. — Causes accidentelles, 24.

Londres : Population, 3 356 073 habitants. — Décès du 12 au 18 octobre 1873, 1283. — Variole, 0; rougeole, 55; scarlatine, 18; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 12; bronchite, 139; pneumonie, 79; dysentérie, 1; diarrhée, 30; choléra nostras, 2; diphthérie, 5; croup, 14; coqueluche, 31.

SOMMAIRE. — **Paris.** Des injections veineuses dans le choléra. — **Travaux originaux.** Chirurgie : De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goîtres suffocants, cystiques ou parenchymateux (opération suivie de succès). — Physiologie pathologique : Des décollements spontanés de la rétine. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — **Revue des journaux.** Sur les abcès rétro-pharyngiens des enfants. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques dans les deux premières années de la vie. — **Bibliographie.** Traité théorique et pratique d'hydrothérapie. — Congrès médical de France. — Index bibliographique. — **Variétés.** Les hommes-velus de Russie. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire, par le docteur Le Texier. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

L'ignipuncture, de ses différents emplois, de son indication spéciale dans les tumeurs blanches, par le docteur Trapenard. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Vie de l'univers, ou étude de physiologie générale et philosophique appliquée à l'univers, par le docteur [illegible] 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 7 fr.

Traité pratique du rétroceps (forceps asymétrique), par le docteur Hamon (de la Rochelle). 2° édition. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 7 fr. 50

Doctrine rationnelle du choléra asiatique, prophylaxie et traitement de ce terrible fléau, par le docteur Haire. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques par le docteur Depaul, rédigées par le docteur de Soyre, revues par le professeur. 2° fascicule gratis pour les souscripteurs. Paris, A. Delahaye. Ouvrage complet. 14 fr.

Le choléra à l'hôpital Cochin (1865), étude clinique par le docteur Bourneville. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur Legrand du Saulle, 1 fort volume in-8 de 1100 pages. La première partie (1 vol. de 800 pages), est en vente; le complément de l'ouvrage paraîtra fin novembre prochain. Paris, A. Delahaye. Ouvrage complet. 16 fr.

Comptes rendus des séances de la Société de biologie. 2° fascicule, d'avril à juillet 1873. Les *Comptes rendus* et les *Mémoires* réunis formeront 1 fort volume avec planches. Paris, A. Delahaye. 7 fr.

Du choléra, nouvelle méthode et deux nouveaux moyens de traiter la cholérine et le choléra, par le docteur Déclat. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye. 60 c.

La médecine pneumatique, ses applications au traitement des maladies des voies respiratoires, par le docteur Rengade. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. 2° série, 1er fascicule in-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

chable, me paraît pouvoir permettre de faire entrer dans la pratique journalière l'amputation ostéo-plastique et tibio-calcanéenne, et supprimer les graves inconvénients inhérents au procédé de Pirogoff.

Thérapeutique.

CHOLÉRA ET CHLORALUM, par M. A. Paulier, interne des hôpitaux.

M. le docteur Blanc vient de publier sur le choléra et le chloralum une série d'articles dont la conclusion est que le chloralum est l'antidote, le « contre-poison si longtemps cherché » du poison cholérique. Bien qu'il n'ait que très-peu d'observations à citer à l'appui de sa thèse (huit seulement, dont quatre insuccès), M. le docteur Blanc n'hésite pas à proclamer l'efficacité de son remède, et le recommande tout spécialement à l'attention des médecins français.

Ces conclusions nous paraissent passablement exagérées, surtout après ce que nous avons vu à l'hôpital Beaujon. Le chloralum, en effet, a été essayé dans le service des cholériques sous la direction et d'après les indications de M. Blanc lui-même, qui est venu chaque jour surveiller l'administration du médicament : sur 5 cas, nous avons eu 4 morts.

Voici ces observations, telles que nous les avons recueillies dans le service de M. Beaumetz, alors chargé du service cholérique de Beaujon (salle des femmes) :

Obs. I. — Marie S..., trente-quatre ans, cuisinière, salle Saint-Edmond, n° 42, entre le 23 septembre 1873, pour une attaque de choléra; avait la diarrhée depuis quatre jours. Prise la veille de son entrée de vomissements verts et de crampes. Pas de refroidissement. Symptômes ordinaires du choléra, rien de particulier.

Les 23 et 24 septembre, même état. Comme traitement pendant ces deux jours, thé au rhum, glace, rhum, boules d'eau chaude.

Le 25, on commence le traitement par le *chloralum* d'après la méthode de M. Blanc : 1° 1 partie de chloralum pour 25 d'eau, 30 grammes de cette solution à boire en une demi-heure par cuillerée; après chaque cuillerée un peu de glace, qu'on donne du reste à volonté à la malade; 2° toutes les heures un lavement de 400 grammes de la même solution; 3° chaleur extérieure; 4° de temps à autre un peu de lait glacé auquel on mêle un peu de pepsine pour en favoriser l'absorption.

Ce traitement est institué dès le 25 au matin et exécuté avec soin par les infirmières. Le soir, la malade est plongée dans un profond sommeil; elle a eu peu de vomissements et peu de selles.

Le 26, même état. Sommeil, torpeur, face très-rouge, congestionnée. Réaction comateuse. La malade n'a plus ni selles ni vomissements. On supprime le chloralum en lavement et en potion. Café, sinapismes, ventouses pour la tirer de cette torpeur qui persiste toute la journée.

Le 27, même état de réaction comateuse. Figure extrêmement rouge et congestionnée.

Le 28, même état. On essaye de nouveau sans succès les révulsifs et quelques sangsues derrière l'oreille. On la sonde ce jour-là; beaucoup d'urine dans la vessie. La malade meurt dans le même état comateux le 29.

A l'autopsie, psorentérie, injection des intestins, dégénérescence des reins. Rien à noter du côté des autres organes.

Obs. II. — Joséphine R.., quarante ans, domestique, salle Saint-Edmond, n° 45, entre le 23 septembre dans le service des cholériques. Prise de vomissements, de diarrhée, de crampes, dans la nuit du 22 au 23. N'avait pas eu de diarrhée avant; était plutôt constipée. Elle s'était, disait-elle, beaucoup fatiguée la veille à laver du linge sale. Symptômes ordinaires du choléra : vomissements, diarrhée, crampes, facies hippocratique, douleur épigastrique, hoquet, peu de refroidissement. Avait uriné un peu. — Traitement : chaleur extérieure, thé au rhum, glace, rhum.

Le 24, même état, même traitement.

Le 25, on institue le traitement par le *chloralum*.

Le 26, la face est rouge, congestionnée. Un peu de torpeur, toujours des vomissements. Les selles sont supprimées. Vésicatoire au creux de l'estomac; on continue le chloralum, mais on diminuant les doses.

Le 27, même état congestif, face rouge, torpeur, somnolence. A été un peu à la selle et a un peu uriné. On supprime le chloralum. Révulsifs pour tirer la malade de son état comateux.

Le 28, mort dans le même état.

A l'autopsie, on trouve un peu de congestion pulmonaire et de la psorenterie. La rate est petite, ratatinée; la vessie pleine d'une urine très-albumineuse. Foie congestionné, vésicule biliaire gonflée, remplie de bile. Dégénérescence graisseuse des reins.

Obs. III. — Marie P..., trente-sept ans, journalière, salle Saint-Edmond, n° 46. Entre le 24 septembre dans le service des cholériques. Traînait depuis six semaines, sans avoir de diarrhée pourtant. N'a été prise de diarrhée, de crampes et de vomissements que le dimanche 21. Elle s'était beaucoup fatiguée à laver le linge sale d'un hôtel garni. Entre le 24 septembre vers quatre heures du soir. Facies caractéristique, nez froid. Pas de refroidissement du corps. Diarrhée, crampes, vomissements verts, soif vive, etc. — Traitement : collodion sur le ventre, thé au rhum, chaleur extérieure, etc.

Le 25, on institue le traitement par le *chloralum*.

Le 26, torpeur, sommeil. Peu de diarrhée, peu de vomissements. Face rouge, congestionnée. Réaction violente, comateuse. — Traitement : sinapismes, café, ventouses.

Le 27, même état. On cesse le chloralum; la veille on avait diminué la dose. Toujours réaction comateuse. Face très-rouge. Somnolence, torpeur.

Le 28, même état. A uriné un peu. — Mort le 29.

Autopsie. — Pas de congestion des poumons. Foie un peu congestionné. Rate petite, dure, ratatinée. Vésicule biliaire gonflée, remplie d'un liquide noir comme de l'encre. Rien dans le cœur, pas de caillots. Reins : dégénérescence graisseuse très-avancée. Vessie pleine d'une urine contenant de l'albumine en grande quantité. Intestins : psorentérie.

Obs. IV. — Hortense C..., vingt-neuf ans, domestique, salle Saint-Edmond, n° 43. Entre le 24 septembre dans le service des cholériques. Avait la diarrhée depuis douze jours ainsi que des vomissements. N'a suivi aucun traitement jusqu'au jour de son entrée. Ses selles étaient jaunes, dit-elle. A son entrée, elle présente les symptômes ordinaires du choléra à son début. Facies peu altéré; les yeux seuls sont profondément excavés et cerclés de noir. Crampes depuis hier seulement. Pas de refroidissement du corps ni du nez. Elle était, en somme, dans de bonnes conditions. — Traitement : collodion sur le ventre, rhum, thé, chaleur extérieure, etc.

Le 25, traitement par le *chloralum*.

Le 26, va moins bien qu'hier. Deux selles seulement. Sommeil, torpeur, tendance à la réaction comateuse. Café, sinapismes, bouillon, vin, etc.

Le 27, même état. Congestion de la face. Suppression du chloralum.

Le 28, va mieux. A uriné. La torpeur a disparu.

Le 29, la malade va très-bien et peut être considérée comme convalescente. Elle nous avoue alors qu'elle avait pris très peu de la potion. Quant aux lavements, ils lui donnaient de violentes coliques; aussi après les deux ou trois premiers avait-elle refusé de prendre les autres.

Le 4 octobre, la malade sort guérie.

Obs. V. — Joséphine R..., vingt et un ans, domestique, salle Saint-Edmond, n° 37. Entre le 24 septembre, dans le service des cholériques, venant de la salle Sainte-Monique, où elle était depuis le 9 pour une fièvre typhoïde. Prise le 23 de crampes, de vomissements, de refroidissement et autres symptômes du choléra. — Traitement : thé au rhum, rhum, glace, etc.

Le 25, on commence le traitement par le *chloralum*.

Le 26, toujours des vomissements, moins de selles, un peu de congestion de la face, peu de torpeur. Va assez bien. On supprime les lavements en continuant la potion au chloralum.

Le 27, toujours des vomissements verts. Pas de refroidissement. Peu de diarrhée, trois ou quatre selles seulement dans la journée.

Le 28, se maintient dans le même état.

Le 29, *idem*. A uriné dans la journée. Paraît aller mieux. — Mort le 30.

Autopsie. — Psorentérie et lésions de la fièvre typhoïde.

Comme on le voit par ces observations, le chloralum a bien eu pour effet de diminuer ou d'arrêter complétement la diarrhée; mais il a déterminé en même temps une congestion extrêmement violente, suivie d'un coma plus ou moins profond, qui a enlevé les malades en trois ou quatre jours.

M. Blanc attribue cette réaction si intense à l'influence du poison cholérique, et surtout à l'alcool absorbé par les malades avant l'administration du chloralum. C'est une opinion toute personnelle, et les faits que cite M. Blanc ne sont pas assez nombreux pour être pris en sérieuse considération.

En somme, sur cinq femmes atteintes de choléra et traitées par le chloralum, nous avons eu quatre morts. Quant à la

cinquième, elle n'a pris que très-peu de la potion, et encore moins de lavements, qu'elle avait supprimés de sa propre autorité, parce qu'ils lui donnaient, disait-elle, de violentes coliques. Je ne crois pas qu'on puisse sérieusement mettre sa guérison sur le compte du chloralum.

Donc, quatre morts sur cinq, tel a été le résultat à l'hôpital Beaujon.

Le nouvel antidote proposé nous paraît donc laisser beaucoup à désirer, et certainement si nous étions atteint du choléra, ce n'est pas à lui que nous nous adresserions; nous préférerions encore à ces prétendus spécifiques la vieille méthode des indications, qui seule a donné jusqu'ici des résultats sérieux, au moins à l'hôpital Beaujon.

Chirurgie.

De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goîtres suffocants, cystiques ou parenchymateux (opération suivie de succès), par le professeur Michel, de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 44.)

Desault paraît avoir le premier en France tenté l'extirpation du goître. Il fit deux opérations. L'un de ces malades guérit, l'observation a été donnée avec détail par Giraud, son élève; le second mourut, l'observation n'a pas été publiée. Boyer dit seulement qu'en raison de l'hémorrhagie, Desault dut renoncer à son projet et lier une portion de la thyroïde isolée.

Dupuytren opéra deux malades, l'un en 1808, l'autre en 1831. Tous les deux moururent. Rullier, dans sa thèse inaugurale de 1808, raconte l'histoire du premier opéré; il ne fut pas question du second.

Roux fit deux opérations, l'une en 1835, le 10 mai, l'autre en 1850. La première fut un revers, la seconde un succès. M. Rufz, dans un petit mémoire publié dans les Archives générales de médecine (tome X, 2e série, 1836, page 25), raconte le cas malheureux. Agrégé de la Faculté de médecine de Paris et interne de Roux, il fit un véritable réquisitoire contre l'extirpation de la glande thyroïde; on en jugera par la dernière phrase de son mémoire (*loc. cit.*, p. 44) : « Si l'on considère, dit M. Rufz, que le goître n'est peut-être pas susceptible de la dégénérescence cancéreuse, ou du moins s'il ne l'est que très-rarement, que cette difformité, extrêmement fréquente dans certains pays, n'entraîne dans la majorité des cas presque aucun inconvénient pour la santé, on rangera cette opération parmi les opérations de complaisance, que les chirurgiens ne doivent presque jamais entreprendre. » Malgré ses erreurs, cette conclusion fut généralement reproduite dans les publications les plus importantes de l'époque; elle servit de guide à la pratique.

L'impression était tellement forte, que Roux, quinze ans après, rendant compte de son succès (voy. obs. II) à l'Académie de médecine dans sa séance du 10 septembre 1850, crut devoir s'excuser d'avoir osé recommencer un tel essai, en donnant cette phrase de début : « Je dois me hâter d'ajouter que dans ce cas, comme dans les autres du même genre que j'ai opérés, je ne m'y suis déterminé qu'à mon corps défendant, vaincu en quelque sorte par les vives instances du malade et par la ferme volonté qu'il m'exprimait de courir plutôt les chances de la mort que de conserver son infirmité. » Evidemment, en cédant à de telles raisons, Roux se laissait aller aux opérations de complaisance, et il s'exposait à mériter les reproches que lui avaient adressés son interne. Aussi, à la suite de cette communication, Velpeau n'hésita pas à dire : « J'exprime la crainte que ce succès ne puisse coûter cher peut-être à quelques autres malades en encourageant des tentatives téméraires dont le résultat pourrait bien n'être pas aussi heureux. Pour être fondé à imiter Roux, il faudrait rencontrer des goîtres isolés, mobiles, à base étroite et pédiculée, et encore même doit-on être circonspect dans ces cas, quand on songe qu'il ne s'agit que d'une infirmité qui ne compromet pas la vie; aussi dans les conditions contraires l'opération doit être interdite. »

Le raisonnement de Velpeau portait juste tant qu'il ne s'agissait que des goîtres ne donnant lieu qu'à une simple difformité, mais il était faux en face du goître suffocant, dont l'issue funeste doit être la conséquence pour celui qui en est atteint. Bagin corrobore l'argumentation de Velpeau en rappelant un fait malheureux. Voulant tenter une semblable extirpation sur un jeune militaire à l'hôpital de Strasbourg, il survint une véritable apoplexie de la glande thyroïde. L'opération resta inachevée et le malade mourut.

Dans la séance du 24 septembre suivant, Velpeau communiqua à l'Académie, de la part de M. le docteur Cabarret (voy. obs. III), de Saint-Malo, la relation d'un goître opéré avec succès. L'illustre chirurgien de la Charité n'ajouta pas un mot à cette lecture. Elle fournit l'occasion à M. Sédillot, tout en attaquant les assertions que Velpeau avait émises dans la séance du 10 septembre, de développer sa pratique personnelle et les raisons qui lui servent de base; depuis elles ont été reproduites dans son Traité de médecine opératoire (tome II, page 415, 3e édit.). Nous les prenons dans ce livre pour les analyser.

M. Sédillot déclare d'abord que « les chirurgiens expérimentés ne doivent jamais tenter l'extirpation du vrai goître. Tous ceux qui ont entrepris cette opération par irréflexion ou ignorance ont éprouvé des revers. » Après une déclaration aussi formelle, on est étonné de lire quelques lignes plus bas que « l'extirpation des tumeurs thyroïdiennes, ou faux goîtres, est le moyen le plus sûr de débarrasser les malades, surtout quand *le goître est solide et pédiculé.* » A l'appui de cette conclusion, l'auteur rapporte trois opérations faites avec succès. Malgré cette heureuse pratique, je ne comprends pas la valeur réelle de la division anatomo-pathologique sur laquelle elle s'appuie. Si M. Sédillot pense que le goître du crétin dépend seulement de l'hypertrophie glandulaire, il se trompe : on trouve là comme ailleurs, et presque toujours, les dégénérescences colloïdes les plus variées, cause ordinaire des productions kystiques (faux goîtres de M. Sédillot). Cette division anatomo-pathologique n'est donc pas sérieuse pour la médecine opératoire; sans s'en douter, M. Sédillot l'indique lorsqu'il affirme que l'extirpation sera d'autant mieux indiquée que le goître sera *solide et pédiculé*. Qu'est le goître solide, sinon une hypertrophie du tissu glandulaire?

Si une étude réfléchie de l'article que l'illustre chirurgien consacre à cette opération ne m'a pas induit en erreur, il me semble évident que M. Sédillot n'a eu d'autre but que d'appuyer de sa puissante autorité l'extirpation partielle, tout en rejetant absolument l'extirpation totale de la glande thyroïde. C'est l'explication toute naturelle de sa deuxième condition favorable à l'extirpation, *tumeur pédiculée.*

Ces deux conditions, *tumeur solide et pédiculée*, rééditées de Velpeau, doivent-elles primer ici les indications opératoires? Je ne le pense pas, et je regrette de ne pouvoir me ranger à l'avis de ces deux maîtres en chirurgie.

Les tumeurs de cette forme ne sont le plus souvent qu'une simple difformité plus ou moins incommode, je le veux bien, mais elles ne menacent pas la vie de ceux qui les portent; elles laissent intactes la respiration et la déglutition; il n'y a ni dyspnée, ni dysphagie, accidents redoutables liés à la marche et au développement de certaines tumeurs de la glande thyroïde.

Pourquoi donc opérer ces goîtres innocents et faire porter sur eux les indications fondamentales de ces opérations graves et difficiles. On sent ici toute la valeur de l'argumentation de Rufz; on glisse sur la pente facile des opérations de complaisance, et je ne crois pas trop m'avancer en disant que cette façon d'agir, suivie par Roux et d'autres, n'a pas été pour rien dans la répulsion générale qu'éprouve la chirurgie française pour l'extirpation du goître.

N'eût-il pas été plus sage, sans se préoccuper de cette question toute secondaire touchant à la nature anatomo-pathologique du mal, n'eût-il pas été plus sage, dis-je, de poser nettement l'indication suivante : La glande thyroïde malade doit être enlevée en tout ou en partie chaque fois que ses lésions, après avoir résisté à des moyens moins radicaux, menacent l'existence de celui qui en est atteint.

Telle est la base nécessaire sur laquelle pouvait et devait s'asseoir une opération si redoutée, en raison de son voisinage avec les nombreux et gros vaisseaux sanguins de la région du cou. Sa part eût été assez belle, et je ne doute pas un instant que, comprise ainsi, elle se fût imposée aux chirurgiens comme une nécessité, une dernière branche de salut; et ses résultats, loin de jeter l'épouvante, auraient rassuré l'opéré et l'opérateur.

Depuis les opérations de Roux et Cabarret, je n'ai pu en trouver une seule pratiquée en France. J'ai vainement compulsé nos plus volumineux recueils périodiques, les bulletins de nos sociétés savantes, tels que la Gazette hebdomadaire, la Gazette médicale de Paris, l'Union médicale de Paris, la Gazette des hôpitaux, les Bulletins de l'Académie de médecine, les Bulletins de la Société de chirurgie, etc.

Une seule fois, M. Labbé, présentant à ses collègues de la Société de chirurgie (séance du 29 juin 1870) un jeune homme atteint de goître suffocant, demanda s'il y avait lieu de tenter une opération. Depuis un an, ce malade éprouvait des accès de suffocation effrayants, malgré le traitement ioduré pris à l'intérieur. MM. Verneuil et Tillaud insistèrent pour le traitement médical. M. Le Fort hasarda le mot d'opération dans le cas de retour des accidents. Si j'en crois les dernières paroles de M. Labbé, l'opération choisie serait sans doute la cautérisation à la façon de Bonnet, de Lyon. Il est regrettable que depuis on n'ait plus parlé de ce jeune homme; il serait curieux de savoir s'il a guéri ou s'il a partagé le sort du malade cautérisé par M. Sédillot (*loc. cit.*, p. 418), des deux femmes dont M. Tarnier a raconté l'autopsie dans la même séance de la Société de chirurgie, ou de la jeune fille de M. Gosselin (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 157).

Pour compléter l'inventaire des cas de goîtres opérés en France, il me reste à ajouter que Brun, dans sa thèse, dit avoir vu un chirurgien de province entreprendre cette opération, qui fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. Rullier cite un cas semblable auquel assistait Percy.

Enfin, M. Ferrus (article Goitre du *Dictionn. des sciences méd.*, 2e édit., tome XII, p. 181) attribue une opération mortelle à Blandin.

Nous comptons en France en ce moment 14 opérations; la mienne fait la 15e, en comprenant dans ce total les extirpations complètes et partielles. Desault, 2; Dupuytren, 2; Roux, 2; Sédillot, 3; Bégin, 1; Cabarret, 1; Michel, 1. Ajoutant l'opéré de Blandin, 1; celui vu par Brun, 1; celui vu par Percy, 1, on arrive au chiffre 15.

Sur ces 15 opérés, il y a eu 7 guérisons (Desault, 1; Roux, 1; Cabarret, 1; Sédillot, 3; Michel, 1) et 8 morts (Desault, 1, Roux, 1; Dupuytren, 2; Blandin, 1; Bégin, 1; Brun, 1; Rullier, 1). Parmi ces morts, 2 ont succombé à une hémorrhagie entre les mains du chirurgien (faits cités par Rullier et Brun), 3 ont eu des hémorrhagies qui ont forcé d'interrompre l'opération (Desault, Dupuytren, Bégin); le 6e, appartenant à Dupuytren, est mort trente-six heures après l'opération; le 7e, de Roux, après cinquante-six heures. Je n'ai pu trouver la cause de la mort de celui de Blandin.

Rufz, dans son mémoire (*loc. cit.*, p. 43), après avoir analysé les détails des autopsies des opérés de Dupuytren et de Roux, conclut que la mort doit être attribuée dans les deux cas à la gravité de l'opération. Vérification faite de l'autopsie de l'opéré de Roux, je ne saurais partager cet avis. On lit en effet les détails suivants (page 33) : « *Cœur un peu volumineux; l'oreillette et le ventricule droits contiennent un caillot blanchâtre, fibrineux, très-résistant et très-adhérent à leur paroi;* pneumonie lobulaire. » Ces détails anatomo-pathologiques n'avaient point à cette époque la signification d'aujourd'hui. N'est-il pas évident que cet individu a succombé à une thrombose veineuse (1), surtout si l'on ajoute que les derniers temps de la vie ont été marqués par de la pâleur et une grande gêne de la respiration. Cette cause de mort n'a rien de spécial dans l'opération qui nous occupe; elle a même pu la précéder sous l'influence du processus pathologique.

Pour compléter l'étude de ce petit tableau statistique, en séparant les extirpations complètes et partielles et ne tenant compte que de celles données avec assez de détails, nous trouvons : 4 extirpations complètes (1 Dupuytren, 1 Roux, 1 Cabarret, 1 Michel). Sur ces 4, il y a 3 guérisons et 1 mort (celui de Dupuytren). Statistique qui n'est pas si défavorable, malgré le petit nombre des observations. Ajoutons que chez certains opérés la guérison était effectuée dans moins d'un mois et sans accident.

Je relève 5 extirpations partielles (3 Sédillot, le mort de Roux (lobe droit) et le succès de Desault). Sur ce nombre, il y a eu 1 mort et 4 guérisons.

Ces deux statistiques sont à peu près semblables. Toutefois, je ne saurais laisser passer les trois succès de M. Sédillot sans rappeler qu'à une époque où je suivais sa clinique de Strasbourg, je l'ai vu pratiquer trois opérations analogues : deux chez des jeunes filles, l'une en 1849, l'autre le 17 juillet 1851; cette dernière ne guérit qu'après avoir éprouvé des hémorrhagies veineuses foudroyantes, qui menacèrent sa vie jusqu'au 28 juillet, c'est-à-dire pendant onze jours. Le troisième était un jeune homme de vingt ans, opéré le 15 janvier (2); il mourut le 22 à la suite d'un phlegmon diffus gangréneux qui avait envahi toute la région du cou.

En relatant ces détails, je désire montrer qu'en bornant même notre revue à la clinique chirurgicale française, on arrive à ces conclusions : 1° L'extirpation de la glande thyroïde, dans les cas où l'on devrait l'appliquer, n'aurait pas donné des résultats moins heureux que d'autres opérations graves, comme la ligature des gros troncs artériels les grandes amputations des extrémités inférieures, l'ovariotomie, etc. 2° L'extirpation partielle de la glande thyroïde est au moins aussi meurtrière que l'extirpation générale; elle ne saurait remédier aux accidents dans tous les cas. 3° Après le premier mode opératoire, le temps nécessaire à la guérison est aussi long; il peut être entravé d'accidents plus graves qu'après le second mode.

A l'instar de Roux, la plupart des chirurgiens français ont tiré leurs indications opératoires des désirs des malades voulant se débarrasser à tout prix de leur difformité. Je ne suis même pas sûr que parfois l'opérateur n'ait pas mis un peu d'aide à cette détermination.

Pour M. Cabarret et moi, nos indications ont été puisées à une tout autre source. L'opéré de M. Cabarret était essoufflé au moindre effort. Sa voix était gênée et anormale; sa déglutition pénible, sans être douloureuse. L'iode *intus* et *extra* avait été sans résultat.

Je lis dans l'observation du jeune homme opéré par M. Sédillot qu'il éprouvait des accès de suffocation; on trouva à son autopsie la trachée-artère aplatie du côté de la tumeur.

Chez notre jeune fille, la respiration était pénible, le sommeil impossible, puisqu'il provoquait des accès de suffocation. Sa voix était rauque, la déglutition des substances solides impossible, une céphalalgie persistante. Depuis six mois, un

(1) Cette interprétation se trouve soutenue par l'autopsie du docteur Drummond sur une femme de vingt-trois ans atteinte de goître exophthalmique. Il constata une concrétion plate, volumineuse, moulée sur la cavité de la veine cave supérieure et empiétant sur l'oreillette droite. Dans le ventricule droit, caillot fibrineux de quatre lignes de largeur attaché à la valvule tricuspide, embrassant une partie de la valvule; à la valvule mitrale adhère un coagulum de deux pouces de long, arrondi, du volume d'une plume d'oie. (*Dictionnaire* de Garnier, 1867, p. 220.)

(2) J'ai omis dans l'observation de noter l'année. Elle est postérieure à celle des jeunes filles; elle doit être des années 1852 ou 1853. J'ajouterai qu'ici, après l'incision de la peau, on appliqua une forte ligature sur le pédicule.

traitement ioduré et arsenical n'avait point empêché la marche croissante de ces divers accidents.

J'appellerai spécialement l'attention des chirurgiens sur ces deux ordres si différents d'indications opératoires. Les unes sont purement de complaisance; les autres ont au contraire une valeur sérieuse, surtout si nous les corroborons des détails nécroscopiques suivants. Dans les deux autopsies relatées par M. Tarnier, on signale l'existence d'anneaux thyroïdiens enveloppant circulairement la trachée-artère. Si M. Labbé eût connu le résultat de la malade opérée par M. Sédillot (*loc. cit.*, p. 418) dans une circonstance analogue, il n'eût pas ajouté que cette forme ne contre-indiquait pas la cautérisation à la manière de Bonnet. Que pourrait également la cautérisation contre l'aplatissement latéral de la trachée analogue à celui trouvé chez l'opéré de M. Sédillot, qui a succombé à l'extirpation partielle de la glande thyroïde? Pour mon compte, j'ai vu avec M. le professeur Schutzenberger un double aplatissement latéral de la trachée par le développement des deux lobes de la glande thyroïde : la malade est morte asphyxiée. Enfin, je rappellerai la pièce anatomique présentée par M. Gosselin à la séance de la Société de chirurgie du 6 mars 1861. Elle asphyxia la jeune fille pendant qu'on essayait de pratiquer *in extremis* l'opération de la trachéotomie. Billroth (*Chir. Erfahrungen*, Zurich, 1860-1867, p. 163) décrit un goître qui avait usé la trachée et s'étendait jusque dans le larynx. Les observations du docteur anglais King doivent également trouver ici leur place. Partisan des extirpations partielles, il fit trois fois cette opération. Deux de ces malades succombèrent, malgré la trachéotomie; une seule guérit (*Dict. des sciences médic.* de Garnier, 1866, p. 354). Nouvelle preuve de l'insuffisance de ces opérations impuissantes, qu'elles soient faites par le bistouri ou le caustique.

En signalant ainsi l'abandon immérité, selon nous, de l'extirpation de la glande thyroïde, nous n'avons pas l'intention d'ajouter qu'en France les chirurgiens sont restés spectateurs inactifs en face de goîtres suffocants. Nous reconnaissons au contraire de louables efforts médicaux et chirurgicaux tentés contre cette affection.

A la Société de chirurgie de Paris (*loc. cit.*), M. Verneuil a cité un succès obtenu par un traitement lacté soutenu d'applications froides sur le cou.

M. Gosselin (*Gaz. hebd.*, 1857, p. 95) a guéri un goître suffocant en ponctionnant un kyste thyroïdien avec injection de teinture d'iode.

J'ai vu M. Sédillot opérer, à la clinique chirurgicale de Strasbourg, un cas semblable chez une jeune fille de vingt-cinq ans. La tumeur datait de quinze ans. Opérée le 31 juillet 1851, la guérison était complète le 17 février 1852. Il ne restait au niveau de la lésion primitive que les traces d'une cicatrice fibreuse adhérente.

M. Fleury (de Clermont) aurait opéré par ponction ou incision, avec ou sans injection iodée, 35 goîtres cystiques. Sur ce chiffre, 23 auraient été guéris, 3 seraient morts d'infection purulente et de phlegmon diffus du cou. Les autres n'auraient point été suivis assez longtemps pour s'assurer des résultats. (*Dict.* de Garnier, années 1870-1871, p. 187.)

Dans des cas analogues, l'école lyonnaise a surtout insisté sur l'emploi de la cautérisation.

Bonnet (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 621) a fourni un premier relevé de 9 opérés, qui ne donnèrent qu'un mort. Le chirurgien lyonnais fixait la tumeur avec une pique appuyée sur le sternum et cautérisait avec la pâte de Canquoin.

Depuis, et malgré les succès précités, M. Gayet a déclaré le procédé défectueux. Il lui a attribué la plupart des accidents observés, et l'a remplacé par le sien; qui consiste simplement à suspendre à l'aide d'un fil le caustique dans la cavité du kyste.

M. Lépine, dans un mémoire consigné dans les Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon (t. I, p. 335), a résumé la pratique lyonnaise. Il cite 17 opérations, qui ne donnèrent qu'un mort, résultat plus remarquable encore que celui de Bonnet. Si j'en juge par la discussion soulevée par ce mémoire à la séance du 31 juillet 1867, on aurait bien pu publier les succès et oublier les revers.

En effet, au cas de mort de M. Gayet sont venus successivement s'ajouter celui de M. Laroyenne et le nombre indéterminé de M. Delore, qui soutint en avoir vu plusieurs.

La discussion a suffisamment mis en relief les graves accidents dont la méthode caustique est passible : la pyohémie, l'infection putride, des hémorrhagies difficiles à arrêter, les lésions de la trachée-artère et des nerfs ont été portées à son actif.

D'après M. Gayet lui-même, un des ardents promoteurs de la méthode, la cautérisation ne devrait être réservée qu'aux kystes séreux et à parois limitées. Les kystes hématiques même sont exclus.

Compris ainsi, le rôle de la cautérisation est considérablement limité, et il n'enlève rien aux indications formelles de l'extirpation de la glande thyroïdienne.

Les résultats fournis par les injections iodées dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire ne sont ni assez nombreux ni assez certains dans leur action, pour se permettre d'inscrire aujourd'hui ces sortes d'expériences au rang des méthodes largement essayées.

Toutefois nous relaterons ce fait intéressant emprunté au docteur Heller de Nuremberg (*Dict.* de Garnier, année 1870, page 188).

Sur un adulte de vingt-huit ans, atteint de goître avec grande gêne de la respiration suivie d'étouffement sous l'influence de la moindre locomotion, M. Heller pratiqua, d'après la méthode de Lucke, des injections intra-glandulaires; il en fit 20 en moins d'un mois. Elles se composaient de 2 parties de teinture d'iode et de 15 milligrammes d'acétate de morphine. Sous l'influence de ce traitement, le lobe droit hypertrophié se réduisit au volume d'un pois (*sic*)? Quelques courants électriques et un traitement interne améliorèrent la position du malade.

Dans ces vingt dernières années, loin d'avoir été abandonnée, l'extirpation de la glande thyroïde a joui d'une certaine faveur à l'étranger. En 1863 (page 860) et en 1867 (page 141) la Gazette hebdomadaire relatait deux opérations tentées en Amérique, l'une par le docteur Smith (obs. IV), l'autre par le docteur Warren Green (obs. V). La première est restée inachevée, et le malade a survécu.

La seconde a donné un beau succès.

A la Faculté de médecine de Berne, une thèse a été soutenue en 1871 par le docteur Victor Brière (*Du traitement chirurgical des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation*, thèse; Lausanne, 1871). L'auteur y donne un résumé des opérations pratiquées nouvellement par les chirurgiens suisses et allemands. On lit à la page 43 que, d'après l'*Encyclopédie* de Schmidt, l'extirpation aurait été faite 29 fois de 1785 à 1845. Sur ce nombre, 11 seraient morts. Depuis cette époque, il a pu faire un relevé de 44 cas nouveaux empruntés à la pratique de V. Walther (2 cas), de V. Bruns (5 cas), Emmert (3 cas), Billroth (20 cas), Middeldorf (1 cas), Schuh (4 cas), Lucke (9 cas). Sur ce total, 12 sont morts, 32 ont guéri, soit 1,3 de mortalité à peu près; résultat conforme à la pratique française, ainsi que nous venons de le voir, en ne tenant compte que des observations données avec certains détails.

Les opérateurs étrangers signalent les hémorrhagies comme le danger principal. Elles ont lieu surtout pendant l'exécution opératoire et parfois après. Ils signalent également des cas de mort ou des opérations inachevées.

Gooch (*Cases in Surgery*, Appendix) rapporte 2 cas qu'il vit opérer. Dans le premier, l'hémorrhagie fut telle que non-seulement l'opération fut interrompue, mais on ne put arrêter le sang, et le malade mourut. Dans le second cas, on ne parvint à sauver l'opérée qu'en faisant pendant une semaine entière nuit et jour la compression digitale. La ligature des vaisseaux n'avait pas réussi. Klein (*Chirurg. Behanof der Stru-*

men Dissert. Tubing. 1860), rapporte que dans un cas opéré par Bruns, la ligature de la thyroïdienne inférieure s'étant détachée, on dut interrompre l'opération; on parvint à lier de nouveau le vaisseau, mais l'opéré succomba à un collapsus croissant.

Werner (*Chirurg. Behandl der Strumen Dissert. Tubingen* 1860) rapporte aussi un cas du même chirurgien où l'opération ne put être terminée, mais le malade guérit.

Klein cite encore dans sa thèse un opéré de Bruns qui, six jours après l'opération, fut pris d'une hémorrhagie de la thyroïdienne supérieure. Il lia la carotide, et son malade mourut.

M. Roux raconte qu'à un moment de l'opération son malade éprouva une grande dyspnée et devint presque complétement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent. Les auteurs allemands signalent une lésion semblable. Ainsi Golen a vu un individu rester muet à la suite d'une extirpation où le récurrent avait été blessé. Dans un cas opéré par Billroth, le malade ne pouvait pas avaler, il mourut des suites de l'opération. A l'autopsie, on trouva le nerf récurrent pris dans la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure.

On a signalé un certain degré d'enrouement persistant après l'opération. Chez le malade de Roux, la voix était restée plus faible et enrouée. La cinquième observation de la thèse de M. Brière mentionne cette circonstance. Notre opéré a conservé cet enrouement cinq mois après l'extirpation. Si je n'avais pas le résultat de l'autopsie de Billroth, j'admettrais difficilement la lésion du nerf récurrent profondément caché entre la trachée-artère et l'œsophage, et je me demande encore comment un opérateur aussi distingué que Billroth a pu comprendre dans la même ligature le nerf et l'artère. Dans mon opération, j'affirme que le nerf récurrent n'a pas été touché; mais il y a une autre branche nerveuse qui doit être atteinte dans presque toutes les opérations: c'est le nerf laryngé externe accolé à la thyroïdienne supérieure. Celui-là, on ne saurait l'éviter, si l'on place la ligature un peu haut. La lésion explique facilement l'altération de la voix. Il se distribue aux muscles crico-thyroïdiens tenseurs des cordes vocales. La section chez les animaux produit un résultat analogue à celui qu'on observe chez les sujets opérés du goître.

Les phlébites des veines du cou et les suites, les fusées purulentes et les abcès gangréneux, comme je l'ai observé chez l'opéré de M. Sédillot, sont les accidents consécutifs les plus graves signalés par les auteurs allemands comme par les opérateurs français.

Médecine opératoire. — A notre avis, la description de l'extirpation de la glande thyroïde laisse beaucoup à désirer dans les observations et les livres classiques. Elle manque de précision. Chaque opérateur paraît avant tout préoccupé de lier les vaisseaux partout où il les trouve, sans tenir compte de leur origine. On multiplie inutilement les ligatures sans garantir les opérés contre les chances des hémorrhagies. En un mot, on oublie trop l'anatomie topographique normale de la glande thyroïde pour courir à l'aventure.

Sans entrer dans tous les détails que comporterait ce sujet, rappelons ces points importants: 1° la glande thyroïde reçoit quatre troncs artériels constants et peut en outre recevoir deux troncs anormaux; 2° elle donne naissance à six troncs veineux constants.

Les artères constantes sont les quatre thyroïdiennes, deux supérieures et deux inférieures. Les deux artères anomales sont: l'une, l'artère de Neubauer, qui pénètre, lorsqu'elle existe, la glande par son bord inférieur; la deuxième, l'artère cricoïdienne, prend parfois le volume d'une grosse radiale; elle franchit la membrane crico-thyroïdienne et va se jeter dans le lobe thyroïdien, du côté opposé à son origine.

Les six troncs veineux émanent des plexus veineux qui bordent la glande thyroïde. On les désigne sous les noms de veines thyroïdiennes supérieures, moyennes et inférieures.

Les quatre premières se jettent dans le parcours de la jugulaire interne, les deux dernières se rendent aux troncs innominés veineux.

Sous l'influence du goître, tous ces vaisseaux, largement anastomosés entre eux, peuvent prendre de considérables accroissements en grosseur et en longueur. Cette hypertrophie peut atteindre une partie et même l'ensemble de tous ces vaisseaux. On comprend dès lors l'importance du réseau vasculaire qui peut courir sur les tumeurs goîtreuses, et les dangers auxquels s'expose un chirurgien cherchant à lier tout ce qui se présente.

Aussi, ces dispositions étant connues, nous établissons en principe que: 1° l'opérateur doit avant tout, pour placer les ligatures, rechercher les troncs vasculaires d'origine; 2° une fois trouvés, les couper entre deux ligatures. 3° Il y a un incontestable avantage à débuter par la ligature des troncs thyroïdiens supérieurs plus facilement accessibles que les autres dans la majorité des cas.

Tels sont les principes opératoires qui nous ont guidé dans notre opération; et c'est sans doute à leur observance rigoureuse que nous avons dû de mener à bonne fin notre opération, sans avoir été arrêté par la plus petite hémorrhagie.

Nous divisons cette opération en trois temps distincts:

Premier temps. — Incision et dissection des parties molles jusqu'à la tumeur.

Deuxième temps. — Ligature des vaisseaux thyroïdiens.

Troisième temps. — Dissection de la masse goîtreuse de ses adhérences avec le larynx et la trachée artère.

Premier temps (*incision et dissection des parties molles jusqu'à la tumeur*). — Suivant l'exemple de Dupuytren, Roux, dans sa première observation, avait fait une incision cruciale également suivie par M. Cabarret. Dans sa seconde opération, il s'était contenté d'une incision verticale. Pour notre compte, nous préférons ajouter à l'incision verticale deux petites incisions horizontales à chacune de ses extrémités. On a, de cette façon, une incision en I qui vous permet de disséquer deux lambeaux latéraux et de se créer ainsi une voie plus facile pour atteindre surtout les vaisseaux inférieurs.

Dans la dissection des lambeaux, on peut comprendre du même coup dans leur épaisseur, selon les besoins, en bas le faisceau interne du muscle sterno-mastoïdien, en haut ou en bas les insertions des muscles hyoïdiens. Dans notre opération, nous avons sacrifié entièrement le muscle sterno-thyroïdien étalé sous forme de membrane transparente sur la tumeur. Nous croyons cette protection utile contre les vaisseaux très-minces, très-superficiels et très-dilatés, qui rampent toujours sur le corps thyroïde hypertrophié.

Dans ce premier temps opératoire, on ne coupe que les troncs des veines jugulaires antérieures, préalablement prises entre deux ligatures, et quelques artérioles insignifiantes.

Dans le second temps, nous allons à la recherche des artères et veines thyroïdiennes supérieures, en ayant soin surtout de comprendre entre deux ligatures l'artère principale qui, comme chez notre opérée, était l'artère thyroïdienne supérieure gauche. A peine liée, la tumeur diminua de volume, les veines s'affaissèrent. Il est prudent de différer sa section entre les deux ligatures, afin d'éviter leur dérangement pendant le restant des manœuvres et ne pas s'exposer à des hémorrhagies par suite de leur arrachement imprévu.

On énuclée ensuite la tumeur en bas et sur ses côtés, tantôt avec le doigt, parfois avec le bistouri. Pendant cette dissection, on isole d'abord les troncs veineux thyroïdiens inférieurs compris dans des brides cellulaires assez épaisses; prises entre deux ligatures suffisamment écartées, on les coupe. Il est alors facile de s'assurer si l'artère de Neubauer existe. Ce serait alors le moment de la comprendre entre deux ligatures et de la couper. La tumeur libre en bas peut être relevée et dégagée de ses rapports inférieurs avec la trachée-artère. On aperçoit alors et assez facilement tout à la fois les artères thyroïdiennes inférieures et les veines moyennes. Chez notre opérée, la veine moyenne gauche avait le volume du petit doigt. Comme les

précédentes, on les prend entre deux ligatures, puis on les coupe.

La tumeur thyroïdienne est ainsi privée de toute communication vasculaire. Cette façon d'agir diffère considérablement de celle suivie par Roux et Warren Green, qui lient les vaisseaux au fur et à mesure de leur section. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière de faire qui, exposant à de graves hémorrhagies, peut compromettre le succès de l'opération.

Dans le troisième et dernier temps, on dissèque les adhérences de la glande thyroïde avec la partie supérieure de la trachée et le larynx. Ici l'écoulement de sang est insignifiant. Notre observation le prouve, ainsi que celle empruntée à la thèse de M. Brière (*loc. cit.*, p. 38). Nous la reproduisons sous le n° VI. Je réserve pour le dernier moment la section de l'artère principale entre ces deux ligatures. Souvent dans ces diverses opérations on parle de pédicule ; il n'y en a pas dans les extirpations complètes de la glande, à moins de donner ce nom au point qui correspond à l'arrivée de l'artère la plus volumineuse. Il n'en est pas de même dans les goîtres pédiculés. Le pédicule correspond au point où la tumeur se détache du restant de la glande thyroïde. Il comprend dans son intérieur quelques vaisseaux hypertrophiés. Je ne suis pas étonné qu'en enlevant ou liant cette portion seulement, on soit plus exposé qu'après l'extirpation complète à des hémorrhagies primitives et secondaires plus graves. On laisse en effet dans ces tissus peu résistants aux ligatures une foule de vaisseaux afférents, largement anastomosés entre eux et prêts à ruisseler le sang à la moindre éraillure. Les opérations inachevées de Desault, Bégin, Smith, celle de la jeune fille de M. Sédillot, se trouvaient dans ces conditions. Dans les opérations complètes, il n'est pas question d'hémorrhagies primitives ou secondaires. La guérison s'est achevée comme dans la plaie la plus simple, et je ne suis pas éloigné d'affirmer, pour mon compte, comme je l'ai laissé pressentir plus haut, que les extirpations complètes sont moins graves que les extirpations partielles.

Toutefois, si dans un pédicule on ne pouvait isoler des vaisseaux très-développés, il y aurait quelque avantage à se servir d'un serre-nœud analogue à celui employé dans l'ovariotomie.

Tous ces temps opératoires doivent être exécutés avec une prudente lenteur, ayant sans cesse présentes à l'esprit les difficultés d'une dissection normale grossies des dispositions nouvelles dépendant de la production pathologique.

Conditions favorables et défavorables à l'opération. — Ces conditions dépendent avant tout de l'étendue, de la forme et de la nature de la tumeur goîtreuse. Elles seront favorables si la tumeur est petite, dure, pédiculée, peu vasculaire, sans adhérences très-marquées avec les parties voisines. Elles seront défavorables au contraire si la tumeur est très-volumineuse, si elle offre une large base, si elle plonge fortement derrière le sternum, si les symptômes asphyxiques sont très-avancés, si la tumeur tend à la dégénérescence cancéreuse.

En nous reportant à l'indication opératoire que nous avons formulée plus haut, le chirurgien devra-t-il, peut-il même s'arrêter en face des conditions défavorables? Nous ne le pensons pas. La vie du malade est perdue dans un temps plus ou moins court; pourquoi ne pas lui faire courir les chances d'une opération qui peut lui donner la santé? Qu'on veuille lire sur ce point l'opération de M. Warren Green (voy. l'obs. V); elle portera la conviction dans les esprits les plus timorés.

La science ne possède pas encore d'exemples d'extirpation de ces anneaux de glande enveloppant la trachée et même l'œsophage. Ces dispositions n'ont été constatées que dans les autopsies.

Billroth avance que l'âge est une condition défavorable ; il conseille même de ne pas opérer les goîtreux âgés de quarante ans. Les observations que j'ai relevées n'affirment pas l'assertion du chirurgien viennois. L'opérée de W. Warren Green avait quarante-cinq ans; celui de M. Cabarret dépassait soixante-sept ans (obs. III).

J'ai déjà parlé plus haut de la lésion du nerf; il me reste à signaler la lésion de la jugulaire interne qui fut coupée et liée chez l'opérée de M. Warren (obs. V).

Dans la neuvième observation de M. Brière (*loc. cit.*, p. 38), il est question d'une ouverture de la trachée artère faite pendant la dissection de la tumeur. Cet accident fut sans suites. La cicatrisation fut complète un mois après l'opération (voyez notre observation VI).

Conclusions. — 1° L'extirpation totale de la glande thyroïde doit reprendre son rang en médecine opératoire ; elle jouit en France d'un discrédit immérité.

2° Elle est formellement indiquée quand la vie du malade est menacée, malgré l'emploi des moyens dont la science dispose.

3° Dans ces cas extrêmes, la léthalité est moindre que celle d'autres opérations graves (trachéotomie, ovariotomie).

4° Dans ces conditions, les indications, loin d'être amoindries, doivent être élargies.

5° L'extirpation partielle de la glande thyroïde paraît être au moins aussi grave que l'extirpation complète.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Hommes velus. — A l'occasion des hommes velus qu'on exhibe en ce moment à Paris, M. *Roulin* rappelle d'abord l'histoire de la femme de race indo-chinoise, observée à Ava par des officiers anglais, et dont nous avons parlé (*Gaz. hebd.*, n° 43, p. 666) ; puis il emprunte au Journal d'une ambassade de J. Crawfurd (2e édit., 1834, 1er vol., p. 318) l'histoire d'un homme velu, nommé *Shwe-Maong*, qu'il a examiné également à Ava, de concert avec le docteur Wollich.

« Le front tout entier, les joues, les paupières, le nez, y compris une partie de l'intérieur des narines, le menton, en un mot la face tout entière, à l'exception du bord rouge des lèvres, est couverte de poils fins; sur le front et les joues ces poils sont longs de 8 pouces environ, et de 4 sur le nez et le menton; leur couleur est d'un gris argenté; leur texture est soyeuse, mais ils sont plats et nullement disposés à boucler. La surface postérieure de l'oreille et la surface antérieure, de même qu'une partie du conduit auditif externe, sont couverte d'un poil de même nature que celui de la face, de 8 pouces de longueur environ. C'est à cette toison qu'est dû surtout ce que cette face a d'étrange et fait d'abord hésiter à y reconnaître une face humaine. On peut dire qu'on n'y voit point de cils ni de sourcils proprement dits; à la place où on les eût cherchés, on n'aperçoit que ces poils soyeux dont est couvert le reste du visage. Shwe-Maong nous dit que, lorsqu'il était enfant, cette singulière toison était d'une nuance beaucoup plus claire que celle qu'elle présente aujourd'hui. Le corps tout entier, à l'exception des mains et des pieds, est couvert de poils semblables, pour la texture et pour la couleur, à ceux dont nous venons de parler, mais en général plus clair-semés ; ces poils ne sont nulle part plus épais que le long de l'épine dorsale et aux épaules, où leur longueur est de 5 pouces ; à la poitrine, ils n'en ont pas plus de 4 ; enfin, ils sont rares sur les avant-bras, sur les cuisses et sur l'abdomen.

» Nous avions d'abord pensé que cette singulière toison pouvait bien se renouveler d'une manière plus ou moins complète par une sorte de mue survenant périodiquement ou à des intervalles de temps irréguliers; mais les questions que nous fîmes à cet égard nous obligèrent à renoncer à cette conjecture ; aucun changement sensible à cet égard ne survient dans le courant de l'année. »

Comme dans les autres cas de ce genre d'anomalie, le système dentaire est incomplétement développé. On ne constate à la mâchoire inférieure que cinq dents : quatre incisives et la canine de gauche, et à la mâchoire inférieure que les quatre incisives dont les deux externes ressemblent un peu à des canines. En haut comme en bas, nulle trace de molaires,

et il manque même aux deux os maxillaires toute la partie dans laquelle les germes de ces dents, ou leurs racines, auraient pu se loger; Shwe-Maong avait conservé ses premières dents jusqu'à près de vingt ans, et c'était à cet âge seulement que lui étaient venues celles qu'on lui voit. Ces dents, toutes bien saines, un peu petites d'ailleurs, ont apparu dans l'ordre ordinaire.

Shwe-Maong nous a fait l'histoire du développement de son enveloppe pileuse depuis l'époque où elle avait commencé à attirer l'attention, c'est-à-dire depuis sa naissance.

« En venant au monde, en effet, il avait déjà les oreilles couvertes de poils longs de 2 pouces et d'une couleur approchant de celle de la filasse; c'est vers l'âge de six ans que le reste du corps commença à se garnir de poils, et c'est le front qui fut le premier envahi. Il nous a dit positivement que chez lui l'époque de la puberté avait tardé jusqu'à sa vingtième année. Ce fut deux années plus tard qu'il se maria, le roi, pour nous servir de ses expressions, lui ayant alors fait don d'une femme; il y avait de cela huit ans. Il avait eu déjà de cette femme quatre enfants, tous du sexe féminin. L'aînée était morte à l'âge de trois ans, et la seconde à onze mois, l'une et l'autre sans avoir rien présenté qui les distinguât des enfants ordinaires. La mère, qui dans le pays pouvait passer pour une assez jolie femme, nous est venue aujourd'hui (4 novembre 1824) avec ses deux enfants qui lui restent; l'aînée, âgée de cinq ans environ, est véritablement une très-gentille enfant qui ressemble beaucoup à sa mère et n'a rien qui rappelle le père; elle avait commencé à percer ses dents à l'époque ordinaire, et cette première dentition était complète à l'âge de deux ans. La dernière petite fille, qui a deux ans et demi environ, est robuste et bien portante; au moment de sa naissance elle avait déjà du poil en avant de l'oreille; à l'âge de six mois les poils gagnèrent toute la conque, et à un an ils avaient déjà commencé à envahir d'autres parties du corps; ces poils sont d'un blond filasse. Ce fut à deux ans seulement qu'on vit poindre chez elle deux incisives à chaque mâchoire, et jusqu'à présent elle en est restée là. Shwe-Maong nous a assuré que dans sa famille personne, à sa connaisssance, n'avait offert les particularités qui le distinguent, et il n'a jamais entendu dire que dans le pays où il est né des cas analogues se soient présentés. »

Montruosités. — M. *Dareste* présente de nouvelles recherches sur l'origine et le mode de développement des monstres omphalosites. (Renvoi à la Section d'anatomie et zoologie.)

Phylloxera. — Diverses communications de MM. *Guérin-Méneville*, *Cornu*, *Bazille* et *Rondepierre*.

Histologie. — M. *Ch. Cros* adresse une note « sur l'opportunité d'observer au microscope les cellules nerveuses dans des tissus vivants attenant encore à l'animal, ou dans des tissus frais traversés de courants galvaniques ». (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Ch. Robin.)

Choléra. — MM. *A. Netter*, *Ch. Hellarin* et *J. de Zycki* adressent des communications relatives au choléra. Les Comptes rendus ne donnent pas de mention plus détaillée. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Sucre contenu dans les feuilles de vigne, par M. *A. Petit*. — Il résulte des recherches de l'auteur (lequel avait déjà annoncé en 1869 que les feuilles de vigne contiennent de 20 à 30 grammes de glycose par kilogramme et une certaine quantité d'acide), que ces feuilles renferment, outre le sucre interverti, une quantité très-notable de sucre non réducteur. Le dosage par la liqueur de Fehling, avant et après l'interversion par les acides et les notations polarimétriques, montre que ce sucre non réducteur est du sucre de canne. Après l'action des acides, le pouvoir rotatoire est sensiblement égal à — 26 degrés.

Les feuilles de cerisier et de pêcher contiennent également un mélange de sucre de canne et de glucose.

Irritabilité des étamines. Note de M. *E. Heckel*. — L'auteur conclut de ses observations : 1° que les *mouvements provoqués* ont un déterminisme spécial qui mérite d'être étudié, et qu'ils peuvent dès aujourd'hui être classés parmi les phénomènes d'*irritabilité fonctionnelle;* 2° que les mouvements spontanés se rattachent à la vie générale de la plante et doivent être rangés parmi les phénomènes d'*irritabilité nutritive*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de la Corrèze et des Basses-Alpes. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une lettre dans laquelle M. le préfet de Seine-et-Oise sollicite une récompense honorifique en faveur de M. *Jacquin*, maire de Bessancourt, dont le zèle et le dévouement ont été signalés durant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune en 1872. (*Même commission.*) — c. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements de la Lozère et des Basses-Pyrénées. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire pour concourir au prix d'Ourches. (Ce mémoire arrive trop tard, le délai réglementaire est expiré depuis longtemps.) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Netter* sur les injections qui se pratiquent dans les veines des cholériques. — c. Une réclamation de M. *Oscé*, fabricant de bandages herniaires à Bruxelles, à propos des *attelles de zinc* présentées dernièrement à l'Académie par le docteur *Guillery*.

M. *Béclard* offre à l'Académie, au nom de M. le docteur *Beni-Barde*, un Traité théorique et pratique d'hydrothérapie.

M. *Bergeron* dépose sur le bureau un rapport de M. le docteur *Simonin* sur le service départemental de l'assistance médicale du département de Meurthe-et-Moselle pendant l'année 1873.

M. *Barth* offre, de la part de M. le docteur *Pellarin*, une brochure intitulée : Le choléra, comment il se propage et comment l'éviter, solution trouvée et publiée en 1849.

M. *Chauffard* présente un travail intitulé : Une mission au Hedjaz (Arabie), contribution à l'histoire du choléra, par M. le docteur *Buez*.

M. *Devilliers* dépose sur le bureau une brochure de M. *Brochard* sur l'allaitement maternel étudié au point de vue de la mère, de l'enfant et de la société.

M. *Depaul* présente, de la part de M. *Charles Nogaret*, une étude sur les eaux de Salies (?) (Basses-Pyrénées).

M. *Jules Guérin* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur *Cazalas*, quatre brochures ayant pour titres : 1° Maladies de l'armée d'Orient (Campagnes de 1854-1855-1856). — 2° Examen théorique et pratique de la question relative a la contagion et a la non-contagion du choléra. — 3° Complément a l'examen théorique et pratique de la question relative a la contagion et a la non-contagion du choléra. — 4° Le choléra dans l'Inde, par M. Tholozan. (Rapport fait à la Société médicale d'émulation de Paris.)

Choléra. — Après cette longue série de présentations, M. *Delpech* communique à l'Académie la situation du choléra du 28 octobre au 3 novembre inclusivement :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Hôpitaux civils. Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile. Décès.	Totaux par jour
28 oct.	0		3	0	1	4
29	2 dont	1 intérieur,	1	0	2	3
30	4 dont	3 intérieurs,	3	0	2	5
31	2		2	1	0	3
1er nov.	0 dont	1 intérieur,	1	0	1	2
2	0		1	1	1	3
3	2		0	0	0	0
Total.	10 dont	5 intérieurs,	11	2	7	20

Les décès qui, la semaine dernière, étaient de 27 sont tombés à 20 en comptant les hôpitaux civils, les hôpitaux militaires et les décès à domicile, ce qui nous donne une diminution de plus d'un quart et un décès par arrondissement pendant une période de sept jours. Le 3 novembre, il n'y a pas eu un seul décès de choléra dans tout Paris.

Tout va donc de mieux en mieux, et si les décès continuent à baisser dans les mêmes proportions, nous serons bientôt débarrassés du choléra, au grand désespoir, j'en suis sûr, des inventeurs de spécifiques ou d'antidotes.

M. Delpech, en terminant et sans insister autrement d'ailleurs, fait remarquer « que l'abaissement rapide qu'a subi il y a huit jours l'épidémie a coïncidé avec de véritables tempêtes, avec des vents violents et soutenus qui se sont reproduits encore, quoique avec une moindre intensité, dans ces derniers jours ».

Suite de la discussion sur la septicémie. — Après cette consolante communication, M. Colin monte à la tribune pour répondre aux reproches ou objections que lui avait adressées M. Davaine.

M. Davaine lui a reproché d'abord l'absence de tout historique. M. Colin répond qu'il a fait comme bien d'autres, comme MM. Vulpian, Bouley, Béhier, etc. On ne peut pas à tout propos et sur chaque point d'une question refaire l'his-

toire du sujet; les noms qu'il a cités, chemin faisant, remplacent suffisamment un historique plus ou moins aride.

M. Davaine critique aussi la forme impersonnelle de sa communication; s'il l'a choisie, c'est qu'elle lui a paru la plus convenable pour critiquer les errements suivis par un certain nombre d'expérimentateurs.

M. Davaine prétend enfin que le travail de M. Colin ne fait que confirmer ses propres recherches. C'est une erreur. Il y a bien des points qui ont échappé à M. Davaine et que M. Colin a étudiés. Ainsi, la propriété qu'a le virus charbonneux de donner lieu, dans certaines conditions, à des accidents septicémiques; puis cet autre point: que ce qui est vrai pour le lapin ne l'est pas pour les autres espèces, etc.; bien d'autres enfin qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Lecture. — Content de cette rectification que n'a pas entendue son honorable contradicteur, car il n'y était pas, M. Colin se réserve de revenir plus tard sur la question, et cède la parole à M. *Cornil*, qui donne lecture d'une note sur l'état des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie.

M. Cornil a constaté que les canalicules biliaires extra et intra-lobulaires restaient intacts et facilement visibles là où les cellules hépatiques avaient disparu, et que la formation et la circulation de la bile continuaient à se faire dans le foie.

Quant au système vasculaire, il présente des modifications remarquables. Ainsi, on trouve au microscope: « une dilatation considérable des vaisseaux capillaires dans le tissu conjonctif nouveau périlobulaire qui est transformé par places en un véritable tissu caverneux ». Ces dilatations, suivant M. Cornil, « ne sont que le premier terme d'un processus qui aboutit à des canaux vasculaires creusés directement au milieu d'un tissu dense lorsque la cirrhose arrive à sa période atrophique et cicatricielle.

Cette courte communication, accompagnée de planches que l'auteur fait passer sous les yeux des assistants, a été écoutée avec intérêt.

Suite de la discussion sur le choléra. — La parole est ensuite donnée à M. *Hervieux* par suite de l'absence de M. Joly, atteint d'un mal de gorge.

M. Hervieux monte donc à la tribune; il débite et lit tour à tour un discours sérieusement travaillé.

M. Hervieux, dès le début, déclare carrément qu'il vient défendre la théorie de l'importation. Toutefois, avant d'aborder ce point capital de la discussion, il se propose de répondre quelques mots à M. J. Guérin, qui a mis ses adversaires au défi d'établir une différence entre le choléra indien et le choléra européen.

Trois caractères saisissants, indéniables, permettent de les différencier l'un de l'autre: d'abord le choléra asiatique est éminemment toxique, et comme toutes les affections toxiques il a une période d'incubation, ce qu'on n'a jamais observé pour le choléra européen. En second lieu, le choléra indien affecte, dès son apparition, un caractère d'extrême gravité que n'a jamais eu le choléra nostras. Enfin, un troisième caractère propre au choléra épidémique, c'est la contagiosité. Le choléra de nos pays naît, se développe et meurt sur place, il ne tend pas, comme l'autre, à se propager au loin avec une effrayante rapidité.

Même différence au point de vue des symptômes, comme l'a si bien démontré M. Chauffard dans son dernier discours.

Certainement, dans quelques cas il est difficile de les distinguer l'un de l'autre, mais alors c'est que le choléra indien a passé par là. Il en est des épidémies comme des invasions humaines, partout où elles passent elles laissent des traces de leur passage, des germes qui modifient ou altèrent les produits autochthones, et le choléra sporadique que nous avons aujourd'hui n'est qu'un choléra bâtard « croisé d'indien ».

Quant à la théorie de l'importation, qui est principalement en discussion, elle est tellement évidente, qu'il comprend parfaitement, tout en le regrettant, que M. Fauvel n'ai pas daigné répondre aux partisans de la spontanéité.

C'est aujourd'hui une vérité acquise que le choléra se transmet, se propage par toutes les voies de communication; qu'il a toujours et partout été transporté et importé par l'homme, et que sa vitesse de propagation a toujours été proportionnée à la vitesse des moyens de transport de l'homme.

M. Hervieux cite à l'appui de cette thèse toute une série de documents que nous ne pouvons rapporter ici, et que nous laissons aux lecteurs du Bulletin de l'Académie.

Arrivant ensuite aux doctrines de M. J. Guérin, M. Hervieux ne comprend pas qu'on puisse soutenir l'idée de la spontanéité: « car, dit-il, puisque le choléra n'a jamais été observé en France avant 1832, c'est qu'il n'y était pas; il a dû être importé ». M. J. Guérin en explique la production par l'influence de la constitution atmosphérique. Mais qu'est-ce que cette constitution? D'où vient le principe cholérique? Comment s'est-il développé? Pourquoi ne s'est-il manifesté que depuis 1832? Pourquoi se montre-t-il ici et non là? Comment les quarantaines peuvent-elles avoir de l'influence sur lui ou sur la constitution atmosphérique, etc., etc.? Autant de questions que M. J. Guérin devrait bien éclaircir.

Quant à la fameuse diarrhée prémonitoire, le grand cheval de bataille de M. J. Guérin, elle n'est pas aussi constante qu'il veut bien le dire, et l'épidémie actuelle est venue lui donner plus d'un démenti, car jamais peut-être les cas foudroyants n'ont été plus nombreux que cette année.

En résumé, il n'y a de vrai que la théorie de l'importation, et la doctrine de la spontanéité « ne prévaudra jamais contre elle »; telle est la moralité du discours de M. Hervieux, moralité contre laquelle proteste plus que jamais M. J. Guérin, en déposant sur le bureau une série de brochures de M. Cazalas, qui partage, on le savait déjà, les mêmes opinions que lui.

Présentation de malades.— Pour terminer la séance, M. *Léon Le Fort* présente deux malades auxquels il a pratiqué des opérations. L'une a été faite pour remédier aux inconvénients d'une exstrophie de vessie, l'autre est une amputation ostéoplastique du pied par un procédé qui se rapproche de celui de Pirogoff.

Ces deux opérations font l'objet de deux travaux originaux dont un est publié dans le présent numéro de la Gazette, et l'autre le sera dans le numéro prochain.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 24 octobre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

Maladies régnantes de juillet, aout et septembre. — L'épidémie de choléra. — Salles de convalescents pour les cholériques. — Essais sur les injections veineuses dans le traitement du choléra. — Communication anatomique existant entre les noyaux des 3e et 6e paires nerveuses.

Maladies régnantes. — M. *Er. Besnier* donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pour le troisième trimestre de cette année.

Tout l'intérêt de ce compte rendu trimestriel de la constitution médicale est primé par celui qui s'attache à l'épidémie de choléra. Il est remarquable cependant de voir qu'en même temps que le choléra, la fièvre typhoïde s'est présentée, non-seulement assez fréquente comme cela arrive pendant cette saison, mais encore avec des caractères de gravité exceptionnelle. La mortalité due à cette maladie qui, dans les six dernières années, avait été de 27 pour 100, a été cette année de 33 pour 100.

En dehors de la fièvre typhoïde, les maladies saisonnières ont conservé leurs caractères habituels: rien de particulier pour les maladies des voies respiratoires; fréquence et gravité

très-grande des affections diphthéritiques ; fièvres éruptives plus nombreuses, à l'exception de la rougeole, variole nulle ; diarrhées pas plus fréquentes que dans les années précédentes, décroissantes en juillet, plus nombreuses en août, et rentrant insensiblement dans le cadre de l'épidémie cholérique pendant le mois de septembre ; dysentéries fréquentes et graves particulièrement dans la population militaire ; enfin affections puerpérales décroissantes en été. M. Besnier continue à constater les bons résultats donnés par les accouchements à domicile. Ces derniers n'ont donné que 1,15 décès sur 100 accouchements, tandis que dans les hôpitaux 3,30 accouchées sur 100 ont succombé.

L'Épidémie de choléra. — M. *Er. Besnier* lit une note, la sixième, sur l'épidémie actuelle, et il relève avec soin tous les points importants qui découlent des renseignements fournis par les divers services hospitaliers.

L'épidémie continue son mouvement rétrograde. Le nombre des décès diminue progressivement chaque semaine, et c'est là un signe par lequel on peut exactement juger du degré d'une épidémie. Tandis que du 4 au 11 septembre 52 individus étaient morts du choléra dans les hôpitaux et hospices civils, du 16 au 23 octobre on ne note que 19 décès, et dans cet intervalle, entre le premier et le dernier septénaire, on voit le nombre des décès diminuer progressivement de 32 à 45, 35, 31, 29, 19.

Dans la journée du 23 octobre, une seule admission a été faite dans les hôpitaux et aucun cas intérieur ne s'y est produit.

Du 9 septembre au 22 octobre, 398 cholériques ont été traités dans les hôpitaux : 110 sont sortis, 230 ont succombé, 58 restaient encore en traitement.

L'isolement des cholériques a donné jusqu'ici des résultats satisfaisants.

La transmission des miasmes infectieux s'opère, on le sait, dans un rayon peu étendu. Mais le médecin et le personnel médical (élèves, sœurs, infirmiers), sont-ils capables de transporter avec eux le germe cholérique des salles spécialement affectées aux individus frappés par l'épidémie dans les salles où sont traités les malades atteints d'autres affections ? C'est là une question liée à l'isolement des cholériques et qui doit se résoudre, suivant M. Besnier, par l'affirmative. L'isolement des cholériques, comme celui des varioleux, ne donnera des résultats complets qu'à la condition que le personnel médical n'aura lui-même aucun rapport avec les autres malades, ou que tout au moins le médecin et ses élèves devront terminer leur séance d'hôpital par la salle des cholériques et ne reparaîtront plus dans les salles ordinaires, une fois cette visite faite.

L'influence des *causes banales* dans le développement des attaques cholériques a été depuis longtemps signalée. On sait que l'état valétudinaire constitue à lui seul une prédisposition réelle et plus efficace pour le choléra que pour toute autre maladie contagieuse. L'hôpital Saint-Louis nous en a encore fourni la preuve tout récemment. Les conditions sociales, la situation hygiénique, le régime, le genre de vie, l'intervention thérapeutique elle-même, jouent aussi un rôle des plus manifeste. Sur 28 cas, M. Champenois, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, relève 3 cas dans lesquels l'attaque a succédé à une émotion violente ; il spécifie que c'est après les gardes de nuit que les soldats ont été atteints en plus grand nombre. M. L. Colin, du Val-de-Grâce, fait également remarquer que malgré la spécificité de sa cause, le choléra est singulièrement favorisé dans son apparition par les influences banales, le froid, les excès du dimanche et du lundi.

Hôpital Lariboisière. — M. Woillez, chargé du service des cholériques femmes, a reçu du 16 septembre, jour où ce service isolé a été installé, au 15 octobre, 17 malades ; 13 ont succombé. Du 6 septembre au 15 septembre, il avait reçu dans son service ordinaire, 8 cholériques, 4 hommes et 4 femmes ; 6 sont morts. 8 de ces 25 cas se sont développés dans l'hôpital et 7 d'entre eux se sont terminés par la mort.

M. Woillez signale les bons effets qu'il a obtenus de l'application du marteau de Mayor contre l'anxiété épigastrique.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Gombault a vu la réaction la plus franche et la plus rapide s'établir chez un malade pris subitement de choléra le 22 octobre, amené à l'hôpital trois heures après le début, et auquel il fit pratiquer une saignée de quatre palettes. Le soulagement fut immédiat, et en quelques heures le malade était en pleine réaction. Le lendemain, la guérison était assurée.

Hôpital Cochin, service de M. Bucquoy. — Aucun cas intérieur ni extérieur.

Hôpital Necker, M. Laboulbène. — Aucun cas intérieur.

Hôpitaux militaires. — *Gros-Caillou*, M. Champenois. — 5 cas dont 2 intérieurs, 2 guérisons, 3 décès.

Saint-Martin. — 3 cas de choléra dont 1 foudroyant chez un infirmier.

Val-de-Grâce. — 4 cas, 1 guérison, 1 décès, 2 encore en traitement.

— *Salles de convalescence pour les cholériques.* — A Beaujon, un malade atteint d'albuminurie était couché à la salle Saint-François ; il est pris du choléra, transporté dans le service spécial, y guérit et est ramené convalescent le 4 octobre dans la salle Saint-François, où il fut couché au n° 26. Le 20 octobre, le malade couché au n° 25 est atteint de choléra ; le 22 octobre, les n°s 24 et 27 sont frappés à leur tour. M. Moutard-Martin hésite peu à admettre que le convalescent ramené dans cette salle a été la cause de ces trois atteintes successives. M. Woillez signale aussi que les deux seuls cas intérieurs qui se sont produits dans sa salle ont éclaté à la suite du retour de malades convalescents du choléra. M. Fernet, qui a traité le malade albuminurique dont M. Moutard-Martin a parlé, demande ce que l'on doit faire pour les cholériques convalescents que l'administration refuse de transporter dans les asiles de Vincennes ou du Vésinet. M. Chauffard propose d'affecter dans ces asiles des pavillons spéciaux aux cholériques convalescents.

Il est à désirer, ainsi que le remarque M. Ferrand, qu'il y ait dans chaque hôpital, comme à l'Hôtel-Dieu, un service spécial pour les cholériques convalescents.

M. *Bourdon* a remarqué que la diarrhée prodromique manque plus souvent dans les cas de choléra développés par contagion que dans ceux qui se déclarent spontanément. De même la maladie est plus grave et plus foudroyante quand elle est née par contagion.

Injections veineuses. — M. *Potain*, devant l'insuccès de toute médication administrée à l'intérieur à une certaine période du choléra, a tenté de faire absorber des médicaments par d'autres voies que le tube digestif. En 1866, il a expérimenté les injections sous-cutanées. Cette année, il a essayé les injections intra-veineuses chez 5 malades à l'agonie. Deux d'entre eux sont morts au début de l'opération. Les trois autres ont succombé, malgré l'injection, mais ils ont paru éprouver une amélioration passagère.

Comment agissent ces injections et quand sont-elles indiquées ? Le sang des cholériques est très-concentré. Les recherches de M. Potain sont, en cela, confirmatives de celles de M. Renaut. Les globules rouges et blancs sont pour une même masse de sang en nombre beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Il doit en résulter une grande gêne circulatoire, et l'asphyxie peut en être la conséquence.

M. Potain a entrepris une série d'expériences par le procédé de numération qu'il a imaginé et perfectionné avec M. Malassez, et il a constaté que du sang concentré et renfermant environ 5 millions de globules par millimètre cube, met beaucoup plus de temps, la pression et la température restant

égales, à traverser les capillaires, que lorsque le sang est normal. La résistance croît en raison de la concentration du sang. La concentration du sérum et de l'albumine jointe à celle des globules constitue donc un obstacle réel et considérable à la circulation, et il est rationnel de chercher à diluer le sang par une injection intra-veineuse pour en faciliter la circulation.

La quantité de liquide injecté par M. Potain n'a pas dépassé 2 litres. Il a employé dans ces injections un sérum artificiel préparé par M. Méhu, sérum parfaitement limpide et ne contenant aucune parcelle de corps étrangers, lesquels pourraient constituer des embolies.

L'instrument dont se sert M. Potain pour faire ses injections est un flacon à trois tubulures, identique avec ceux employés dans les laboratoires pour la préparation de l'hydrogène. Une de ces tubulures reçoit un thermomètre, une autre un tube qui plonge jusqu'au fond du vase, la troisième un autre tube court qui ne pénètre que de 1 centimètre dans le flacon. Le thermomètre sert à s'assurer de la température voulue pour le liquide à injecter (40 degrés). Au tube qui ne pénètre que fort peu dans le flacon est adaptée la poire de caoutchouc de l'appareil de Richardson, laquelle refoule de l'air et le comprime dans le flacon. Le liquide contenu dans le flacon est refoulé par l'air comprimé et remonte par le long tube de verre auquel fait suite un tube de caoutchouc dévulcanisé. Une canule fine est fixée à l'extrémité de ce tube et pénètre dans une des veines dorsales du poignet, que l'on a préalablement mise à nu et incisée. Cet appareil a de grands avantages sur l'irrigateur qu'a employé M. Beaumetz. Avec lui on suit exactement la marche de l'injection, on s'assure facilement de la limpidité du liquide, on évite absolument toute chance d'introduction de l'air; de plus, il est simple et peu coûteux.

Pour cette intéressante question des injections veineuses, nous renvoyons nos lecteurs à l'article publié dans le précédent numéro par M. Blachez.

Noyaux d'origine des 3e et 6e paires nerveuses. — M. *Féréol* donne lecture d'une note *sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine des 3e et 6e paires nerveuses.* Le point de départ de ce travail est une observation déjà lue par M. Féréol à la Société, en mars dernier, et dans laquelle un tubercule de la protubérance avait causé une paralysie alterne d'une physionomie spéciale ; avec une hémiplégie incomplète des membres du côté droit, le malade avait présenté une paralysie du moteur oculaire externe gauche, sans participation du facial à la paralysie. En outre, le muscle droit interne de l'œil droit était paralysé en même temps que son antagoniste, mais cela seulement dans la vision binoculaire à distance; ce muscle droit interne de l'œil droit reprenant sa fonction dans la vision simple et dans la vision convergente.

Cette observation reproduite en Angleterre dans le Medical Record du 10 septembre dernier, a été accompagnée d'une note importante de M. Lockhart Clarke qui annonce que l'on trouve dans son ouvrage sur la structure du cerveau (*Philosophical Transactions*, 1868, p. 306 et 307, fig. B and C), la description de la disposition anatomique qui rend compte des symptômes observés. Les deux noyaux d'origine des 3e et 6e paires du même côté seraient reliés entre eux par des fibres verticales qui traverseraient la protubérance parallèlement au raphé, à peu de distance du plancher du quatrième ventricule.

M. le docteur Féréol présente à la Société les planches et figures auxquelles renvoie M. Lockhart Clarke, et il en rapproche les planches du grand atlas de Stilling dans lesquelles il croit reconnaître le faisceau commissural décrit par Lockhart Clarke. Cependant, il paraît que Stilling n'aurait pas donné à ce faisceau l'interprétation que lui donne M. Féréol. Il semble donc que c'est à M. Lockhart Clarke qu'appartient véritablement le mérite de la découverte à côté de laquelle auraient passés Stilling et aussi Schrœder van der Kolk.

Société de biologie.

Séance du 25 octobre 1873. — Présidence de M. Laboulbène.

Des interstices du tissu cartilagineux : M. A. Hénocque. — Rupture de l'endocarde ; mort subite : M. Hayem. — Décollement de la rétine : M. Poncet. — La digitale est un poison névro-musculaire : M. Raduteau. — Des glandes anales des mustélidés : M. Chatin.

M. *Hénocque* continue la communication de ses études sur la texture des cartilages articulaires. Les injections par la cavité médullaire des os ne démontrent pas seulement la perméabilité des cartilages par la présence des particules colorées dans les chondroplastes et dans la substance fondamentale ; elles sont un des moyens qui facilitent l'étude des interstices que renferment les cartilages.

M. Hénocque énumère les procédés qui permettent cette étude.

Chez la raie, on a décrit depuis longtemps l'existence de stries, de fibrilles autour des chondroplastes, visibles dans les coupes fraîches, ou après la macération dans l'acide chromique très-dilué. La coloration par le chlorure d'or démontre que ces stries constituent de véritables interstices qui font communiquer entre eux les chondroplastes. Le même procédé employé chez le lapin démontre l'existence de ces interstices qui apparaissent comme des stries parallèles le long desquelles les chondroplastes sont disposés; en outre les chondroplastes dans lesquels l'or s'est déposé présentent un aspect irrégulier, polyédrique; leur cavité se continue avec les interstices.

On peut mettre en relief les interstices par les divers procédés de précipitations métalliques; c'est ainsi qu'en laissant macérer des coupes de cartilage dans une solution de 1/2 pour 100 de perchlorure de fer, puis en portant la préparation dans une solution de cyanoferrure de potassium, on facilite l'apparition des interstices; la macération dans l'azotate d'uranium (6 grammes pour 100 grammes d'eau), suivie de la macération dans la solution de cyanoferrure de potassium à 1 pour 100 d'eau, produit des résultats analogues; seulement la substance fondamentale, au lieu d'être colorée en bleu, est colorée en rouge.

L'hématoxyline est un réactif particulièrement curieux à étudier : une solution acidulée colore en rouge la substance fondamentale et les cellules de cartilage ; une préparation de cartilage ainsi colorée étant placée sous le microscope, si l'on introduit entre les lamelles quelques gouttes d'une solution d'alun ou de soude au trentième, on peut suivre sous le microscope la coloration violacée que prend la coupe de cartilage, et l'on voit en quelque sorte se dessiner les interstices au fur et à mesure que la solution agit sur leur coloration et sur celle des chondroplastes et des cellules de cartilages.

D'ailleurs, les macérations prolongées dans l'acide chromique ou l'eau alcoolisée facilitent l'étude des interstices.

L'examen dans le sulfure de carbone liquide très-réfringent, l'étude du cartilage à travers une bulle d'air enfermée au-dessus de la préparation, montrent les interstices et leur communication avec les chondroplastes.

Les cartilages de fœtus humains entre quatre et huit mois montrent avec la plus grande netteté, en employant les réactifs ordinaires ou après une macération prolongée, des communications entre les chondroplastes, et l'on peut sur certaines coupes observer de véritables canaux faisant communiquer ensemble plus de vingt chondroplastes dans le champ du microscope. M. Hénocque, se réservant de montrer les différences de texture de la portion superficielle des cartilages articulaires, établit les conclusions suivantes sur la texture des cartilages articulaires, résumant ses observations sur le lapin, le cobaye, le chevreau, le veau, le mouton, le pigeon, la caille et le fœtus humain.

Les cartilages articulaires sont, chez les vertébrés sur lesquels ses recherches ont porté, formés par une substance fondamentale creusée de cavités communiquant entre elles

par des interstices. Suivant le sens de la coupe ceux-ci se présentent sous forme de stries ou de canalicules, établissant une communication entre les chondroplastes qui sont une dilatation ou lacune des interstices.

Les cartilages articulaires représentent un tissu formé de substance fondamentale creusée de lacunes renfermant des cellules dites cellules de cartilages; les lacunes ou chondroplastes communiquent ensemble par des interstices dans lesquels on peut faire pénétrer des liquides colorés et des granulations colorées ou graisseuses.

Le meilleur moyen d'étudier ces interstices consiste à déterminer l'œdème ou l'infiltration des cartilages par les injections intra-médullaires, ou par la macération prolongée.

M. Hénocque communiquera prochainement des faits pathologiques à l'appui de ces conclusions. L'inflammation des cartilages telle qu'on l'obtient en injectant dans une articulation de la teinture éthérée de cantharides, ou bien en irritant la moelle des os longs, démontre l'existence des interstices des cartilages plus nettement encore que les procédés de préparation indiqués précédemment.

— M. *Hayem* présente le cœur d'un malade mort subitement pendant le cours d'une maladie de cœur, et dans une période d'amélioration. A l'examen de la cavité auriculaire gauche on trouva une rupture de l'endocarde, présentant près de 7 centimètres de long et siégeant à la base de l'oreillette, au niveau de l'insertion de la valvule mitrale postérieure. La déchirure présente des bords nets; le tissu musculaire sous-jacent n'est pas rompu, seulement les fibres musculaires sont un peu écartées. Il n'y avait pas de sang dans la cavité péricardique. Le cœur présentait une hypertrophie énorme; M. Hayem, recherchant le mécanisme de cette rupture, pense que l'emploi de la digitale n'y serait probablement pas étranger. En effet, la digitale exagérant la tension vasculaire, les efforts du cœur hypertrophié deviennent peut-être assez intenses pour déterminer la rupture de l'endocarde altéré, il y aurait donc lieu de n'administrer qu'avec prudence la digitale chez les malades qu'on n'a pas étudiés pendant quelques jours. M. Hayem prend comme moyen de contrôle la mensuration quantitative de l'urine comme répondant à la tension vasculaire. Chez les malades atteints d'affection cardiaque, le repos suffit quelquefois pour élever la tension et amener une quantité plus grande d'urine, par conséquent il faut attendre quelques jours pour savoir s'il est nécessaire d'administrer de la digitale pour produire ce même effet, autrement on s'expose à exagérer la tension. M. Charcot fait remarquer l'analogie anatomique qui existe entre ce fait et les cas de rupture de l'aorte.

— M. *Poncet* lit un mémoire sur le décollement de la rétine. Nous avons publié ce travail (n° 44, p. 703).

— M. *Rabuteau* communique une expérience faite sur un chien, qui démontrerait que ce poison agit comme les poisons métalliques sur le tissu musculaire; chez le chien, le muscle cardiaque était en dégénérescence graisseuse, malheureusement on ne put pratiquer l'examen microscopique. La digitale serait, pour M. Rabuteau, un poison névro-musculaire pouvant déterminer des dégénérescences graisseuses des muscles, et agissant en particulier sur les éléments musculaires du cœur. MM. Carville et Hayem, insistant sur les difficultés si grandes de l'étude des effets physiologiques et toxiques de la digitale, difficultés qui, au lit du malade, deviennent plus complexes encore, pensent que dans l'état actuel de la science on ne saurait juger la question si controversée du mode d'action de la digitale.

— Les recherches de M. Chatin fils sur l'anatomie des glandes anales des trois groupes de mustélidés (belette, ratel, etc.) seront consultées dans les comptes rendus de la Société par ceux qui s'occupent d'anatomie comparée.

A. Hénocque.

REVUE DES JOURNAUX.

Travaux à consulter.

Inoculabilité des pustules d'ecthyma, par le docteur L. Vidal. — L'auteur conclut de ses expériences que les pustules d'ecthyma de la fièvre typhoïde et celles de l'ecthyma simplex sont auto-inoculables. La pustule d'inoculation suit, dans les phases de son développement, une marche identique avec celle de la pustule spontanée. Le quatrième jour la pustule est parfaitement caractérisée et fournit un pus inoculable. Le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est auto-inoculable, son activité va diminuant dans les inoculations successives, son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou à la quatrième génération. L'ecthyma n'est pas inoculable à l'homme sain. (*Ann. de dermatol.*, 1873, n° 5.)

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau dictionnaire de thérapeutique, par le docteur J. C. Gloner. — Chez J. B. Baillière, 1874.

Toute la thérapeutique médicale et chirurgicale tient dans dans cet in-18 de 800 pages. L'auteur ne s'est point laissé embarrasser par la difficulté des classifications; il suit l'ordre alphabétique des maladies. Une maladie étant donnée, quels sont les moyens curatifs qu'il convient de lui opposer? Sous quelle forme, à quelles doses doit être administré le médicament? Rien de plus simple. — Vous êtes en présence d'un aliéné. Vous ouvrez le livre à l'article *Aliénation mentale*. Il y a deux sortes de traitement: le traitement moral, qui consiste à modifier l'organe par l'exercice même de ses fonctions (?) et le traitement curatif.

C'est ici que commence l'embarras. Esquirol recommande la saignée; Pinel la repousse; tel conseille l'opium; tel autre le regarde comme dangereux. S'agit-il d'un cas de démence consécutif à la manie: prenez fleurs d'arnica, 8 grammes pour 250 gr. d'eau; ajoutez acide sulfurique, 4 grammes. Êtes-vous en présence d'une manie puerpérale? Prenez tartre stibié, 30 cent.; eau, 180; — M. D'une manie éréthique (*sic*), prenez camphre et nitrate de potasse. Rien de plus facile, on le voit.

Avez-vous affaire à une éclampsie infantile; même dédale. De Haen conseille l'opium, Trousseau le condamne. La belladone, le musc, le sulfate de zinc, l'éther, l'armoise, les alcalins, le fer, le chloroforme, se trouvent là côte à côte avec le coccyx du pigeon. Ce dernier moyen mérite une mention spéciale. Il consiste à tenir le coccyx d'un jeune pigeon vivant sur l'anus préalablement nettoyé de l'enfant convulsionné. L'animal meurt en convulsions et l'attaque cesse aussitôt chez l'enfant. C'est un moyen patronné par Schvenlein, Geyser, Erlenmeyer (de Bendorf) et Weiss (de Saint-Pétersbourg), et dont l'auteur ne conteste en aucune façon la valeur.

La même accumulation indigeste de formules et médicaments de toute espèce se trouve à tous les chapitres. Quel profit espère-t-on retirer d'une pareille nomenclature? Quel fil guidera le praticien au milieu de ce dédale thérapeutique? La difficulté ne consiste point à trouver un médicament en présence d'un symptôme. Quel que soit celui qu'on choisisse, on trouvera toujours un éditeur responsable. Le but que doit se proposer tout véritable médecin, est de saisir ce qu'on appelle l'indication. Celle-ci une fois connue, le premier formulaire venu suffit à tout le reste.

Quand on a pour règle de conduite le principe que M. Gloner met en tête de son avant-propos: « une maladie étant donnée, trouver le moyen curatif », on ne peut arriver en pratique qu'à des déconvenues sans nombre à travers des monceaux d'ordonnances. On laisse dans l'ombre les plus intéressants côtés du problème, ceux-là seuls qui peuvent guider une thérapeutique rationnelle: le caractère individuel de cette maladie, l'état du malade, le milieu où il se trouve, etc., toutes choses, et bien d'autres qui modifieront la conduite du médecin, en présence de cas en apparence identiques, et lui permettent d'instituer une véritable médication.

B.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine (*Année scolaire* 1873-1874).

La Faculté ouvrira ses cours d'hiver le mardi 4 novembre 1873. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Physiologie médicale (physique générale : l'électricité, l'optique), par M. Gavarret, les mercredis et vendredi, à midi. — Ce cours commencera le vendredi 7 novembre.

Physique biologique : étude des éléments chimiques de l'atmosphère, rapport des êtres vivants avec l'atmosphère, par M. Gavarret, les lundis, à cinq heures (petit amphithéâtre). — Ce cours commencera le lundi 10 novembre.

Pathologie médicale, par M. Axenfeld, suppléé par M. Damaschino, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures. — Ce cours commencera le lundi 10 novembre.

Anatomie (le système nerveux central; les organes des sens; les appareils de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération), par M. Sappey, les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures. — Ce cours commencera le lundi 10 novembre.

Pathologie et thérapeutique générales (états des forces; thérapeutique générale), par M. Chauffard, les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures. — Ce cours commencera le lundi 10 novembre.

Chimie médicale (chimie générale), par M. Wurtz, les jeudis et samedis, à midi. — Ce cours commencera le jeudi 6 novembre.

Chimie biologique : étude chimique des sécrétions, par M. Wurtz, les mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale (maladies chirurgicales de l'appareil digestif), par M. Dolbeau, les mardis, jeudis et samedis, à trois heures. — Ce cours commencera le jeudi 6 novembre.

Opérations et appareils (opérations générales; thérapeutique des maladies des artères, des os, des articulations), par M. Léon Le Fort, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures. — Ce cours commencera le samedi 8 novembre.

Histologie (des tissus et des systèmes anatomiques à l'état normal et à l'état pathologique — 2e partie du programme), par M. Robin, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures. — Ce cours commencera le jeudi 6 nov.

Histoire de la médecine et de la chirurgie (les méthodes d'observation dans l'antiquité et dans les temps modernes; origines et modes de propagation de certaines maladies épidémiques; géographie médicale), par M. Lorain, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures (petit amphithéâtre). — Ce cours commencera le jeudi 6 novembre.

Clinique médicale. M. Bouillaud, suppléé par M. Brouardel, agrégé, à la Charité, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Germain Sée, à la Charité, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Laségue, à la Pitié, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

Clinique chirurgicale. M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Gosselin, à la Charité, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Verneuil, à la Pitié, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

Clinique d'accouchements. M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, de huit à dix heures. Tous les jours, le matin.

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des enfants*. M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants, les lundis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Semestre d'hiver. — Division des études. — 1re année. Chimie médicale, physique médicale. — 2e année. Anatomie, histologie, dissections. — 3e année. Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale. — 4e année. Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale; cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

Faculté de médecine de Nancy. — Nous recevons de Nancy et nous sommes heureux de publier la note suivante :

La Faculté de médecine, transférée de Strasbourg à Nancy, après une année d'existence, fait sa rentrée scolaire de 1873-1874 dans des conditions matérielles notablement améliorées et qui répondent aux nécessités de l'enseignement.

Les cliniques de la Faculté sont complétement transformées; grâce au généreux concours de l'administration municipale, du conseil municipal et de la commission administrative des hospices, la Faculté retrouve les quatre cliniques magistrales qu'elle avait à Strasbourg. Un hôpital nouveau, placé dans d'excellentes conditions hygiéniques, reçoit les deux cliniques chirurgicales, qui, jusqu'ici réunies en une seule, se trouvaient à l'hôpital Saint-Charles. Les deux cliniques médicales restent dans cet hôpital, et profitant de l'espace que leur laisse l'éloignement des services de chirurgie, présentent de meilleures conditions de salubrité.

La clinique obstétricale occupera le nouveau bâtiment que l'administration départementale vient de faire construire à la Maison de secours. La Faculté possède, en outre, une cliniq ue d'ophthalmologie, à Saint-Charles, une clinique des maladies des vieillards, à l'hôpital Saint-Julien, et une clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Maison de Secours. Il y a lieu d'espérer que, dans un avenir prochain, la clinique des maladies des enfants pourra être ouverte.

L'amphithéâtre des dissections a été agrandi; c'est une amélioration notable dans l'état hygiénique de ce service.

La Faculté met à la disposition des élèves les trois laboratoires de chimie physiologique et pathologique, de physiologie expérimentale et d'histologie pathologique. Les élèves y sont tous exercés par séries, et à ce point de vue, grâce à la libéralité du ministre, la Faculté de Nancy présente l'organisation la plus complète. La bibliothèque, largement pourvue, surtout d'ouvrages récents, et la salle de lecture sont placées dans la Faculté même.

L'École supérieure de pharmacie possède maintenant un laboratoire qui lui permet de développer les études pratiques; ses élèves, l'année dernière, avaient été reçus dans le laboratoire de la Faculté des sciences.

Les constructions pour l'installation définitive de la Faculté de médecine sont poursuivies avec une grande activité, et tout fait prévoir que, pour la rentrée de l'année prochaine, le vaste bâtiment, qui répond si bien à sa destination, sera mis à la disposition de la nouvelle école.

Faculté de médecine a Bordeaux. — On lit dans la *Gironde* du 17 octobre : « M. Bert, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Assemblée nationale, est arrivé à Bordeaux pour y étudier la question de la création d'une Faculté de médecine.

Hôpital des enfants malades (Enfant-Jésus, rue de Sèvres). Maladies chirurgicales des enfants; orthopédie. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 13 novembre, à neuf heures. Tous les jours, excepté le jeudi, de huit heures à dix heures et demie, visite des malades et consultation. Le jeudi sera spécialement consacré à la leçon clinique et aux opérations. La consultation du samedi sera réservée aux difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

Pèse-bébés. — A l'Académie des sciences morales et politiques, à propos d'un rapport fait par M. Levasseur sur le résultat de ses observations à l'exposition de Vienne, en ce qui concerne l'éducation de l'enfance, M. Levêque a signalé un berceau envoyé à cette Exposition par M. le docteur Goussin (de Bellevue), et combiné de manière à indiquer le poids de l'enfant. D'un autre côté, M. Husson a donné d'intéressants détails sur d'autres berceaux-balances essayés dans les hôpitaux de Paris et destinés aussi à faire connaître le poids successif de l'enfant. Cet instrument vient en aide à la surveillance administrative. Il est, en effet, certain que toutes les deux ou trois semaines la différence de poids fournit sur le traitement du nourrisson une indication qui n'est pas à dédaigner. Mais la nécessité de déshabiller les enfants n'est pas sans inconvénients.

État sanitaire de Paris :

Du 24 au 31 octobre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 790 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 2. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 35. — Érysipèle, 1. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 35. — Dysentérie, 6. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants 22. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 20. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 222. — Affections chroniques, 334, dont 142 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 24.

Sommaire. — Paris. Conseil municipal : Emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux. — Travaux originaux. Chirurgie pratique : Amputation ostéo-plastique tibio-calcanéenne; modification du procédé ostéo-plastique de Pirogoff. — Thérapeutique : Choléra et chloralum. — Chirurgie : De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goitres suffocants, cystiques ou parenchymateux. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Bibliographie. Nouveau dictionnaire de thérapeutique. — Variétés.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

DE L'HÉMIANESTHÉSIE DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET DES SENS DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE, par le docteur MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne (1).

La physiologie expérimentale, qui, permettant de donner à chaque fait sa véritable signification, jette une si vive lumière sur l'étude de l'alcoolisme aigu, n'est pas moins utile pour montrer dans l'alcoolisme chronique l'évolution successive des symptômes et des lésions anatomiques.

Les expériences relatives à l'action continue de l'alcool sur l'économie animale, sont aujourd'hui nombreuses. Déjà Magnus Huss et Dahlström avaient noté la dégénérescence graisseuse des organes chez trois chiens soumis à l'intoxication alcoolique; mais nos propres recherches et les résultats obtenus par d'autres observateurs depuis 1868, ont montré que ce n'est point là toute l'altération, et que sous l'influence prolongée du poison un double travail morbide se développe : 1° une tendance aux dégénérescences graisseuses des organes; 2° une tendance aux irritations chroniques diffuses, associée à la stéatose, mais pouvant aussi quelquefois jouir d'une existence isolée (2).

Ces deux modes de dégénérescence dominant la pathologie entière de l'alcoolisme chronique, en sont la véritable caractéristique.

L'étude physiologique, en parfaite harmonie du reste avec les résultats cliniques, nous donne la clef de l'évolution ultime de l'intoxication chronique; selon, en effet, la prédominance

(1) Extrait des leçons faites à l'asile Sainte-Anne sur l'alcoolisme chronique.

(2) Krémiansky, *De la pachyméningite interne chez l'homme et chez le chien* (*Virchow's Arch.*, 1868, t. XIII, p. 129). — Magnan, *De l'action prolongée de l'alcool chez un chien* (commun. à la Soc. de biologie, 14 novembre 1868; *Compt. rend.* et *Mém*, 1869, p. 159). — Paul Ruge, *Influence de l'alcool sur l'organisme* (*Virchow's Arch.*, 1870, XLIX, p. 237). — Sperling. *Expériences sur la pachyméningite hémorrhagique* (*Centralblatt*, 1871). — Pupier, *Démonstration expérimentale de l'action des boissons dites spiritueuses sur le foie* (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 27 mai 1872). — Magnan, *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme*, Paris, 1871, p. 22). — *Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe; épilepsie* (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, mars et mai 1873).

dans les centres nerveux de l'une ou de l'autre de ces lésions, l'alcoolisme chronique conduit à la démence (stéatose et athérome) ou à la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse).

Le mode de terminaison le plus fréquent est la démence associée souvent aux paralysies partielles. Cet état répond à la dégénérescence graisseuse accompagnée d'atrophie de la couche corticale et de foyers plus ou moins nombreux (hémorrhagies ou ramollissements), disséminés en général sous forme de lacunes dans les centres opto-striés, dans la substance blanche ou à la périphérie de l'encéphale; tout autant de lésions analogues à celles de la démence sénile, reconnaissant pour point de départ les altérations du système vasculaire, c'est-à-dire les plaques athéromateuses et quelquefois les anévrysmes miliaires des artères (1).

Ces lésions anatomiques, de degré différent, distribuées d'une façon irrégulière sur tous les vaisseaux de l'encéphale, peuvent amener les localisations les plus diverses, les unes à marche brusque et rapide, les autres évoluant, au contraire, d'une manière lente et progressive ou par poussées successives; de là, des manifestations symptomatiques nombreuses, diversement combinées, souvent confuses, aussi bien pour les phénomènes intellectuels que pour ceux d'ordre physique, moteurs et sensitifs; symptômes que l'analyse clinique, malgré leur complexité, permet cependant de rattacher, presque toujours, à une cause définie.

Parmi les troubles de la motilité et de la sensibilité se présentent des accidents d'une nature spéciale et dignes à plus d'un titre de fixer l'attention : ce sont des paralysies d'un côté du corps avec diminution ou abolition de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

A la suite d'une attaque brusque d'apoplexie avec perte de connaissance, ou bien peu à peu, sans autres phénomènes que de la céphalalgie, des étourdissements, de l'engourdissement avec des fourmillements dans un côté du corps, les malades s'aperçoivent de l'affaiblissement musculaire; ils traînent la

(1) Bouchereau et Magnan, *Observation d'alcoolisme chronique; hémorrhagies cérébrales; anévrysmes miliaires du cerveau et de la rétine* (*Compt rend.* et *Mém de la Soc. de biologie*, 1869, p. 36). — Charcot et Bouchard, *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale* (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1868, janvier et fevrier, p. 110).

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. — Voyez les n°s 17, 18, 34, 38, 40, 41, 42, 43 et 44.)

LE PÈLERINAGE DE 1873. — SON CARATÈRE PARTICULIER. — LA VILLE DE DJEDDAH. — CLIMATOLOGIE. — MÉTÉOROLOGIE. — CONSTITUTION MÉDICALE — LA VARIOLE. — LA DENGUE, ETC. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — RÉSUMÉ.

Le pèlerinage de 1873 doit son importance numérique à ce que les fêtes du Courban-Baïram tombaient un vendredi, jour sacré, comme on sait, dans la religion musulmane et qui, chez les Orientaux, remplace notre dimanche; cette particularité du rit musulman s'appelle *Hadj-el-Ekker*. Cette année, ce jour tombait le 7 février (9 à la turque).

Beaucoup de circonstances rendaient le pèlerinage de 1873 critique et allaient permettre de juger, en dernier ressort, des questions de doctrine encore pendantes, en fournissant une épreuve décisive.

Comme je viens de le dire, le chiffre des pèlerins devenait exceptionnel et bien supérieur à celui des années précédentes.

De plus, nous sortions, en quelque sorte, du choléra (épidémie de 1871-72); sans doute, on n'en parlait plus depuis plusieurs mois et tout faisait supposer qu'il était éteint; mais j'ai déjà montré quelle réserve il faut garder en pareil cas. Qui pouvait, en effet, affirmer qu'il n'y eût pas encore quelques cas isolés, pour ne pas dire quelques *traînées* çà et là, ou inconnus, ou dissimulés avec soin? Qui pouvait dire alors que, sous l'influence d'un rassemblement aussi considérable que celui qui se préparait, il n'allait pas y avoir une explosion de l'étincelle, un ravivement de l'incendie mal éteint? Le feu n'était-il point sous la cendre? En tout cas, si le Hedjaz était un foyer *producteur* de choléra, nous étions dans les meilleures conditions pour avoir une épidémie de toutes pièces.

jambe, la main laisse échapper les objets, quelquefois même il survient de l'empâtement de la parole, une déviation des traits de la face. Si l'on recourt au dynamomètre, on trouve une faiblesse souvent marquée de la main, et d'autre part la jambe est impuissante à soutenir le poids du corps. Sur 10 cas observés à Sainte-Anne, 6 fois la paralysie siégeait à droite et 4 fois à gauche. Le bras paralysé présente en général un tremblement plus marqué que du côté opposé, mais dans un cas seulement nous avons noté des mouvements rhythmiques ayant quelque analogie avec la paralysie agitante, continuant pendant le repos, s'arrêtant au moment du sommeil, tremblement auquel M. Charcot pense devoir attribuer une certaine importance sémiologique (1).

Tout le côté paralysé offre une anesthésie, non-seulement de la peau et des muqueuses, mais encore des parties profondes. Dans les cas où la perte de la sensibilité est complète, les divers modes de sensation sont abolis, le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids, les courants constants ou induits, ne sont sentis sur aucune partie de la peau dans la moitié du corps paralysé; la sensibilité commence à se réveiller à 1 ou 2 centimètres de la ligne médiane; à ce niveau existe une zone intermédiaire servant de transition entre le côté anesthésié et le côté sain : l'entrecroisement et le passage des terminaisons nerveuses au delà de la ligne médiane explique suffisamment ce fait.

Dans les cas moins avancés, ou quand survient une amélioration, le toucher, la douleur, la température, l'excitation électrique, provoquent des impressions aisément perçues, et il devient difficile par ces moyens d'apprécier la différence entre les deux côtés. On peut toutefois se rendre compte des degrés minimes d'anesthésie par la recherche comparative de la sensibilité suivant la méthode de Weber. L'écartement entre les deux pointes de l'esthésiomètre, pour la perception de deux sensations distinctes, donnera parfois une différence considérable entre les deux moitiés du corps. Cet écartement d'ailleurs est plus grand quand les pointes du compas sont appliquées dans le sens de l'axe du membre, c'est-à-dire selon la direction des nerfs, que dans l'application perpendiculaire à l'axe où les pointes se trouvent placées sur des branches nerveuses distinctes, répondant conséquemment dans la moelle à deux foyers plus éloignés d'innervation. L'anesthésie gagne aussi les parties profondes; la pression, en effet, n'est point sentie, et la sensibilité électro-musculaire est notablement affaiblie. On peut quelquefois faire passer un courant d'induction dans les muscles du bras ou de la jambe, de manière à amener de fortes contractions, à tétaniser presque le membre sans provoquer de douleur, tandis que l'application de ce même courant sur le membre valide devient à l'instant intolérable. Avec le courant constant les mêmes phénomènes se produisent. Par la fermeture du courant, en appliquant les électrodes, ou bien ceux-ci restant en place, en intervertissant le sens du courant à l'aide de l'inverseur (appareil de M. Trouvé), on obtient dans les muscles du côté malade des contractions presque toujours aussi énergiques que dans les muscles correspondants du côté opposé, mais la sensibilité électro-musculaire est nulle ou très-diminuée. Le sens musculaire est affaibli, quelquefois même entièrement aboli. Les yeux fermés, le malade n'a aucune conscience de ses mouvements, qu'ils soient spontanés ou provoqués. Invité à porter la main anesthésiée sur une partie quelconque du corps du côté sain, il ne s'aperçoit pas d'un obstacle interposé entre le bras et le but à atteindre, la main reste immobile ou prend une direction différente; mais si l'on vient soi-même à toucher l'organe désigné, le nez, l'oreille, par exemple, du côté sain, le malade croit avoir exécuté le mouvement et affirme aussitôt qu'il touche, quoique son bras soit resté en chemin. Si la partie à atteindre est du côté anesthésié, le sujet ne perçoit le contact, que ce soit sa propre main ou un corps étranger, qu'à la condition d'exercer une forte pression faisant intervenir les muscles du côté sain, qui l'avertissent par leur sensibilité propre, de la résistance siégeant sur le côté insensible. Dans la marche les yeux fermés, le malade suit une ligne assez droite, mais il se laisse facilement entraîner, sans le remarquer, dans un mouvement circulaire, dès que l'on vient à retenir doucement le côté anesthésié. Les objets, enfin, échappent à la main dès qu'elle cesse d'être surveillée, et, dans les différents travaux, les malades, sans le sentir, se piquent, frappent sur leurs doigts; une femme s'occupant de couture était avertie de ses blessures par les gouttes de sang qui tachaient son ouvrage.

Les membres insensibles sont habituellement plus froids que leurs congénères, et dans quelques cas les malades ont conscience eux-mêmes de ce refroidissement. Parfois la différence entre les deux mains, le thermomètre laissé un quart d'heure en place, peut atteindre 2 et même 3 degrés centigrades.

L'anesthésie ne reste pas confinée à la peau, toutes les muqueuses du même côté sont privées de sensibilité. Une barbe de plume peut être promenée sur la conjonctive palpébrale, sclérotidienne, quelquefois même sur la cornée, sans provoquer ni douleur ni mouvements. Dans quelques cas cependant la sensibilité fait défaut dans la conjonctive palpébrale et sclérotidienne, mais elle persiste au niveau de la cornée, ce qu'expliquent du reste les recherches de M. Cl. Bernard. Ayant arraché le ganglion ophthalmique chez des chiens, M. Bernard a toujours vu cette avulsion suivie de la perte de la sensibilité de la cornée, avec conservation de la sensibilité de la conjonctive, résultat physiologique d'accord avec la disposition anatomique, puisque la conjonctive reçoit des nerfs ciliaires directs de la cinquième paire, tandis que la

(1) Charcot, *De l'hémianesthésie hystérique* (*Mouv. méd.*, 9 juillet 1872).

Et puis encore les conditions météorologiques qu'on a subies cet hiver, à Djeddah, ont été bien extraordinaires, bien exceptionnelles et bien défavorables aux pèlerins qui en ont souffert peut-être autant que des grandes chaleurs de l'été.

J'ai pu observer ici que la chaleur, même élevée, n'est point si dangereuse que les variations brusques et les abaissements subits de température; on s'habitue à ce soleil tropical et, chose extraordinaire, on se trouve beaucoup mieux de cette chaleur *constante* que d'une chaleur que j'appellerai *capricieuse* (1). Ce qu'il y a de redoutable dans la saison d'été, c'est le *khamsin* ou *semoun* (vent du S. E), qui embrase tout de son souffle brûlant.

On a attribué au semoun, non sans raison, sur les pèlerins, en 1865 et en 1866, une influence fatale (le pèlerinage avait alors lieu en mai).

Entre l'équinoxe et le solstice d'été, le vent du sud, avec inclinaisons prononcées tantôt vers l'est, tantôt vers l'ouest, règne d'une manière régulière; ce vent, passant sur d'immenses déserts où il trouve un sol en état de sécheresse extrême et d'ignition, si l'on peut dire, charge l'atmosphère d'une masse d'électricité, qui rend alors bien dangereuse la route des caravanes.

C'est ainsi qu'on explique la forte mortalité qui a régné sur les pèlerins le 27 mai 1866, à Bedr, entre la Mecque et Médine.

On a voulu voir dans la mortalité de Djeddah et de Yambo, à cette époque, la même influence, à l'exclusion de toute idée de choléra, qu'on avait d'autant plus de répugnance à admettre que les fêtes de cette année, à la Mecque, n'avaient, dit-on, été suivies d'aucun accident dans la santé des pèlerins. Il n'y avait eu, pendant ces trois jours, que 162 décès,

(1) Si l'*ihram*, celle simple toile blanche, ne protége pas suffisamment le hadji des ardeurs du soleil, elle ne le protégera pas davantage contre le froid vif et pénétrant des nuits d'hiver et contre les atteintes du vent du nord qui, pour des gens habitués à la chaleur, sont peut-être encore bien plus préjudiciables que celles du vent du sud

cornée se trouve innervée par les rameaux ciliaires émanant du ganglion ophthalmique. D'autre part, les substances toxiques exercent une influence différente sur ces parties; dans la mort par la strychnine, la cornée devient d'abord insensible, tandis que dans l'anesthésie par l'éther, l'empoisonnement par le curare, c'est la conjonctive qui perd la première sa sensibilité (1). Un phénomène que nous avons noté chez deux de nos malades et que M. Demeaux (2) avait également trouvé chez une femme atteinte d'hémiplégie avec hémianesthésie, c'est l'apparition de larmes dans les deux yeux par le contact d'un corps étranger sur la cornée du côté anesthésié sans que le malade l'ait senti et que le globe oculaire ait fait le moindre mouvement; l'insensibilité de la cornée est complète, et cependant l'action réflexe est rendue évidente par la sécrétion immédiate des larmes. Dans nos deux cas, la conjonctive palpébrale sclérotidienne était également insensible ; mais l'excitation par le toucher n'était pas suivie de larmoiement. On peut jusqu'à un certain point rapprocher ce fait de ce qui se passe chez les hystériques hémianesthésiques; les tissus érectiles, dit Briquet, tout en ne transmettant pas d'impression au cerveau, conservent la faculté de s'ériger; ainsi les mamelons du sein, le clitoris, bien qu'insensibles au toucher, conservent la faculté de s'ériger au moindre contact (3).

L'exploration des fosses nasales, du conduit auditif externe, révèle également une diminution ou une abolition complète de la sensibilité des muqueuses. La cavité buccale, la langue, sont aussi le siége d'une hémianesthésie, que les sensations mises en jeu soient successivement celles de température, de douleur ou de contact. La titillation de la moitié correspondante du voile du palais, de la luette, ne provoque aucune nausée réflexe; le choc sur les dents n'est point senti, mais quelquefois le malade l'entend par l'oreille saine ou le perçoit du côté non anesthésié, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, par les vibrations ou l'ébranlement produits sur le maxillaire inférieur. L'anesthésie existe également sur la muqueuse du gland, du méat urinaire et à la marge de l'anus du côté malade.

La sensibilité spéciale offre des modifications non moins remarquables, depuis un simple affaiblissement jusqu'à l'abolition complète de la fonction.

Il est intéressant de suivre dans chaque sens ces modifications fonctionnelles, soit que le mal augmente progressivement, soit, au contraire, qu'après une perte subite de la sensibilité spéciale, la fonction reprenne son état normal.

La vue peut être le siége non-seulement d'un affaiblissement, mais dans quelques cas d'une perversion particulière que l'on retrouve d'ailleurs chez d'autres alcooliques simples. Lorsque l'acuité de la vision est faiblement atteinte, la comparaison entre les deux yeux, à l'aide de l'échelle typographique, rend compte des légères différences. Les caractères de 1/2 millimètre sont lus facilement par l'œil sain, tandis que l'œil malade ne peut distinguer que des lettres de 1, de 2 millimètres; la différence même est habituellement plus grande; souvent aussi les caractères s'entourent rapidement d'un brouillard, et la lecture ne peut se prolonger au delà de quelques instants. A un plus haut degré d'amblyopie, les personnes, les objets, cessent d'être reconnus, la lumière elle-même finit par ne plus être distinguée de l'obscurité, et la vision est complétement abolie de ce côté. Chez le malade dont l'observation est rapportée plus loin, l'exposition aux rayons solaires laisse l'œil ouvert et immobile, mais la pupille se resserre légèrement. La mobilité est conservée malgré l'amaurose; il suffit, en outre, d'abaisser et d'élever successivement la paupière pour obtenir les oscillations habituelles de la pupille, légère dilatation quand les paupières sont closes et resserrement aussitôt que la paupière est soulevée. Il n'en est pas ainsi cependant chez tous les hémianesthésiques, et dans son observation, Demeaux signale l'immobilité de la pupille. Il est bon de noter que chez les hystériques hémianesthésiques affectées d'amblyopie, Briquet indique également l'immobilité de la pupille comme dans les amauroses ordinaires.

Le passage d'un courant continu dans la tête ou à son voisinage ne produit pas de phosphènes dans l'œil anesthésié, tandis que l'œil sain les perçoit à la fermeture et à l'ouverture du courant.

En outre de l'amblyopie, il existe chez quelques-uns de ces malades de la dyschromatopsie unilatérale; l'œil sain peut distinguer rapidement et complétement toutes les couleurs, tandis que l'œil anesthésié confond non-seulement les couleurs composées, mais encore les couleurs franches et saturées.

Chez un de nos hémianesthésiques, la dyschromatopsie était bilatérale, comme cela se rencontre d'ailleurs chez quelques alcooliques, mais beaucoup plus rarement que ne l'indique M. Galezowski.

L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion spéciale du fond de l'œil, pas même chez les sujets dont la vue est entièrement abolie; on peut observer de la stase veineuse, de l'infiltration péripapillaire et périvasculaire; quelquefois enfin des battements se montrent dans les veines, mais aucune lésion importante de la pupille ou de la rétine ne vient rendre compte de le perte unilatérale de la vue.

L'ouïe est affaiblie, les battements d'une montre sont entendus à la distance de 5 à 10 centimètres du côté malade, tandis que l'autre oreille les perçoit comme à l'état normal, à

(1) Cl. Bernard, *Effets des substances toxiques et médicamenteuses*. Paris, 1857, p. 235.
(2) Demeaux, *Des hernies crurales* (thèse de Paris, 1843 ; l'observation d'hémiplégie avec hémianesthésie se trouve à la fin de la thèse).
(3) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859 p. 283.

---

dont 25 pèlerins proprement dits, 39 habitants de la Mecque, et 98 Indiens de l'*Iumeca*; on n'avait enregistré que 15 décès à A'rafat.

Il fallut bien, lorsque, plus tard, la mortalité prit de plus grandes proportions, reconnaître qu'on était encore en présence du choléra, bien qu'il n'eût pas, comme l'année précédente, fait son explosion pendant les fêtes mêmes.

Au reste, on avait vu mourir à Djeddah même et peu après leur débarquement, des pèlerins indiens, ce qui permettait encore d'admettre une importation nouvelle.

C'est aussi en 1866 qu'on a vu quelques habitants de Djeddah, indigènes et Européens, également frappés du choléra, malgré l'immunité dont la ville avait jusqu'alors joui à cet égard; immunité qu'elle a cependant conservée pendant l'épidémie de 1871-72.

Les variations de température, les sautes de vents tellement brusques que, dans la même journée, ils tournaient jusqu'à trois fois, ont imprimé, cet hiver, à la constitution médicale de Djeddah, un cachet particulier qui s'est surtout traduit par des fièvres rémittentes typhiques et des fièvres intermittentes, dont quelques-unes à caractère pernicieux, et par une mortalité assez élevée; jamais on n'avait eu un hiver aussi singulier, aussi mauvais.

Dès que nous sommes entrés franchement dans le régime des chaleurs et que, au lieu de + 22, + 18, + 16, + 14 degrés centigrades (que nous avions jusqu'à la fin de février), nous avons eu une moyenne de + 36 à + 38 degrés, j'ai observé par moi-même que j'étais mieux équilibré; j'éprouvais moins de malaise que dans les journées où, du matin au soir, ou du soir au matin, il y avait des écarts thermométriques de 4 à 6 degrés.

C'est la violence et la nature du vent qui règlent la vraie sensation de chaleur plutôt que l'élévation thermométrique; le vent n'a pas, en effet, sur la colonne mercurielle l'influence qu'on lui reconnaît sous d'autres latitudes. Il peut arriver, par exemple, qu'avec + 30 degrés C., on éprouve une

50, 60 centimètres et même davantage. Dans quelques cas la surdité est complète, ni la voix, ni aucun bruit n'est entendu du côté malade. En plaçant le tampon du pôle positif sur la région mastoïdienne saine et en appuyant l'extrémité de l'autre rhéophore, réduit au simple fil métallique sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe de l'oreille anesthésiée, la fermeture du courant continu ne détermine aucune sensation de son; l'application des excitateurs en sens inverse provoque dans l'oreille saine la perception nette d'un son. Il y a parfois au même instant une saveur métallique dans la moitié correspondante de la langue.

L'odorat est également affaibli et peut dans quelques cas être complétement aboli. Pour apprécier le degré d'anosmie, il est nécessaire d'employer des excitants organoleptiques d'intensité variable. C'est ainsi qu'on peut graduer l'action stimulante, en employant successivement l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, le vinaigre, l'essence de moutarde. Ces deux derniers agents s'adressent à la fois à la sensibilité générale et à la sensibilité spéciale, et dans quelques cas il ne se produit qu'une simple irritation, les malades larmoient, sentent du picotement, mais ils ne perçoivent pas d'odeur.

Le goût est diminué ou perdu du côté anesthésié; on peut s'en rendre compte à l'aide de substances de saveur progressivement plus prononcée, telles que le sucre, le sel, le sulfate de magnésie, l'aloès, la coloquinte, le piment. On peut employer des solutions de degré de concentration variable, ou bien on maintient simplement le corps sapide sur la langue en commençant par le côté anesthésié, et si au bout d'une ou deux minutes le malade indique par signe de tête qu'il ne sent pas, on porte la substance sur le côté sain de l'organe et la saveur est immédiatement reconnue.

L'application du courant continu ne provoque aucune sensation gustative sur la moitié anesthésiée, tandis que de l'autre côté elle fait naître un goût métallique, styptique, assez prononcé. Au moment de la fermeture du courant, les muscles se contractent du côté où les excitateurs sont placés, mais le malade ne sent les secousses que du côté sain de l'organe, comme du reste pour tous les autres muscles de la moitié correspondante du corps.

Chez les hystériques, l'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche. Dans l'alcoolisme chronique, les deux côtés, nous l'avons vu, sont indifféremment affectés, et même sur nos 10 cas, 8 hommes et 2 femmes, 6 fois l'hémianesthésie avec paralysie siégeait à droite, et 4 fois de l'autre côté. Des deux femmes l'une était hémianesthésique à droite et l'autre à gauche.

Dans cette hémiplégie de la sensibilité et du mouvement, les troubles de la motilité s'améliorent quelquefois rapidement et l'anesthésie persiste; d'autres fois les deux ordres d'accidents s'effacent parallèlement, d'autres fois encore, nous le voyons chez deux malades, la motilité et la sensibilité tendent à s'affaiblir progressivement. Chez l'un d'eux cependant, on constate déjà une abolition complète de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale de tout le côté droit; la motilité, d'autre part, s'est affaiblie, mais la paralysie est loin d'avoir atteint un degré aussi avancé que l'anesthésie.

Ces malades, comme les autres alcooliques chroniques, éprouvent de la céphalalgie, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, des engourdissements et des crampes dans les membres, plus accusés quelquefois, mais rarement limités au côté paralysé; chez eux les vertiges, les attaques apoplectiformes, se montrent avec plus de fréquence. C'est qu'en outre des lésions diffuses ou disséminées propres aux alcooliques chroniques, ces sujets hémiplégiques sont encore sous le coup d'une lésion en foyer, sorte d'épine, d'agent irritatif dont l'action se surajoute aux troubles produits par la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux.

Les facultés intellectuelles sont également affaiblies : la mémoire est diminuée, le jugement moins sûr, l'imagination éteinte, les idées confuses, mal coordonnées reflètent l'incohérence; la sensibilité morale est très-affaiblie, la sensiblerie vient s'ajouter à l'indifférence et à l'apathie. Le délire, perdant son activité, conserve néanmoins ses caractères généraux avec le fond pénible désagréable qu'il offre dans l'alcoolisme aigu. Les illusions et les hallucinations, si elles se montrent encore, n'ont plus, sauf quelques exceptions, cette acuité, cette multiplicité si remarquables des premières périodes de l'alcoolisme, le sommeil reste troublé par des rêves et des cauchemars; souvent des préoccupations hypochondriaques surviennent avec des idées de persécution et des idées mélancoliques, et quelquefois même avec une tendance au suicide; mais ces saillies délirantes s'émoussent, les réactions sont moins promptes, moins bruyantes, une sorte d'incertitude, d'indécision, règne sur toutes ces perceptions illusoires de l'esprit. On le voit, en dehors de l'hémianesthésie, il n'y a dans les symptômes rien de spécial à cette forme particulière d'alcoolisme chronique. D'ailleurs ces troubles si singuliers de la sensibilité ne se montrent pas seulement dans l'alcoolisme, ils ne sont pas exclusivement en rapport, soit avec une hémorrhagie, soit avec un ramollissement, soit avec une sclérose; chacune de ces lésions peut les faire naître, mais à la condition que l'altération matérielle porte sur un point déterminé de l'encéphale. C'est donc une question de siége, de topographie plutôt qu'une question de nature particulière de lésion. D'autre part, on doit le noter, chez la femme, dans l'hystérie, cet ensemble symptomatique peut n'être qu'un simple trouble fonctionnel plus ou moins passager, sans lésion matérielle appréciable.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

sensation fraîche, si le vent du N. souffle violemment, tandis que, le lendemain, avec ces mêmes + 30 degrés C., il fera très-chaud, si le vent est tombé.

Le refroidissement sera surtout sensible s'il y a plusieurs jours de vent du N.; alors l'atmosphère aura eu le temps de se refroidir à son tour, et il y aura invariablement abaissement de la colonne thermométrique.

Si, au contraire, on passe, d'un jour à l'autre, du N. au S. et réciproquement, l'atmosphère n'a pas encore eu le temps de s'échauffer ou de se refroidir beaucoup et l'on est alors sous l'influence momentanée et directe du vent qui souffle, plutôt que de la masse d'air ambiant dont l'équilibre n'est pas encore détruit.

Que le vent du N. vienne à tomber le soir, après avoir soufflé tout le jour, on aura alors une soirée et souvent même une nuit, ou, du moins, la première partie de la nuit (car ici il n'y a pas de crépuscule) tiède et sensiblement plus chaude que la journée.

On peut, de la sorte, comprendre les dangers de cette *constitution* atmosphérique.

Il n'y a pas que le *khamsin* (S. E.) qui soit dangereux; les vents violents de N. ne le sont pas moins lorsqu'ils soufflent, même en été; en effet, le corps est en transpiration; le soleil est ardent, la matinée a été très-chaude, lorsque, vers midi ou deux heures, arrive subitement un *coup* de N. qui, tout en procurant une sensation agréable, arrête cette bienfaisante transpiration et produit un trouble profond dans la masse des humeurs.

Telles sont les *péripéties atmosphériques* par lesquelles nous sommes passés cet hiver et qui nous ont valu un *grand règne* de fièvres, à un point tel que l'on se heurtait souvent dans les rues contre des malheureux (pèlerins ou indigènes), gisant sur le sol, pêle-mêle avec les chiens immondes et faméliques qu'on rencontre partout ici, et passant ainsi de vie à trépas, sans qu'on s'en soucie davantage.

Le pèlerinage de 1873 s'est donc accompli dans ces

Clinique obstétricale.

Conception chez une femme de cinquante ans; ménopause depuis deux ans; éclampsie après l'accouchement; guérison, par le docteur Charles Deshayes, médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen (service de M. Paul Levasseur).

Obs. — Madame T..., cultivatrice à La Feuillie, âgée de cinquante ans, forte, robuste, à tempérament sanguin, a eu trois enfants, actuellement vivants, le dernier il y a dix-sept ans. N'a jamais eu d'attaques d'épilepsie ni d'hystérie, et n'a même, affirme-t-elle, jamais été malade. La ménopause s'est établie il y a deux ans, sans troubles marqués, et depuis cette date madame T..., qui est intelligente et me rend un compte très-exact de son passé, n'a vu revenir ses règles à aucune époque, menstruelle ou non, ni éprouvé le moindre malaise qui pût s'y rattacher. Antérieurement, c'est-à-dire lors de sa jeunesse et jusqu'à l'âge de quarante-huit ans, cette dame vit toujours ses menstrues survenir périodiquement, lesquelles cessaient complétement pendant les grossesses.

Tout était donc, dans le passé et dans le présent, on ne peut plus régulier, et madame T..., qui, pour ignorer les travaux de MM. Custe, Pouchet, Robin, Raciborski, etc., n'en connaît pas moins, elle et toutes les femmes de la campagne, la très-grande relation qui existe entre la menstruation et la conception, se croyait-elle et paraissait-elle en droit de se croire à l'abri d'une nouvelle grossesse.

Les choses en étaient là quand, vers le milieu d'avril 1872, deux mois et demi seulement avant l'accouchement, cette dame crut remarquer que son ventre prenait du développement; mais très-indifférente de sa nature, et peu habituée, comme tous les habitants du notre plateau, à s'observer, et enfin rejetant bien loin l'idée de grossesse, elle continua à travailler dans sa ferme jusqu'au dernier mois, et alors seulement, les signes de la grossesse devenant évidents, la réalité lui apparut tout entière. Mais l'idée d'être enceinte à cinquante ans, la crainte d'être tournée en ridicule (*sic*) par ses voisines, et aussi la rareté de ses rapports conjugaux antérieurs avec son mari déjà vieux, devinrent pour madame T... la cause d'une profonde tristesse, que tout le monde remarqua, mais dont elle garda néanmoins le secret pour elle-même.

Quinze jours environ avant les accidents, apparaît aux deux jambes un œdème assez notable, et que je trouvai moi-même au moment de l'accouchement. Je reviendrai sur ce point.

Le 29 juillet 1872, je suis appelé pour la première fois, dans la nuit, auprès de la malade, pour l'accoucher.

Tout alors se passe comme de coutume, à part quelques vomissements bilieux, que je crus, à tort peut-être, sans importance. Madame T... accoucha très-aisément, le lendemain matin, d'une fille relativement petite, mais à terme. Rien de particulier dans la délivrance. La malade est recouchée, heureuse, dit-elle, d'en avoir fini, et se trouve, une demi-heure après la délivrance, dans un état satisfaisant. Pouls régulier, plutôt ralenti, calme parfait, etc.

Je crus pouvoir partir et me rendis dans un village voisin, quand un homme à cheval, envoyé à ma recherche, vint m'annoncer que madame T... se mourait. Je retournai aussitôt et trouvai la malade dans un coma profond.

La garde, de ses amies, me raconta que, peu de temps après mon départ, madame T... avait accusé un violent mal de tête, sans préciser le côté; puis, mais tout cela très-rapidement, sa figure était devenue pourpre, ses yeux hagards. «Prenez, prenez mon enfant, dit madame T..., tassez-le dans le baquet. » Elle prononce encore quelques mots sans suite, et aussitôt apparaît la première crise.

J'attendis l'arrivée d'une nouvelle crise, qui ne tarda point. En effet, la malade commença à s'agiter plus violemment, et tout à coup, sans pousser de cri, elle s'agite convulsivement. Sa face est bleuâtre, livide, presque noire; les lèvres grimaçantes; une écume sanguinolente sort non-seulement de la bouche, mais aussi de l'arrière-bouche et probablement des voies respiratoires, car à la fin de la crise elle rejette en expuition du sang presque pur. Je ne décrirai point l'accès dans tous ses détails; qu'il me suffise de dire que j'avais là le type le plus complet de l'éclampsie puerpérale. Les lochies, qui déjà s'étaient établies, cessèrent complétement pendant cette crise, et ce fait se renouvela à chaque accès, reparaissant dans l'intervalle du repos pour cesser lors des convulsions.

Je restai auprès de ma malade toute la journée et toute la nuit, et dans l'espace de dix heures je pus assister à huit crises bien caractérisées.

J'instituai immédiatement le traitement suivant : larges saignées; compresses d'eau froide sur la tête; deux lavements à *asa fœtida* (8 grammes).

La malade ne recouvra point un seul instant connaissance dans le courant de la journée, et eut, ai-je dit plus haut, huit crises complètes, dont l'état convulsif ne dura jamais plus de deux ou trois minutes, mais qui toujours nous fit craindre la mort du sujet. Or, à chaque crise à laquelle j'assistai, c'est-à-dire sept fois, je pratiquai une large saignée, de 500 grammes au moins, ce qui fait près de 4000 grammes de sang enlevé à la malade, et je n'exagère pas. Il est vrai de dire que madame T... était très-vigoureuse.

La distance qui séparait chaque accès alla toujours en s'éloignant; au début, et voyant notre malade rester après la sixième crise sans intelligence et sans parole, il est vrai, mais aussi sans convulsions, je la crus sauvée, quant survint un septième accès, aussi fort et aussi long que les premiers, lequel fut suivi, quinze minutes après, d'un huitième et dernier qui, un peu moins violent, laissa la malade dans l'abattement le plus complet. Cet abattement disparut peu à peu dans la nuit pour laisser place à un état d'excitation telle qu'il fallut cinq personnes pour contenir notre malade, qui voulait se lever et déchirait ses draps et nos vêtements; mais alors la parole commençait à revenir; madame T.., vaincue par nos efforts et par la fatigue, se mit à verser d'abondantes larmes, et peu à peu tout s'apaisa. L'œdème des jambes avait disparu, et tout rentra dans l'ordre habituel des choses. La malade urinait abondamment à chaque crise, et il me fut impossible de me procurer de l'urine pour un examen qui m'eût d'ailleurs été très-difficile, car je me trouvais dans un hameau, loin du centre, et je manquais de tout.

Le lendemain, madame T... avait peu à peu recouvré son intelligence, et huit jours après cette terrible scène, qui ne dura pas moins de vingt-quatre heures, notre éclamptique put se lever, n'ayant éprouvé aucune douleur du bas-ventre, ni offert le moindre signe de péritonite. Ce n'est qu'un mois plus tard que je fus consulté par madame T... pour un engorgement du ligament large, à gauche, avec pesanteur et difficulté dans la marche, anémie consécutive aux 4 kilogrammes de sang perdu. Toniques, grands bains et repos, et la guérison fut bientôt complète. Aujourd'hui, madame T... est aussi forte qu'avant l'accouchement, l'urine n'offre pas d'albumine et toute trace d'œdème a disparu.

L'enfant, dont j'ai cru inutile de parler, vit et se porte très-bien.

Remarques. — 1° Le fait d'une femme de cinquante ans

---

conditions anormales de température qui, à coup sûr, ont été défavorables aux pèlerins, quoique, à tout prendre, la saison d'hiver leur soit toujours plus avantageuse que celle d'été.

On a pu supposer que l'ensemble des influences antihygiéniques qui se montrent dans ces circonstances devait être une cause de production du choléra, et il reste encore des partisans de cette idée que la Mecque, à l'époque du pèlerinage, engendre le choléra.

On sait cependant qu'en Europe, de 1790 à 1815, cette réunion d'influences nuisibles a existé en permanence et au maximum dans les armées et dans les pays occupés par celles-ci, et que des centaines de milliers d'hommes y sont morts du typhus sans que le choléra asiatique y ait jamais paru.

La Mecque est seulement un foyer de *renforcement* et de dissémination de la maladie.

Depuis quelques années, on y impose aux pèlerins des obligations hygiéniques qui sont autant de mesures préservatrices contre la propagation des épidémies; on a, entre autres, établi à Mûna et à Arafat des latrines qu'on désinfecte avec soin. Il est généralement admis, comme on sait, que le principe morbifique du choléra se dégage des déjections des cholériques; depuis l'énoncé du fait, par M. le docteur Pellarin, en 1849, des observations nombreuses et des expériences ont prouvé que des substances imprégnées de ces matières et que ces matières elles-mêmes peuvent transmettre le choléra.

« ..... Nous avons, dit M. Briquet (*Rapport sur les épidémies de choléra-morbus de* 1817 *à* 1850, *présenté à l'Académie de médecine*, Paris, 1867), l'exemple de notre dernière campagne en Italie, où, malgré la réunion de toutes les conditions antihygiéniques qui se voient dans les armées après les batailles, il n'y a pas eu un seul cas de choléra. »

La masse des hadjis arrivés à Djeddah par la voie de mer, se décompose de la manière suivante :

devenant grosse deux ans après la cessation des règles est à noter, et prouve que souvent la ménopause est plutôt apparente que réelle; que, dans notre cas, il y a eu très-probablement ponte d'un ou plusieurs ovules sans manifestation extérieure.

2° Bien que l'urine n'ait pas été examinée, l'œdème seul des jambes fait supposer que madame T... était atteinte d'une albuminurie passagère; cependant il est difficile de rejeter complétement ici l'influence des causes morales sur la production de l'éclampsie.

3° Étant donné, à la campagne du moins, un cas d'éclampsie chez un sujet vigoureux, je conseille de saigner jusqu'à cessation complète des accès convulsifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

TÉRATOGÉNIE EXPÉRIMENTALE. — M. *Dareste* reproduit et résume sous ce titre les résultats des recherches qu'il poursuit depuis vingt ans sur la formation des monstres. (Renvoi à la Section d'anatomie et zoologie.)

ORIGINE ET FORMATION DU FOLLICULE DENTAIRE CHEZ LES MAMMIFÈRES. — Note de MM. *P. Magitot* et *Ch. Legros*. — Au point de vue de la physiologie générale, la formation du follicule dentaire résulte de la rencontre de deux organes : l'un, *organe de l'émail*, de nature épithéliale, né le premier et procédant de la couche épithéliale de la muqueuse buccale; l'autre, de nature embryoplastique, le *bulbe dentaire;* enfin une paroi émanée de la substance de ce dernier enveloppe le tout : c'est le *sac folliculaire*. Nous ne parlons pas ici d'un autre organe, l'*organe du cément*, qui entre dans la constitution de certains follicules et dont il sera traité dans un autre travail. Si, d'autre part, on cherche à rapprocher ce mode d'évolution d'autres phénomènes analogues dans l'économie, on reconnaît qu'il y a identité complète entre le développement du follicule dentaire et celui du follicule pileux. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Ch. Robin, de Lacaze-Duthiers.)

EMBOLIES CAPILLAIRES ET INFARCTUS HÉMORRHAGIQUES DU CHOLÉRA. — M. *Bouchut* communique la suite de ses recherches sur ce sujet. Dans tous les cas de choléra assez graves pour occasionner la mort, il se fait des embolies capillaires, caractérisées par des infarctus hémorrhagiques plus ou moins volumineux et en nombre très-variable. Ces embolies se font dans les capillaires sous-cutanés et dans les petits vaisseaux de l'endocarde, du péricarde, des poumons, des reins et du tissu conjonctif intermusculaire. « Je n'en ai pas rencontré, dit l'auteur, dans le cerveau, mais, d'après ce que j'appris sur un cas de mort subite en ville, chez une personne à peine convalescente d'une attaque de choléra, il est vraisemblable qu'il y a eu embolie cérébrale. » (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

CHOLÉRA. *Question de priorité.* — M. *H. Blanc* répond à une note envoyée par M. Pellarin (séance du 15 septembre), et cherche à démontrer que l'opinion suivant laquelle le choléra est transmis par des évacuations cholériques est antérieure aux travaux de M. Pellarin et se trouve consignée notamment dans les écrits de Bœhm (1838) et de Snow (1849).

PHYLLOXERA. — Communications de MM. *de Malegnane*, *J. Lechape*, *A. Pagani* et *Vicat*.

CALCULS BILIAIRES. — M. *Lailler* adresse une note, accompagnée d'une pièce anatomique, pour servir à l'étude de la formation des calculs biliaires. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

CHOLÉRA. — M. *Duvonskowski* adresse une note concernant un élixir anticholérique. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

PROPRIÉTÉS ET STRUCTURES DIFFÉRENTES DES MUSCLES ROUGES ET DES MUSCLES BLANCS, CHEZ LES LAPINS ET CHEZ LES RAIES. Note de M. *L. Ranvier*. — La conclusion de ce travail est la suivante : On sait qu'il existe chez certains animaux des muscles rouges et des muscles pâles; or, ces deux ordres de muscles jouissent de propriétés physiologiques différentes. Ainsi, le muscle demi-tendineux du lapin (muscle rouge), mis à nu et excité avec un courant électrique interrompu, se raccourcit peu à peu et progressivement; une fois tétanisé, il reste raccourci tant que l'excitation est continuée, sans communiquer de secousses à la pince électrique et à la main qui la tient, comme en donnent les muscles striés ordinaires. Lorsque l'excitation cesse, le muscle revient peu à peu à sa longueur primitive. Les muscles blancs du lapin, excités avec le même courant, se contractent au contraire brusquement, et pendant toute la durée de l'excitation ils sont agités de secousses correspondant aux interruptions du courant. Lorsque l'excitation cesse, ils reviennent brusquement à leur longueur primitive.

Sur un lapin dont le bulbe a été sectionné et auquel on pratique la respiration artificielle, le nerf sciatique est coupé en deux points, à sa sortie de l'échancrure sciatique et au tiers supérieur de la cuisse; le tronçon de nerf coupé contient des fibres qui se rendent au vaste interne et au demi-tendineux. L'excitant électrique appliqué à ce nerf fait contracter ces deux muscles à la fois et différemment; chacun se comporte de la façon que nous avons décrite plus haut. — Des faits analogues s'observent chez les raies.

PÈLERINAGE DE 1873. — ARRIVAGES DE PÈLERINS A DJEDDAH, A YAMBO ET A LITH (PROVENANCES DIVERSES)

PORT DE DJEDDAH					VIA SUEZ (Canal).	PORTS.		OBSERVATIONS.
DE L'OCÉAN INDIEN.	DU GOLFE PERSIQUE.	DE LA MER D'OMAN.	DE LA MER ROUGE. CÔTE AFRICAINE.	DE LA MER ROUGE. CÔTE ARABIQUE.		YAMBO.	LITH.	
14,387 dont : Malais.... 8767 Indiens... 6420	2132	871	1170	3329	18,919 dont : Ottomans.. 5417 Égyptiens. 5753 Caucasiens 505 Mogrebins. 7244	3000 Ces pèlerins vont d'abord à Médine, avant de se rendre à la Mecque.	2155 Ce sont les retardataires qui débarquent dans ce petit port très-rapproché de la Mecque.	Chiffres de la quarantaine.
Total général pour Djeddah = 41 808.						Total général pour Yambo et Lith = 5155.		

NOTA. Parmi les 41 808 pèlerins débarqués à Djeddah, 34 471 sont arrivés sur 87 vapeurs et 12 voiliers trois mâts, le reste sur des sambouks (grandes barques arabes). En 1872 il y a eu 30 058 et, en 1871, 41 066 arrivages à Djeddah. Il faut observer que cette année nous n'avons pas eu de provenances sérieuses de la côte d'Afrique, ni de Zanzibar; en raison du choléra qui régnait dans le Soudan, le Khédive avait coupé toutes les communications entre le *Takrour* (Soudan-Nubie), l'Égypte et le Hedjaz, et empêché le départ des pèlerins *Takrouris*. Vers la fin du pèlerinage, cette épidémie du Soudan, qu'on y avait ainsi *cantonnée*, en empêchant toute sortie du territoire infecté, s'y éteignait faute d'aliment.

Scorbut et son traitement. Note de M. *Champouillon*. — « La diffluence du *plasma* du sang, qui constitue le scorbut, est généralement attribuée à l'usage exclusif et prolongé des salaisons. Le rôle du sel marin dans la production de cette maladie a été fort exagéré et surtout inexactement interprété. Le scorbut est, en réalité, un effet de la dyspepsie gastro-intestinale et de l'inanition. Les viandes conservées au moyen du chlorure de sodium et de l'azotate de potasse, et qui perdent par exosmose leurs sucs, leur arome, leurs principes albuminoïdes azotés, produisent le scorbut en fatiguant l'estomac. C'est aussi par la dyspepsie que prélude le scorbut chez les sujets condamnés à se nourrir invariablement des mêmes aliments pendant un temps plus ou moins long. »

Intoxication tellurique. Deuxième note de M. *L. Colin*. — « Pour produire la *malaria*, il faut autre chose que de la chaleur, de l'humidité et des plantes en décomposition : il faut le *sol*, qui n'est pas un simple *substratum* dans cette élaboration morbifique, mais qui remplit, dans la genèse du miasme, un rôle peut-être aussi considérable que dans la végétation. On a cité des exemples d'individus atteints d'intoxication palustre pour avoir bu de l'eau marécageuse, et de ces faits on a conclu que la putréfaction végétale suffit pour engendrer la fièvre. D'après l'examen que j'ai fait de ces observations, et d'après mon expérience personnelle en Italie et en Algérie, je crois pouvoir révoquer en doute l'action fébrigène de ces boissons; et dans cette étude je suis arrivé à la conclusion suivante : *L'eau marécageuse n'a pas l'action spécifique du miasme palustre atmosphérique; elle n'agit, dans le développement de l'intoxication, que comme la série des causes banales qui diminuent la résistance de l'organisme aux influences morbides.* Le germe des fièvres a été recherché surtout dans l'atmosphère des marais, où certainement il existe à son maximum, et l'on a plus spécialement incriminé la matière organique. Or, comme les émanations des terres vierges nouvellement défrichées produisent aussi les fièvres, il est probable que la majeure partie de la matière organique recueillie à la surface des marais doit être mise hors de cause dans la genèse du miasme, et que peut-être même elle complique les difficultés de cette analyse.

» Je crois donc pouvoir émettre les propositions suivantes : 1° le sol joue un rôle considérable dans le développement de la *malaria*; 2° l'ingestion de l'eau marécageuse ne produit pas la fièvre intermittente; 3° il sera plus facile peut-être de découvrir le germe fébrigène à la surface des terres nouvellement défrichées que dans l'atmosphère des marais. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département du Var. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département de Loir-et-Cher. (*Même commission.*) — *c*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1873 dans le département d'Ille-et-Vilaine, ainsi qu'une lettre du préfet de ce département, qui sollicite une récompense en faveur de MM. *Richard* et *Regnault* pour services rendus à la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. le docteur *Chairon*. (*Accepté.*) — *b*. Une lettre de candidature de M. le docteur *Michel Peter*, pour la section de pathologie médicale. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Decaisne* sur les eaux de puits en général et celles de la ville de Beauvais en particulier, au point de vue de l'hygiène publique. (*Comm. :* MM. Poggiale et Lefort.) — *d*. Une étude sur la métrite chronique et sur la médication thermale, par M. le docteur *Lacoze*. (*Comm. :* MM. Gosselin, Moutard-Martin et Bernutz.) — *e*. Une lettre de M. *Flandrin* sur la falsification de l'opium dans le commerce.

M. *Delpech* dépose sur le bureau un mémoire de M. *Wecker* sur l'iridectomie.

M. *Larrey* offre à l'Académie, de la part de M. le docteur *Guipon*, un travail manuscrit sur les greffes épidermiques.

M. *H. Roger* présente, de la part de M. *Michel Peter*, le premier volume de ses Leçons de clinique médicale.

Choléra. — M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Cazalas, qui vient confirmer les théories de M. J. Guérin sur la spontanéité du choléra.

M. Cazalas conclut en effet de ses recherches :

1° Que le choléra n'est pas seulement originaire de l'Inde et qu'il peut naître spontanément dans tous les pays. La théorie de l'importation de l'Inde en Europe à chaque nouvelle épidémie n'est qu'une hypothèse que rien ne justifie.

2° Que le choléra peut naître spontanément partout où il se montre; il n'a d'autre véhicule que l'atmosphère.

3° Que le choléra n'est contagieux ni directement par le contact, ni indirectement par l'intermédiaire de l'air.

4° Que les quarantaines sont inutiles comme moyen d'éviter la propagation du choléra. Quand même le choléra serait susceptible d'importation, les quarantaines seraient illusoires, parce qu'on les appliquerait trop tard ou qu'on les supprimerait trop tôt et qu'elles ne seraient jamais assez rigoureuses pour être efficaces. Quant aux cordons sanitaires et à la séquestration des cholériques, ils présentent les mêmes inconvénients.

« La science médicale, dit à la fin de sa lettre M. Cazalas en reproduisant la conclusion d'une note qu'il lut en 1866 à l'Académie, la science médicale, en proclamant hautement que le choléra n'est pas contagieux, et les gouvernements, en supprimant complétement, radicalement, l'institution des quarantaines, et en la remplaçant par un code sanitaire applicable à tous les pays et à toutes les classes d'habitants, rendront un immense service à l'humanité. »

Communication sur le choléra. — M. *Delpech* communique

PÈLERINAGE DE 1872 (1).

TABLEAU COMPARATIF DES ARRIVAGES A DJEDDAH.

De l'océan Indien	10 531
Du golfe Persique	3 244
De la mer Rouge (côte arabique)	2 126
De la mer Rouge (côte africaine)	2 507
De Suez (viâ canal)	11 516
De Zanzibar	134
Total	30 058

Parmi les pèlerins débarqués à Djeddah, Yambo et Lith, on a compté 2528 indigents qui ne pouvaient payer la taxe de dix piastres à laquelle sont sujets les pèlerins et les voyageurs qui se rendent dans le Hedjaz et l'Yemen par les ports de la mer Rouge et 834 enfants au-dessous de sept ans.

Ce sont les Mogrebins qui ont fourni le plus grand contingent au pèlerinage de cette année; ils sont arrivés par bateaux à vapeur et par sambouks. Ces embarcations venaient de Suez dans un grand état d'encombrement, chargées d'indigents qui vivaient exclusivement d'aumônes ou de secours et qui se trouvaient dans un état lamentable de misère et de malpropreté.

Les provenances du golfe du Bengale, où le choléra sévissait avec assez d'intensité, étaient admises, pendant le pèlerinage, en quarantaine d'observation.

Il est venu de Calcutta, en patente nette, quatre voiliers trois-mâts, portant 145 hommes d'équipage et 361 pèlerins, qu'on a soumis à une quarantaine de trois jours.

La présidence de Bombay a sévèrement surveillé, cette année, l'embarquement des pèlerins; elle l'a déterminé rigou-

(1) Cette année, les provenances d'Afrique venaient librement et, sans fournir un chiffre aussi élevé que d'habitude, elles n'en avaient pas moins une certaine importance. Mais c'est surtout en 1871 qu'elles ont été considérables, car, sur le chiffre de 41 066 qui représentait les arrivages de pèlerins à Djeddah, on avait : Provenances de la mer des Indes, 17 200; provenances de Suez, 13 400 et, par conséquent, comme provenances de la côte africaine, le chiffre très-sensible de 10 466.

ensuite à l'Académie la situation du choléra, du 4 au 10 novembre inclusivement :

	HÔPITAUX CIVILS.		HÔP. MIL.	DOMICILE.	TOTAUX
	Entrées.	Décès.	Décès.	Décès.	par jour
4 nov.	1 dont 0 intérieur,	1	0	0	1
5	0 dont 0 intérieur,	0	0	0	0
6	0 dont 0 intérieur,	1	0	1	2
7	1 dont 0 intérieur,	0	0	0	0
8	1 dont 0 intérieur,	1	0	0	1
9	0 dont 0 intérieur,	0	0	0	0
10	1 dont 0 intérieur,	0	0	0	0
Total.	4 dont 0 intérieur,	3	0	1	4

Il résulte de ce tableau, comme le fait remarquer M. Delpech, que l'épidémie peut être considérée comme terminée. Quatre décès en une semaine pour tout Paris, ce n'est pas la peine d'en parler.

M. Delpech a poursuivi jusqu'au 5 novembre la statistique comparative des décès au point de vue du sexe, et a constaté que, pour les adultes, la gravité a continué à se montrer sensiblement plus sérieuse chez les femmes. Ainsi, sur 197 hommes et 197 femmes mis en traitement du 4 septembre au 5 novembre, 111 hommes et 119 femmes ont succombé.

Chez les enfants, la proportion inverse a continué à se montrer au moins pour les entrées : 22 garçons pour 12 filles. Quant aux décès, il y a eu 14 garçons pour 7 filles.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA. — M. *Joly* succède à M. Delpech et lit d'une voix si faible qu'il est impossible d'entendre un seul mot un discours que nous avons heureusement retrouvé au secrétariat.

M. Joly vient encore défendre aujourd'hui la théorie de la non-contagion du choléra, théorie qu'il soutient depuis quarante ans.

« Il s'agit aujourd'hui, dit-il, de savoir quelle part peuvent avoir isolément ou concurremment l'épidémie, la contagion ou l'importation, dans la genèse, le développement et la propagation du choléra. » Voilà la question réduite à sa plus simple expression, et on la voyait reparaître à chaque épidémie ; on se demande si les termes qui l'expriment ont été bien compris.

Il serait bon, avant d'aller plus loin, de s'expliquer sur la valeur de ces mots épidémie, importation, contagion.

Le mot *épidémie* est le plus clair, le plus compréhensible, car il porte avec lui sa signification étiologique : il exprime ce fait de l'apparition spontanée d'une maladie déterminée ayant une marche plus ou moins envahissante et frappant à la fois des régions plus ou moins étendues.

Il n'en est pas de même du mot *contagion*, qui est venu porter le trouble et l'obscurité dans la discussion. Et pourtant, c'est un mot nécessaire qu'on ne peut rayer de la science, car il exprime ce fait incontestable de la transmission d'une entité morbide d'un individu malade à un individu sain, quel que soit, du reste, le mode de transmission. On voit quelle différence il y a entre la propriété contagieuse et la propriété épidémique. Elles ne sont pourtant pas incompatibles et peuvent parfois se réunir pour concourir au développement et à la propagation de certaines épidémies dites contagieuses, comme la variole.

Les contagionnistes n'ont pas été heureux quand, pour édifier le dogme de la contagion, ils ont inventé deux espèces distinctes de choléra, le choléra asiatique et le choléra européen. Cette distinction n'est nullement justifiée, car rien ne prouve que le choléra asiatique ait une origine uniquement indienne, et ne puisse naître ailleurs que sur les bords du Gange. Certaines épidémies nées en Europe prouvent, en effet, le contraire. Et quand même cette origine indienne serait prouvée, ce ne serait pas suffisant pour établir le caractère contagieux du choléra, car, s'il est réellement contagieux, pourquoi ne l'est-il que dans les conditions épidémiques et non dans l'état sporadique, comme les autres maladies épidémiques contagieuses ? On répond à cela que le choléra indien et le choléra nostras n'ont pas la même nature : soit, mais qu'est-ce qui le prouve ? Car il n'y a pas signes qui permettent de les différencier l'un de l'autre, quoi qu'en disent MM. Chauffard et Hervieux.

Qu'est-ce maintenant que l'importation et quelle valeur a-t-elle dans le débat ? C'est un mot emprunté au langage du commerce international et qui n'exprime rien de positif ; il rappelle l'idée de contagion et admet, comme fait matériel connu, une vérité, une abstraction, une pure hypothèse. Ce n'est donc pas à l'importation qu'il faut s'adresser pour élucider la question, mais à l'observation, à l'épidémie elle-même.

Or, un premier fait peu en faveur de la contagion, c'est que le choléra ne pénètre pas partout, ne frappe ni également, ni indistinctement, tous les individus, il demande des conditions spéciales locales ou individuelles, ce qu'on ne voit jamais dans les maladies contagieuses.

Un autre fait important, c'est que le choléra suit surtout les cours d'eau, les rivières, les bords de la mer, les régions basses et humides, et non les courants humains comme l'avancent les partisans de l'importation.

D'autres faits, enfin, viennent démontrer que le choléra, par sa seule puissance épidémique, peut se développer et se propager au loin sans l'intervention d'un contage.

« En résumé, dit en terminant M. Joly, le dogme de l'importation et de la contagion est loin d'être démontré ; la théorie de la non-contagion ne l'est peut-être pas davantage. Alors faites comme le sage : dans le doute abstenez-vous et n'allez pas, avec vos idées de contagion, jeter l'alarme dans les familles et dans les populations.

---

reusement sur la capacité *utilisable* du navire, c'est-à-dire en rapport avec le cube d'emplacement attribué à chaque passager. Les bateaux à vapeur de 700 tonneaux *registre*, qui, l'an dernier, avaient transporté à Djeddah 800 pèlerins et plus, n'en ont amené, cette année, que 400.

Pour assurer l'exécution de cette mesure, les autorités sanitaires de Bombay exigeaient des armateurs un dépôt préventif de 5000 roupies avec relâche obligatoire du navire à Aden, où le personnel embarqué, porté sur une liste nominative, était sévèrement contrôlé par l'office sanitaire anglais de ce port. Malheureusement, ces sages mesures n'ont pas été observées à Singapoore, où les autorités sanitaires ont abandonné l'embarquement des pèlerins à la volonté des agences qui s'empressaient de les entasser à bord.

L'Égypte aussi s'est complétement relâchée à cet égard et a persévéré dans les fautes qu'on lui avait déjà reprochées l'an dernier. Plusieurs navires ont été reçus de Suez en état d'encombrement ; ce fait est d'autant plus regrettable que, d'habitude, les bateaux à vapeur de la compagnie égyptienne *Khedivié* sont soucieux d'observer les règlements.

De plus, quelques navires anglais, chargés de pèlerins, nous sont arrivés de Constantinople également encombrés ; en sorte qu'on peut se demander si, à Constantinople comme à Suez, la surveillance est bien rigoureuse.

Il semble que l'intendance sanitaire égyptienne cherche à s'affranchir du contrôle des étrangers et veuille peut-être tenir à l'écart les médecins européens.

Cette année, le service si important du lazaret d'El Wetch a été confié exclusivement à des médecins musulmans du pays ou médecins arabes, et l'on en a éliminé l'élément européen ; aussi, des lacunes très-regrettables ont-elles été signalées sur ce point et provoquent-elles, pour l'avenir, des remontrances sévères à l'administration égyptienne.

J'ai dit ailleurs quelle animation a régné à Djeddah par suite de cette invasion de hadjis.

Nous étions alors au plus fort des alternatives de tem-

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

OBSTRUCTIONS DU RECTUM PAR LES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS. — SUR UNE VARIÉTÉ D'ULCÈRES DU MOLLET A FORME NÉVRALGIQUE. — ÉTRANGLEMENT INTERNE SIMULANT UNE HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE.

M. *Guéniot* lit un rapport sur un travail de M. *Faucon* d'Amiens (*Gazette hebdom.*, 1873, p. 484). L'auteur étudie une variété d'étranglement interne qui a pour cause la compression de l'intestin par les tumeurs fibreuses utérines. Pour obvier aux accidents, M. Guéniot conseille d'ouvrir l'S iliaque, si les autres moyens de traitement ont échoué. Si, plus tard, la voie naturelle se rétablit, l'anus artificiel pourra s'oblitérer. On sait que les fibromes utérins peuvent s'atrophier naturellement (Guéniot) ou à la suite d'injections médicamenteuses.

Selon M. *Dolbeau*, les obstructions intestinales par fibromes utérins sont plus fréquentes qu'on ne le croit; il en a vu céder à des manœuvres extérieures qui amenaient le déplacement de la tumeur. Il y a quelques années, M. Dolbeau vit avec M. Voisin une femme âgée portant plusieurs fibromes qui avaient déterminé une obstruction intestinale et une péritonite. La malade mourut aussi bien de péritonite que d'obstruction intestinale. Les cas dans lesquels on peut intervenir par une opération sont rares; car souvent il y a des complications du côté du péritoine qui rendent le succès opératoire peu probable.

M. *Depaul* a déjà raconté à la Société l'observation suivante : Il fut appelé il y a quinze ans environ à Laon pour voir une jeune femme enceinte qui avait tous les phénomènes de l'étranglement interne et ne pouvait plus uriner; c'était une grossesse de trois mois et demi, compliquée d'un corps fibreux siégeant dans la paroi postérieure de l'utérus. Le cas devint tellement grave que M. Depaul proposa l'avortement. Après cette opération, les accidents diminuèrent, les garderobes revinrent et la malade se rétablit.

M. *Guyon* espérait rencontrer beaucoup de cas analogues à ceux rapportés par M. Faucon; il n'en fut rien; il n'a pu en citer que trois dans sa thèse d'agrégation.

M. *Demarquay* a présenté à la Société les pièces pathologiques d'une femme morte, dans son service, d'une obstruction intestinale par corps fibreux de l'utérus.

— M. *Le Dentu* fait un rapport sur un travail présenté à la Société par M. *Terrillon :* Variété rare d'ulcère du mollet à forme névralgique. Dans les deux observations qui sont la base de ce mémoire, on constata une hyperesthésie remarquable de l'ulcère et des parties voisines; ces ulcères étant rebelles à tout traitement.

Dans la deuxième observation, M. Verneuil dut pratiquer l'amputation, et il y eut récidive sur les lambeaux; on fit la résection du nerf sciatique, la guérison survint. Quand l'ulcération qui siégeait au mollet marchait vers la guérison, les douleurs diminuaient, et réciproquement. Chez les deux malades, quelques signes de scrofule ancienne; pas de varices, pas de syphilis.

Il y a donc une corrélation intime entre la névralgie et la marche de l'ulcère, et la maladie a une certaine analogie avec le zona. Les deux sujets étaient scrofuleux; il faut tenir compte de cela. La résistance au traitement et la persistance des douleurs peuvent-elles être assimilées et vont-elles toujours ensemble? Un fait que M. Le Dentu a observé à l'Hôtel-Dieu prouverait le contraire. En effet, les douleurs précédèrent l'ulcération chez son malade, et l'ulcère était presque guéri que les douleurs persistaient au même degré; elles disparurent avec des injections sous-cutanées de morphine. Cette malade avait des varices; les douleurs venaient-elles de là?

M. *Verneuil* annonce que chez sa malade la guérison ne s'est pas maintenue; une petite ulcération a reparu. Cela n'infirme pas les conclusions, et la théorie n'est pas changée. En effet, après la section du nerf sciatique, les lambeaux avaient conservé leur sensibilité; il revint un peu de douleur sur les lambeaux et, plus tard, un petit ulcère. Avant d'amputer la jambe, M. Verneuil avait tenté tous les traitements : cautérisations diverses, pansements, injections sous-cutanées, etc. Sa malade n'était pas scrofuleuse.

M. *Dolbeau* demande quel était l'aspect des ulcères?

M. *Le Dentu*. Chez la malade de M. Guérin, l'ulcère avait l'aspect de la pourriture scrofuleuse; chez la malade de M. Verneuil, aspect pultacé. Par leurs caractères extérieurs, ces ulcères avaient de grandes analogies.

M. *Marjolin* a employé autrefois l'appareil à incubation de Guyot pour modifier les plaies et les ulcères sordides; la douleur et la mauvaise odeur disparaissaient promptement.

M. *Duplay* a vu la malade de M. Verneuil pendant de longs mois, l'ulcération avait, à s'y méprendre, l'aspect d'un ulcère syphilitique, et non de la pourriture d'hôpital.

M. *Larrey* a aussi employé l'appareil à incubation contre les névralgies du moignon et les douleurs excessives chez les amputés; on obtenait souvent la cessation de la douleur.

M. *Verneuil* fait remarquer que le pansement ouaté, qui remplit quelques-unes des indications de l'incubation, a été appliqué à plusieurs reprises.

— M. *Périer* lit une observation d'étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée : opération; guérison. Un homme de soixante-quatorze ans, robuste, gras, portait depuis plusieurs années à l'ombilic une tumeur, qui se

---

pérature dont je viens de parler; nous avions des journées chaudes, des soirées et des nuits fraîches et souvent froides.

Néanmoins, les pèlerins arrivaient en bon état à la Mecque, et les fêtes s'accomplissaient en bon ordre et sans accidents.

On eut à enregistrer l'arrivée d'un pèlerin de marque, le rajah de Cawnpore, riche personnage dont le train de maison était princier. Un navire de la *British India* avait été mis à sa disposition par le gouvernement anglais de l'Inde; sa suite était fort nombreuse et une partie de sa domesticité lui formait même une escorte militaire munie d'armes de toute nature. (Voyez, sur l'effectif des pèlerinages, les tableaux pages 738 et 739.

On ne doit signaler comme maladies, parmi les pèlerins de cette année, qu'un grand nombre de fièvres intermittentes dues à la constitution médicale qui dominait alors, et surtout la variole, qui, comme d'habitude, avait été importée au Hedjaz par les Javanais.

Le chiffre des décès, pendant les trois jours de fêtes, n'a été que de 173, faible proportion relativement à une pareille agglomération, qui se trouve, par la force même des choses, dans les plus mauvaises conditions possibles et où se rencontre toujours un grand nombre de vieillards, de femmes et d'enfants.

De grandes précautions avaient été prises, sous l'impulsion intelligente de Son Altesse le grand chérif Abdallah, pour le jour des sacrifices, qui est le jour scabreux par excellence.

De nombreux abattoirs avaient été construits, de nouvelles fosses creusées, et il était expressément défendu de sacrifier en dehors des endroits consacrés. On avait dû remplacer par des mercenaires les *Takrouris*, qui, tous les ans, se chargeaient d'enlever et d'enfouir les débris des victimes, au risque de les déterrer après coup pour s'en repaître ensuite; on n'a pas perdu à l'absence de ces Nubiens, si sales, si misérables et si dangereux pour la santé publique.

Des *zaptiés* (gardes), en nombre suffisant, ont transporté tous ces débris sur une montagne voisine et les y ont enterrés.

réduisait facilement avec un bruit de glou glou. Un jour, le malade ressentit une douleur violente à droite de la tumeur, qui était encore insensible. Vomissements fécaloïdes; pouls à 80 pulsations; la tumeur restait la même; le ventre était souple, l'ombilic indolent, mais l'épigastre était très-douloureux. Après cinq jours d'alternatives d'aggravation et d'amélioration, le malade s'affaiblissant, M. Périer résolut d'opérer. La tumeur ombilicale fut facilement réduite, avec le bruit caractéristique. On constata une hernie intra-abdominale, au niveau du ligament falciforme du foie. Le malade guérit.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE LA PONCTION ASPIRATRICE DANS LES CAS D'ENTÉROCÈLE ÉTRANGLÉE. — SUR LA GALVANOCAUSTIE. — PHLEGMON DE L'ORBITE; COMPRESSION ET INFLAMMATION DU NERF OPTIQUE ENCÉPHALIQUE.

M. *Trélat* dépose sur le bureau, au nom de M. Boyer, élève dans le service de M. Bouchard, une observation qui a pour titre : Corps fibreux ovarien ayant déterminé une obstruction intestinale; mort; autopsie. (MM. Després, Saint-Germain, Guéniot.)

— M. *Dubreuil* lit un rapport sur un mémoire de M. Dieulafoy : De la ponction suivie d'aspiration dans les cas d'entérocèle étranglée. Les observations établissent que, dans les cas où cette ponction fut inutile, jamais elle ne fut nuisible. La proportion des succès est de 71 pour 100. Il est vrai que cette méthode expose le chirurgien à réduire une anse malade, mais cet inconvénient se rencontre aussi dans le taxis. M. Dubreuil conseille la ponction aspiratrice; c'est un progrès sérieux dans la thérapeutique de la hernie étranglée.

M. *Verneuil* a fait plusieurs fois cette opération; dans un cas, il y avait une hydropisie du sac; 400 grammes de liquide furent évacués. Alors il fut facile de préciser le diagnostic. M. Verneuil fit ensuite deux ponctions aspiratrices dans l'anse herniée: cela n'aida point le taxis; on fit l'opération; le malade guérit.

Autre cas: Hernie crurale étranglée. Ponction du sac, issue de 15 à 20 grammes de sérosité jaunâtre. Taxis; réduction.

Hier, M. Verneuil fut appelé près d'un adulte pour opérer une hernie inguinale oblique interne étranglée. Le malade portait depuis longtemps cette hernie, contenue par un petit bandage; parfois elle s'échappait, mais elle rentrait facilement. Il y a trois jours, elle sort et ne rentre pas. Le taxis, les applications de glace, furent sans effet. La tumeur qui descendait dans la bourse gauche était molle à sa partie inférieure. Le malade n'avait point de testicule droit; celui de gauche ne pouvait être reconnu. La tumeur étant fluctuante, M. Verneuil fit une ponction aspiratrice et retira 100 grammes de liquide vaginal. Alors on put reconnaître le testicule gauche atrophié; la tumeur intestinale était appliquée sur l'orifice du canal inguinal. Taxis avec chloroforme. Réduction. L'intestin ne fut pas ponctionné.

M. *Trélat* a rencontré dernièrement un cas qui a beaucoup d'analogie avec la dernière observation de M. Verneuil. Garçon de douze ans, portant une hernie congénitale; elle sort un jour et ne rentre pas. Au bout de huit jours, le malade entre à l'hôpital. La tumeur est fluctuante à sa partie inférieure; ponction aspiratrice : issue d'un liquide jaune citrin. Il reste une hernie épiploïque qui rentre au moyen du taxis. On peut objecter qu'un trocart ordinaire eût aussi bien évacué le liquide contenu dans la cavité vaginale.

M. *Sée* dit aussi qu'un trocart ordinaire eût pu remplacer dans ces cas l'instrument de M. Dieulafoy.

M. *Verneuil* répond à cela qu'avec un trocart fin il est difficile d'évacuer le liquide; l'aspiration rend cette évacuation facile.

— M. *Trélat* dépose sur le bureau de la Société deux observations de tumeurs érectiles enlevées par l'anse galvanocaustique. Un enfant âgé de trois ans porte à la région dorsale une tumeur érectile congénitale qui mesure actuellement 4 centimètres dans un sens et 5 dans l'autre; 18 millimètres d'épaisseur. Opération le 6 août 1873. La tumeur est artificiellement pédiculisée à l'aide de quatre épingles et d'un fil de soie serré au-dessous d'elles. L'anse coupante est appliquée sur le fil de soie; la section dure quatre minutes. Il ne s'écoule pas une goutte de sang. Aucun accident; aucune hémorrhagie secondaire; guérison complète et définitive.

Paul X..., âgé de trois ans et demi, portait sur la région acromio-deltoïdienne droite une tumeur érectile qui fait aujourd'hui une saillie de 5 centimètres; son diamètre est de 8 centimètres. Cet enfant, comme le précédent, avait été vacciné aux bras. Opération le 6 août. Pédiculisation de la tumeur. Section très-lente (près de six minutes), par l'anse coupante. Plaie sèche, jaunâtre. Guérison complète.

On voit que la cure a été obtenue complète et sans entraves; que l'opération, facile et rapide, n'a entraîné aucun accident, enfin que la plaie a présenté ce caractère de simplicité et de siccité si utile à la marche ultérieure des phénomènes de réparation. Ce sont là des avantages réels auxquels d'autres méthodes peuvent prétendre, mais qu'elles ne dépassent assurément sous aucun rapport.

M. Trélat expose sous forme de propositions ce que l'usage répété du galvano-cautère lui a permis de constater.

Les galvano-cautères ont pour caractère fondamental de pouvoir être portés à tous les degrés de température, selon la volonté de l'opérateur; cette condition permet des actes opératoires tantôt délicats et très-précis, tantôt énergiques et prolongés. Les instruments galvanocaustiques utiles sont an nom-

État approximatif des pèlerins réunis à la vallée de Djebel Arafat, le 7 février 1873. (N° 1.)

QUALITÉ ET PROVENANCES.	NOMBRE.	OBSERVATIONS.
Venant de Médine.	3 700	Comme pèlerins.
Venant de la Mecque.	20 500	Id.
Caravane d'Égypte.	900	Composée en grande partie de l'escorte du *Tapis* et de fonctionnaires.
Caravane de Syrie.	6 000	Composée en grande partie de l'escorte du *Tapis*, de fonctionnaires et pèlerins.
Caravane de l'Yémen.	4 000	
Venant des alentours de la Mecque	16 500	
Chameliers en pèlerinage. . . .	8 000	En service comme loueurs et pèlerins.
Dirot Harb (côté Médine). . . .	2 500	Appartenant aux tribus des environs.
Nedjed, Bagdad et alentours. . .	3 200	Caravane de Ben Rochid.
Venant des villages situés entre Djeddah et la Mecque, et de Djeddah	12 800	Compris ceux des Ouadi à Fatma.
Provenances maritimes.	40 903	Diverses nationalités.
Total des pèlerins réunis à Arafat.	125 063	

État approximatif de la foule réunie à Müna (pèlerins, marchands, etc.) le 8, 9 *et* 10 *février* 1873. (N° 2)

QUALITÉ ET PROVENANCES.	NOMBRE.	OBSERVATIONS.
Appartenant à Médine	3 700	Pèlerins présents à Arafat (état n° 1).
Appartenant à la Mecque. . . .	20 500	Pèlerins présents à Arafat (état n° 1).
Id..	6 500	Marchands venus pour les jours de fêtes.
Caravane d'Égypte.	900	Présents à Arafat (état n° 1).
Caravane de Syrie.	6 000	id. (id.)
De l'Yemen	4 000	id. (id.)
Alentours de la Mecque	10 500	id. (id.)
Id..	4 000	Comme marchands.
Id..	2 500	Bédouins venus pour la vente des chameaux
Chameliers en pèlerinage. . . .	8 000	Présents à Arafat (état n° 1).
Venant de Bichra	2 400	Marchands de dattes.
Diret Harb (côté Médine). . . .	2 500	Présents à Arafat (état n° 1).
Nedjed, Bagdad et alentours. . .	3 200	Caravane de Ben-Rachid.
Entre Djeddah et la Mecque et de Djeddah même.	12 800	Présents à Arafat (état n° 1).
Id..	5 500	Comme marchands.
Provenances maritimes.	46 963	
Total à Müna.	150 963	

bre de trois: le stylet ou couteau formé par un fil plus ou moins épais doublé parallèlement à lui-même; le cautère, dont le fil enroulé en spirale constitue une olive incandescente; enfin, l'anse coupante, sorte de serre-nœud à la fois constricteur et caustique.

Le stylet ou couteau porté au rouge vif est un cautère mince et fin; il coupe les tissus comme un bistouri ou les perce comme un trocart, mais la plaie ou la ponction saigne. Au rouge sombre, la section est exsangue, mais elle s'opère avec une grande lenteur. Le cautère galvanique n'est utile qu'au rouge vif; c'est un instrument de destruction ignée. L'anse coupante doit toujours être employée à une température peu élevée, à peine rouge; pendant toute la durée de la section, elle doit étreindre fortement les parties à diviser. Dans ces conditions, le fil coupe par minute une épaisseur de tissus de 10 à 15 millimètres, par une action lente, régulière et continue. Au contraire, le couteau et le cautère se refroidissent par leur contact avec les tissus et surtout avec les liquides. Il est nécessaire de les relever et de les réappliquer incessamment pour obtenir une action efficace.

L'eschare du cautère galvanique ressemble à celle du cautère actuel. Comme agent destructeur, ce dernier est plus puissant en raison de sa masse; aussi doit-on réserver le cautère galvanique pour les cavités profondes et pour certaines cautérisations où l'intensité et la rapidité sont les indications dominantes. L'eschare de l'anse coupante est plane, unie, d'une couleur brun jaune; son épaisseur dépasse rarement 1 millimètre. Elle est absolument sèche. Avec des artères d'un certain calibre, on doit redouter les hémorrhagies secondaires, à cause de la minceur de l'eschare; mais on sait que les vaisseaux de la langue, des corps caverneux, du cordon testiculaire, des angiomes et des carcinomes sont solidement oblitérés par l'anse coupante.

La douleur est à peu près nulle, et la plaie se comporte comme toutes les plaies de cautérisation; quand l'eschare tombe, elle est chassée par la couche des bourgeons charnus. La cicatrisation est un peu lente, mais on a évité les accidents redoutables des premiers jours du traumatisme. Tels sont les caractères fondamentaux de la galvanocaustique; d'autres chirurgiens les ont antérieurement reconnus, mais M. Trélat a voulu les exprimer devant la Société de chirurgie d'après son expérience personnelle. En présence du bistouri, de la cautérisation chimique, de la cautérisation ignée, de l'écraseur linéaire, de la galvanocaustie, le rôle de la science est de déterminer les motifs du choix ou les indications, le rôle de l'art est de les reconnaître et d'y satisfaire.

M. *Tillaux* cite une observation à l'appui de ce que vient de dire M. Trélat. Un homme le consulta pour un épithélioma de l'épiglotte, du volume d'une grosse noisette. M. Tillaux fit quatre cautérisations avec le cautère galvanique; la tumeur a disparu, et le malade a quitté l'hôpital en apparence guéri

M. *Verneuil* rapportera les observations qui lui sont propres. Il n'a employé que le couteau galvanique.

— M. *Panas* rapporte l'observation suivante. Un homme de vingt et un ans, entré dans un service de médecine pour un érysipèle de la face, fut envoyé en chirurgie pour un phlegmon orbitaire consécutif à cet érysipèle. Le gonflement existait surtout à la partie supérieure et interne de l'orbite; le globe oculaire était assez libre dans ses mouvements. Injection scléroticale très-prononcée. La vision est à peu près abolie; ulcération sur la cornée; papille optique atrophiée. Il y avait donc une compression évidente autour du trou optique. M. Panas fit une incision à la partie supérieure de l'orbite; du pus s'écoula. Vingt-cinq jours plus tard, alors que le phlegmon orbitaire paraissait très-amélioré, le malade ressentit une vive douleur dans l'oreille du même côté, puis le tympan se perfora et laissa écouler du pus.

Dix-sept jours après cette complication, le malade eut de vives douleurs de tête et des accidents épileptiformes. Le phlegmon avait gagné la fosse cérébrale moyenne, et le pus s'écoulait par l'oreille. Il survint plus tard du gonflement et de l'œdème dans la région temporale du même côté; au milieu de cet empâtement, M. Panas incise un point fluctuant; du pus s'écoule; le temporal est dénudé et perforé en trois points que l'on réunit en un seul en enlevant les petites lamelles d'os intermédiaires. On ne vit pas le pus s'écouler par cette ouverture osseuse. Nouvel érysipèle partant de cette incision; amélioration; nouveaux accidents épileptiformes, puis coma; mort.

A l'autopsie, du côté du crâne, on ne trouve point d'abcès ni de collection purulente, les méninges et le cerveau sont adhérents au niveau de la selle turcique. Le lobe sphénoïdal est suppuré et ramolli. Il y avait donc encéphalite avec des poussées de méningite; la couche optique et le corps strié sont sains. Pendant la vie, il n'y avait ni paralysie ni embarras de la parole. Au niveau de la scissure qui sépare le rocher de la portion écailleuse du temporal, perforation communiquant avec la caisse du tympan et laissant écouler le pus par l'oreille. La veine ophthalmique et le sinus caverneux étaient sains. C'est à travers la fente sphénoïdale que l'inflammation de l'orbite a gagné le cerveau.

La capsule de Tenon est saine; c'est en arrière d'elle que siége le phlegmon, vers le sommet de l'orbite, autour du nerf optique. Ce nerf était comprimé, mais surtout enflammé. La moitié postérieure de ce nerf est réellement comprimée, et cependant elle a son volume normal, mais le tissu est blanchâtre, exsangue. Les fibres nerveuses sont remplacées par du tissu conjonctif; toute l'épaisseur du nerf est enflammée. En arrière du trou optique, rien d'anormal. Sur des coupes du nerf, on voit un noyau nerveux au centre et sur toute la cir-

EFFECTIF DE DIVERS PÈLERINAGES (Tableau récapitulatif).

Années.		Pèlerins.
1807	(d'après Aly-Bey)	83 000
1814	(d'après Burckhardt)	70 000
1853	(d'après Burton)	50 000
1855	—	80 000
1856	—	120 000
1857	—	140 000
1858	—	160 000
1859	—	50 000
1860	—	73 000
1865	—	200 000
1866	—	80 000
1867	—	70 000
1868	—	60 000
1869	—	100 000
1870	—	140 000
1871	—	90 000
1872	—	110 000
1873	—	150 000

Comme Mûna est aujourd'hui une vraie bourgade, grâce aux nombreux okels et aux maisons qui s'y sont peu à peu élevées, comme, en ce grand jour, une foule compacte, marchands, baladins, psylles, danseuses, courtisanes, etc., y est attirée par l'appât du gain, et qu'il s'ensuit parfois un désordre indicible et des débauches sans nom, on y avait déployé cette année une nombreuse police et tout s'est passé avec calme.

Bientôt les caravanes s'organisaient pour Médine, où se rendent alors ceux des pèlerins qui ne sont point encore passés par cette ville sainte. On peut estimer à près de 25 000 le nombre de hadjis qui ont fait ce second pèlerinage, y compris les caravanes de Syrie et du Caire, qui y repassent presque toujours.

L'état sanitaire de ces pèlerins n'a pas non plus offert de vicissitudes. Une petite caravane d'Indiens a été attaquée, vers le milieu de la route, par les Bédouins *Acyrs* et a perdu quelques hommes. C'est un petit incident, relativement aux attaques sanglantes que commettaient, les années précédentes, ces

conférence du tissu conjonctif. A mesure qu'on se rapproche du globe oculaire, la substance nerveuse centrale diminue de plus en plus. Ainsi, quand le nerf optique est enflammé, il y a destruction à partir de la périphérie du nerf vers son point d'émergence. Quand un individu a un phlegmon de l'orbite avec exophthalmie, si le malade guérit, les fonctions de l'organe peuvent revenir; d'autres fois, comme dans ce cas, avec une exophthalmie peu prononcée, l'individu perd l'usage de son œil, parce que dans le premier cas il y a eu compression du nerf, et que, dans le second cas, à la compression s'est ajoutée une inflammation du nerf optique.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

OBSERVATION DE CYSTICERQUE DE L'ŒIL : M. PONCET. — PRODUCTION D'URÉE A LA SURFACE DE LA PEAU CHEZ UN CHOLÉRIQUE : MM. LIOUVILLE ET CRIPPAT.

M. *Poncet* présente des préparations d'un cysticerque de l'œil et des lésions choroïdiennes ou rétiniennes qui en résultaient. Il s'agit d'un soldat qui, étant à Metz, éprouva des troubles de la vision de l'œil gauche. L'un des premiers symptômes fut l'hémiopie. Cet homme fut examiné par divers chirurgiens qui diagnostiquèrent la présence d'un cysticerque logé derrière la rétine.

En septembre, il survint des symptômes d'iritis sympathique de l'œil droit; M. Poncet pratiqua l'énucléation de l'œil gauche, le malade guérit. L'examen de l'œil démontra la présence d'un cysticerque renfermé dans un kyste situé sur les côtés de la rétine; il y avait choroïdite et rétinite embryonnaires, conséquences de l'irritation produite par le parasite.

MM. *Liouville* et *Grippat* signalent un fait intéressant. Ils ont observé chez un cholérique, sur la peau de la face et du cou, une efflorescence d'aspect cristallin; l'examen chimique a démontré que ce dépôt était constitué par de l'urée.

M. *Carville* rappelle à ce propos qu'à l'hôpital Lariboisière, Ranvier et Bergeron ont observé chez un malade empoisonné par le phosphore un dépôt d'urée à la surface cutanée.

Cette observation nous prouve qu'il y aurait lieu de rechercher chez les cholériques la composition de l'enduit cutané qui donne l'aspect bien connu de sueur visqueuse. Nous avons souvent remarqué chez des cholériques, à la période comateuse, cet aspect de la peau qui rappelle en quelque sorte la peau des cadavres injectés à l'hyposulfite de soude, et qui, lorsqu'on l'examine obliquement, semble présenter un dépôt efflorescent, comme les viandes salées en partie desséchées.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Anesthésie par le protoxyde d'azote. — Signes précisant le moment où doit commencer l'opération, par M. le docteur ODDO.

L'expérience a démontré dans la pratique qu'on ne peut se baser sur les quantités de gaz employées dans l'inhalation, pour fixer le moment le plus favorable à l'opération, 6 litres peuvent suffire, mais l'auteur a dû en administrer jusqu'à 25. Il est d'ailleurs utile de ne pousser l'anesthésie qu'au minimum nécessaire. M. Oddo a cherché dans les signes extérieurs l'indication précise de la possibilité d'opérer, alors que l'anesthésie est sinon apparente du moins suffisante.

Au moment où commence l'inhalation du gaz et pendant les premières secondes, les phénomènes sont assez divers: chez les uns, il se produit une animation très-vive; chez d'autres, une pâleur accompagnée d'une surexcitation nerveuse, effet produit autant par l'arrivée du gaz dans les voies respiratoires, que par la crainte et l'émotion qu'éprouve toute personne soumise à une opération. Mais au bout de 10 à 15 secondes, le calme se rétablit, on remarque un affaissement général; c'est à ce moment que l'insensibilité a lieu; des signes plus caractéristiques se distinguent sur la figure du patient, signes tout spéciaux résumés par une pâleur semi-livide, qu'il est très-facile d'observer, accompagnée assez souvent d'un état de stupéfaction; c'est à ce moment que l'effet anesthésique s'accomplit et que l'on doit arrêter l'inhalation.

D'autres fois, des phénomènes particuliers se manifestent, le sujet, arrivé à la période d'insensibilité, éprouvera des soubresauts, des mouvements nerveux; se soulever, parler, raisonner, même danser, en un mot, des preuves presque évidentes que le protoxyde d'azote n'aurait pas produit tout l'effet désiré; mais c'est une erreur, le résultat est obtenu, le patient est parfaitement insensible; il n'aura après l'opération, reprenant son état normal, aucun souvenir de ce qui s'est passé; il serait donc dangereux de poursuivre plus loin l'inhalation.

Un exemple cité par M. Oddo montre que dans les cas de ce genre la pâleur caractéristique se manifeste alors qu'il peut n'y avoir aucun signe apparent de sensibilité. (*Marseille médical*, 20 octobre.)

Recherches sur l'érysipèle, par le docteur ORTH.

Les travaux de Vulpian, de Volkmann et Steudener, de Renaut, sur l'érysipèle, ont fait connaître les lésions anatomiques cutanées; il serait intéressant à un autre point de vue de connaître les conditions de la propagation de l'érysipèle. Le docteur Orth s'est proposé de rechercher si le liquide des vésicules de l'érysipèle possède des propriétés toxiques spécifiques. Il a expérimenté sur des lapins, pratiquant des injec-

---

tribus pillardes, quand on ne leur avait point payé la dîme habituelle.

De Médine à El-Wetch, la caravane du Caire a aussi été surprise par les bandits du désert et a subi également quelques pertes.

Pendant ce temps, beaucoup de pèlerins pressés de s'en aller (et ce sont ordinairement les plus aisés), descendaient à Djeddah et s'embarquaient.

Bientôt on apprenait que l'épidémie de choléra du Soudan venait de s'y éteindre et l'on accordait dès lors toutes franchises aux provenances de ces régions. On n'a généralement voulu admettre, dans les régions officielles et même en Égypte, pour ce choléra du Soudan qu'un choléra *diplomatique*, inventé de toutes pièces par le khédive pour masquer son expédition en Abyssinie.

« Mais, m'écrit mon distingué confrère M. le docteur Gaillardot (d'Alexandrie), le khédive n'a jamais caché ses vues sur le pays des Boghos, et le premier rapport qui nous a été lu au Conseil était celui d'un médecin attaché à *un bataillon traversant le Taka pour s'y rendre*. C'est là que les premiers cas ont été signalés. Ensuite, quelles mesures ont été prises? Interdiction de la navigation sur le Nil, où l'on ne va qu'en barques ou en caravanes qui mettent *plusieurs mois* pour arriver de Kartoum à Akouen; ordre de tout diriger sur *Souakim*, où, après une quarantaine de douze jours, l'embarquement pour Suez était permis. Les porteurs de nouvelles pouvaient donc, en moins d'un mois, arriver en Égypte ou sur la côte d'Arabie. D'ailleurs, il y a eu unanimité dans les rapports du *mudir* et du gouverneur des provinces et des districts, du médecin de la localité et des médecins envoyés en mission. Nous avons été assaillis par des centaines de télégrammes et de rapports confirmatifs envoyés par toutes les autorités administratives et médicales; ces documents donnaient une foule de noms de villages avec leur mortalité journalière... D'où venait le choléra? Je l'ignore. Il a commencé vers le mois d'août, peu de temps après l'époque où on le signalait encore parmi les

tions sous-cutanées du liquide contenu dans les bulles de l'érysipèle traumatique. Il a observé comme conséquence de cette inoculation la rougeur, l'infiltration, l'œdème de la peau, quelquefois la formation d'abcès avec accès de fièvre. La rougeur de la peau, d'abord localisée, s'étend peu à peu à diverses parties, la peau prend une teinte pâle, jaunâtre ou brunâtre, rappelant l'aspect gangréneux dans les points où les abcès se forment. L'auteur pense que la sérosité des bulles d'érysipèle possède une propriété spécifique, puisque sans être putride elle produit des accidents analogues à ceux des liquides putrides. La marche de la température est analogue à celle de l'érysipèle traumatique chez l'homme. L'auteur a également étudié l'action toxique des liquides provenant des lésions d'inoculation, et il en conclut que si les bactéries qu'on y trouve ne sont pas le véhicule direct du poison lui-même, elles en favorisent le développement, parce que la puissance irritative du liquide s'affaiblit lorsque les bactéries sont détruites. Il nous paraît évident qu'une seule série d'expériences faites sur une seule espèce d'animaux, ne peut résoudre une question si complexe, il y a donc lieu de varier et de continuer ces recherches. (*Archiv für experimentelle Path. und Pharmakologie*, Bd. 1, Heft II, et *Berliner, Klin. Woch*, n° 44, 1873.)

Travaux à consulter.

Traitement du lipome par les injections alcooliques, par le docteur Hasse. — L'auteur a employé ce mode de traitement sur les indications du docteur Schwalbe (de Zurich). Dans un cas il s'agissait d'un lipome volumineux de l'épaule s'étendant à l'aisselle : l'extirpation, demandée par la malade, était contre-indiquée par l'état général. Le docteur Hasse, en quatre séances à un intervalle de quinze jours, fit des injections d'esprit-de-vin, avec une petite seringue, en diverses parties de la tumeur. La tumeur devint plus résistante, puis se ramollit, la fluctuation apparut en divers points; au bout de trois semaines on fit une incision qui donna issue à du pus; la malade guérit, et pendant tout le traitement elle put vaquer à ses occupations. (*Medical Press and Circular*, 27 août 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par John Hughes Bennett, professeur de physiologie, d'histologie et de clinique médicale à l'Université d'Édimbourg. Édition française traduite sur la 5e édition anglaise et annotée par le docteur P. Lebrun, médecin de l'Institut ophthalmique du Brabant. — 2 vol. in-8 de plus de 1400 pages, avec 587 figures dans le texte. Paris, 1873, G. Masson. — Prix : 25 fr.

L'ouvrage que nous nous proposons d'analyser ici est le fruit de plus de trente années d'expérience et de travail. Ce n'est pas, comme le fait justement observer le traducteur dans son avant-propos, un traité didactique de médecine, mais plutôt un exposé fidèle de la pratique et de l'enseignement du célèbre professeur d'Édimbourg. — Depuis déjà près de vingt années le nom du docteur H. Bennett est connu en France, et l'on s'étonne à bon droit que ses remarquables travaux n'aient pas été plus tôt traduits dans notre langue. Le docteur Lebrun, en comblant cette lacune, a bien mérité de la science, et l'on doit lui savoir gré d'avoir accompli cette tâche si souvent ingrate avec autant de bonheur.

M. le docteur Brown-Séquard, dans une courte introduction à cet ouvrage, trace de l'auteur un portrait trop saisissant pour n'être pas fidèle ; aussi ne pouvons-nous nous empêcher de le reproduire.

» C'est un homme de sens juste par excellence, d'une très-grande clarté dans l'exposition même des plus obscurs sujets, d'une extrême précision dans ses arguments, soit pour combattre, soit pour soutenir les opinions régnantes, soit enfin pour établir les siennes propres. Il possède en outre la rare qualité de savoir être complet sans cesser d'être concis. » Et plus loin il ajoute : « Le docteur Hugues Bennett a le mérite d'avoir fait plus que personne, dans son pays, pour montrer l'importance du microscope en médecine ; l'un des premiers, il a donné une bonne description des altérations histologiques des ramollissements cérébraux. Le premier, il a signalé la leucocythémie comme une entité morbide particulière et en a, dès l'abord, donné une description complète. On lui doit des recherches d'une grande importance sur la curabilité de la phthisie pulmonaire, sur le traitement de la pneumonie, sur les maladies cancéreuses et sur un grand nombre d'autres sujets. »

Avec de telles qualités, comment l'auteur ne serait-il pas le bienvenu ? Aussi ne pouvons-nous douter du favorable accueil que le public médical français réserve à ses écrits, et en en donnant aujourd'hui un rapide aperçu, nous serions heureux d'inspirer à nos lecteurs le désir de les mieux connaître et de les apprécier davantage.

La forme même de cet ouvrage considérable, puisqu'il ne renferme pas moins de 1400 pages, échappe, on le conçoit, à une analyse rigoureuse et détaillée, et la simple énumération des sujets qui s'y trouvent traités suffirait à elle seule à remplir le court espace réservé d'ordinaire aux revues bibliographiques. Il nous semble donc plus utile de présenter ici le plan général de ce livre, de faire connaître l'esprit médical de l'auteur, ses tendances, ses opinions personnelles, ses vues originales et nouvelles; de donner en un mot le résumé de son précieux enseignement, que de reproduire une table des matières qui serait aussi fastidieuse que stérile.

Les *Leçons cliniques* du professeur Bennett rappellent ces admirables ouvrages des médecins anciens qui, sous la rubrique *Opera omnia*, renfermaient l'ensemble des travaux de leurs auteurs, l'exposé de leurs doctrines et les résultats de

---

troupes turques, à *Hodeidah*... C'est une lettre du mudir de Taka, datée du 6 juillet, qui nous confirmait les deux télégrammes envoyés les jours précédents pour nous annoncer l'invasion de la maladie dans la province. Il a voyagé dans le *Taka*, dans la province de *Berber*, dans celle de *Dongola*, dans l'*Ouadi Alfer;* il s'est approché de Souakim jusqu'à *Togar*. Il a cessé, vers la fin de novembre, dans l'*Ouadi Hefta;* il avait cessé dans les provinces du Sud attaquées les premières, dans les derniers jours d'octobre. Aujourd'hui il est éteint de toutes parts... Les mesures quarantenaires sont supprimées relativement aux ports africains de la mer Rouge; l'embarquement des pèlerins est maintenant permis à *Souakim* et à *Massouah*, à l'exception cependant des *Takrouris*... »

Il est alors présumable que le choléra a été un reste d'importation de celui de la Mecque et de Médine de l'an dernier. Nous l'avons bien vu reparaître, en 1866, à Médine, à un an de distance de la grande épidémie de 1865 !

En présence des nouvelles satisfaisantes qu'on recevait de toutes parts, l'intendance sanitaire d'Alexandrie et le Conseil supérieur de santé de Constantinople décidaient que tous les navires à pèlerins, munis de *patente nette*, iraient toucher à *El-Wetch* et y subiraient une observation de cinq jours, après débarquement préalable. Un campement est installé sur cette plage et des machines distillatoires y font de l'eau; de plus, une commission médicale y séjourne pendant toute la durée des mesures quarantenaires.

Ce port d'El-Wetch laisse malheureusement beaucoup à désirer et, tous les ans, s'élève sur lui un concert de malédictions.

Il paraît que, cette année, le nombre des tentes a été insuffisant et qu'on n'a pu débarquer tous les pèlerins, dont une partie a dû purger sa quarantaine à bord; on n'avait même pas établi de latrines, en sorte que le camp était entouré d'une ceinture d'immondices telle que l'air en était infecté.

Dr Buez.

(*La suite à un prochain numéro.*)

leur longue pratique. C'est en effet, en même temps, un traité de pathologie générale et un traité de pathologie interne spéciale; c'est de plus un précieux traité de médecine clinique, puisqu'il renferme près de trois cents observations, pour la plupart recueillies par des élèves, sous l'œil vigilant du maître.

Dans un premier chapitre, l'auteur passe en revue les différents procédés d'investigation que le clinicien doit connaître et pratiquer : inspection, palpation, mensuration, percussion, auscultation, sans négliger les précieux instruments dont la science moderne dispose pour arriver à un examen plus complet, tels que le microscope, le sphygmographe, le thermomètre, l'ophthalmoscope, enfin les divers réactifs chimiques. Ainsi se trouve tracé, dans une centaine de pages, le fidèle tableau des nombreuses et nouvelles ressources de l'arsenal du clinicien.

Le second chapitre, qui pourrait s'intituler l'*Exposé des principes*, est assurément un des plus intéressants et des plus originaux de l'ouvrage. L'auteur embrasse dans une vue d'ensemble les questions les plus élevées de la pathologie générale, tout en développant ses théories sur l'organisation, sur la nutrition et l'innervation normales et pathologiques.

Un mot d'abord de sa théorie moléculaire de l'organisation : Ce fut au meeting de la *British Association*, à Glasgow, en 1865, que l'auteur exposa sa doctrine nouvelle, opposée à la théorie moléculaire de Virchow, qui régnait alors en souveraine aussi bien en Angleterre qu'en Allemagne. Voici comment il la résume lui-même :

« Les éléments ultimes de l'organisme ne sont point des cellules ni des noyaux, mais de petites molécules possédant des propriétés physiques et vitales indépendantes, en vertu desquelles elles s'unissent et s'arrangent pour constituer des formes plus élevées. Ces formes sont des noyaux des cellules, des fibres, des membranes; toutes peuvent dériver directement de molécules. Le développement et la croissance des tissus organiques s'opèrent par la formation successive de molécules histogénétiques et histolytiques. La destruction d'une substance est souvent un préliminaire indispensable à la formation d'une autre. Ainsi les molécules histolytiques ou de désintégration d'une période deviennent histogénétiques ou formatives à une autre période. »

La substance moléculaire est donc la base de tous les tissus. Pour l'auteur, le premier pas dans la voie de toute formation vivante, c'est la production d'un liquide organique; le second, c'est la précipitation au sein de ce liquide de molécules organiques devant servir, suivant la loi moléculaire de l'évolution vitale, à former directement ou indirectement tous les autres tissus.

En un mot, la forme primordiale est moléculaire et la force agissant sur elle est une force moléculaire.

« La théorie moléculaire de l'organisation, dit-il en terminant, forme un ensemble harmonique et embrasse tous les faits connus. Plus les investigations se multiplient, plus il devient évident que les derniers éléments vitaux des tissus sont des molécules et non pas des cellules. D'ailleurs, beaucoup de partisans de la théorie cellulaire reconnaissent aujourd'hui que la partie potentielle de la cellule n'est ni sa paroi ni son noyau, mais bien son contenu. Or, ce contenu est presque entièrement moléculaire, et, s'il nous faut une théorie unitaire, il est évidemment plus rationnel d'adopter pour cela de simples unités, telles que des molécules, plutôt que des éléments complexes comme des cellules. »

En somme, comme on le voit, la théorie moléculaire n'est nullement en contradiction avec la théorie cellulaire vraie, mais elle constitue une généralisation plus vaste et une base plus solide pour ses opérations.

L'esprit ingénieux de l'auteur se révèle de nouveau dans son exposé des lois générales de la nutrition et de l'innervation à l'état normal et dans l'état morbide. Nous n'en prendrons pour exemple que le passage suivant, où se trouve esquissé un des points les plus ardus de physiologie et de métaphysique.

« Quelle est la relation entre le cerveau et le principe pensant? Deux opinions répondent à cette question : l'une veut que le cerveau soit l'origine de la pensée, l'autre soutient qu'il n'en est que l'instrument. Le cerveau est tout à fait assimilable à un nerf ou à un muscle. Il possède des propriétés et des fonctions que nous aurons à étudier. — Comment les possède-t-il? Nous ne le savons point et nous nous contentons de nous y arrêter, car c'est un des faits ultimes de notre science. De la même manière, par conséquent, que la contractilité est une propriété du muscle, la sensibilité un attribut du nerf, la sécrétion une fonction de la glande, de même nous regardons la pensée comme une propriété du cerveau. Toutefois, pour éviter de tomber dans des subtilités métaphysiques nous consentons volontiers à dire que le cerveau fournit les conditions nécessaires à la manifestation du principe pensant. »

Il ne nous appartient pas d'entrer plus avant dans une question que l'auteur n'aborde du reste qu'avec une extrême réserve et qu'il effleure avec autant d'habileté que de circonspection; nous voulons ici montrer les tendances de son esprit et non soulever des discussions qui nous semblent aussi déplacées qu'infécondes.

Cet intéressant chapitre, dont nous ne saurions trop recommander la lecture attentive, se termine par les propositions suivantes :

1° La quantité des liquides renfermés dans le crâne reste toujours la même, aussi longtemps que ses parois osseuses résistent à la pression atmosphérique.

2° Toutes les fonctions du système nerveux peuvent être augmentées, perverties ou détruites, suivant la puissance du stimulus ou de la maladie affectant ses diverses parties.

3° Le siége de la maladie, dans le système nerveux, influe sur la nature des phénomènes ou des symptômes qui se produisent.

4° La rapidité ou la lenteur de la marche d'une lésion influe sur les phénomènes ou symptômes produits.

5° Les lésions diverses et les blessures des centres nerveux produisent des phénomènes d'un ordre analogue.

Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie l'inflammation en général et ses divers processus, en développant ses vues personnelles, que nous allons essayer de résumer, car elles nous semblent dignes de fixer l'attention des pathologistes.

Suivant l'éminent professeur d'Edimbourg, la cause de l'inflammation consiste dans une irritation des tissus et de leurs molécules ultimes. Cette irritation, tout en altérant leurs facultés de sélection, augmente leurs propriétés attractives. Ni les saignées ni l'emploi des remèdes hyposthénisants ne parviendront jamais à modifier cet état. Si l'inflammation est superficielle et limitée, la saignée locale peut bien remédier à la congestion; mais dès que l'exsudat est produit, elle devient impuissante.

En second lieu, une exsudation ou une inflammation véritable s'étant produite, il n'y a que la transformation cellulaire qui puisse en faire disparaître les résultats. Or, il faut pour cela de la force et de l'énergie vitales, que diminuent directement les hyposthénisants. C'est pourquoi les inflammations parcourent rapidement toutes leurs périodes chez les personnes bien portantes, tandis qu'elles persistent chez les sujets affaiblis et leur sont bien souvent funestes.

En troisième lieu, la force du pouls, la fièvre et l'afflux du sang dans le voisinage des parties enflammées ont été, au dire de l'auteur, mal interprétés par les praticiens. Ce sont des effets et non des causes de l'inflammation; c'est l'indice d'un travail actif de l'économie occupée à réparer le mal. Bien loin donc d'intervenir pour mettre obstacle à ce travail, il faut le favoriser : localement, par la chaleur, qui offre encore l'avantage de diminuer la douleur, et, à l'intérieur, en relevant les forces du malade.

Enfin, si ces opinions sont exactes, les efforts, dans le trai-

tement des inflammations internes, doivent tendre à amener une terminaison favorable de la maladie, au lieu d'affaiblir l'énergie vitale de l'économie, non pas en abusant des stimulants, comme le faisait le docteur Todd, mais simplement en prêtant attention et secours à toutes les circonstances de nature à faire rentrer les fonctions nutritives dans leurs conditions normales.

Tels sont les principes qui guident la pratique de l'auteur depuis vingt années. Dans un chapitre ultérieur, en parlant de la *saignée*, il expose en détail les faits et les arguments en faveur de cette thèse, sur laquelle il revient une dernière fois dans le second volume à l'article Pneumonie; et pour épuiser ce sujet, voici les conclusions qu'il croit pouvoir tirer des faits observés par lui :

1° La pneumonie sans complication et traitée de façon à soutenir au lieu d'affaiblir les fonctions nutritives, loin d'être une maladie fatale, aboutit presque invariablement à la guérison.

2° La raison de la mortalité dans ces cas est l'épuisement, soit qu'il existe avant l'intervention médicale, soit, comme il arrivait autrefois, qu'il résulte d'un traitement antiphlogistique ou affaiblissant. Toutes les saignées qui n'épuisent point doivent être regardées comme palliatives plutôt que comme moyens curatifs.

3° La même règle s'applique à toutes les inflammations : leur danger est en raison directe de la faiblesse de l'organisme et de l'existence de complications, spécialement de l'empoisonnement du sang.

Dr Labadie-Lagrave.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Index bibliographique.

Des indications de l'hydrate de chloral dans l'accouchement, par le docteur A. Pellissier — In-8, 78 pages, chez A. Delahaye. Paris, 1873.

On sait de quelles exagérations l'hydrate de chloral a été dans ces dernières années l'objet, de la part de quelques accoucheurs anglais qui ont cru trouver en lui un puissant agent contre la douleur, un succédané du chloroforme. Tout en reconnaissant l'engouement exceptionnel qui a accueilli ce médicament à ses débuts, le docteur Pellissier croit cependant qu'il jouit de quelques propriétés qui peuvent être utilisées dans le travail de l'accouchement. Son mémoire est divisé en huit chapitres. Dans le premier, il trace rapidement l'histoire des anesthésiques envisagés spécialement au point de vue obstétrical; dans les quatre chapitres suivants, il étudie les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du chloral, son influence sur la contractilité utérine, son action anesthésique et hypnotique, enfin celle qu'il exerce sur la santé de la mère et de l'enfant, puis il examine dans le sixième chapitre l'action combinée du chloral et du chloroforme; dans le septième, il passe en revue les indications at les contre-indications, le dernier paragraphe a trait aux diverses préparations et au mode d'emploi de cet agent. En résumé, voici les conclusions que l'on peut tirer de cette consciencieuse étude.

L'hydrate de chloral n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé de la mère ni de l'enfant, à la condition d'être bien pur.

Les contractions utérines continuent à se faire régulièrement après son emploi; il procure le sommeil et une diminution de la douleur, variable selon les sujets.

On peut l'administrer avec avantage contre les douleurs de l'accouchement naturel, particulièrement chez les primipares, pour calmer l'excitation qui résulte de la douleur, et supprimer les préoccupations qui, le plus souvent, accompagnent le travail.

Il convient de l'employer chez les femmes nerveuses, irritables, redoutant les douleurs de l'accouchement; il est encore indiqué contre les accidents douloureux qui viennent parfois compliquer le travail, tels que les crampes, maux de reins; enfin, contre les tranchées utérines lorsqu'elles deviennent particulièrement douloureuses.

Les opérations obstétricales réclamant absolument l'emploi du chloroforme; le chloral ne conviendrait qu'autant que la période de dilatation se montrerait très-douloureuse, ou encore pour diminuer l'agitation qui succède à l'opération.

Le chloral peut être administré à toutes les périodes du travail.

Ces donnés offrent une très-grande importance pratique; aussi méritent-elles d'attirer l'attention de tous les praticiens, qui pourront de la sorte conjurer la rigueur du verdict céleste : *Paries in dolore !*

VARIÉTÉS.

Glanes.

On sait que certains pathologistes font jouer à l'albuminurie un rôle important dans la pathogénie du choléra. De ce nombre sont le docteur Hermann (de Pesth) et le docteur Bézard de Wouves, dans sa brochure sur le choléra. Nous recevons à ce sujet, de M. le docteur Rey, chirurgien distingué de la marine, une lettre ainsi conçue :

« Une définition du choléra. — « Albuminorrhéa aiguë, contagieuse » et d'origine septique. » Telle est la définition que je vous serai obligé, M. le rédacteur, de vouloir bien soumettre à la critique des lecteurs de la Gazette hebdomadaire. Il est évident que je n'entends signaler ici que le symptôme le plus important de la maladie et duquel dérivent les autres symptômes, tels que crampes, cyanose, voix cassée, amaigrissement rapide, etc.

» A ceux qui ont vu la dysentérie chronique des pays chauds, et plus spécialement la dysentérie chronique de Cochinchine, je demande si cette affection ne peut pas être considérée comme la forme chronique de l'albuminorrhée aiguë. Notez que les selles des dysentériques contiennent une proportion énorme d'albumine (voy. *Niemeyer*, t. II, p. 764, édition de 1866); que cette maladie est regardée, à bon droit, comme contagieuse pour la plupart des médecins qui l'ont vue de près; et que la nature contagieuse de la dysentérie, comme le disait Gonzalès (*Maladies des gens de mer*, en espagnol), réside principalement dans les émanations provenant des déjections alvines.

» Le monde médical paraît se rallier volontiers aujourd'hui à l'opinion émise par Pellarin, que le choléra se transmet surtout par les évacuations des cholériques. Voilà un trait qui rattache très-naturellement les deux formes morbides. Dérivent-elles toutes deux d'un même poison, leur nature *septique* est-elle la même? C'est un point à éclaircir.

» Quoi qu'il en soit de l'avis que je vous soumets, j'estime qu'en présence de la maladie il est bon que chacun donne ce qu'il peut; peut-être un jour sortira-t-il d'une communication, en apparence insignifiante aujourd'hui, une notice de quelque valeur sur le traitement de cette désespérante maladie.

» Veuillez agréez, etc.,

» H. Rey. »

Mortalité comparée.

	Sur 1000 habitants. Naissances.	Décès.	Chiffre des naissances sur 100 décès.
Prusse......	38,4	26,8	143,6
Belgique....	32,9	23,7	142,4
France......	26,3	23,2	113.6
Angleterre..	35,1	22,5	156,0
Suède......	27,5	21,4	130,9
Italie......	37,1	32,7	115,8
Russie.....	49,0	35,8	138,5

Aliénés. — Le nombre des aliénés admis dans les asiles du département de la Seine pendant l'année 1872 s'est élevé à 2404 individus.

Les admissions se subdivisent en trois classes, savoir : 1° malades entrant la première fois dans un asile; 2° malades sortis guéris des asiles et y rentrant à nouveau; 3° réintégration d'aliénés dont l'état n'était qu'amélioré au moment de la sortie.

Le nombre des admissions nouvelles en 1872 a été de 1098 hommes et 949 femmes, soit un total de 2047. Ce nombre présente une augmentation de 165 individus sur les admissions constatées en 1871, et, cette année comme les autres, les abus alcooliques occupent le premier rang parmi les cas d'aliénation mentale attribués à des causes physiques.

Le chiffre des décès n'a été, cette année, que de 770, soit 1 sur 11,17 malades traités. La moyenne, en 1871, où beaucoup de translations avaient eu lieu, avait été de 1 sur 6,67.

Un tableau publié par l'assistance publique donne aussi la statistique concernant le secours à domicile des aliénés admis dans les Asiles du département de la Seine. La ville de Paris contribue pour sa part pour 1677 individus; les communes rurales du département de la Seine ont un contingent de 196; les aliénés appartenant aux départements autres que celui de la Seine se montent à 361; les malades dont le domicile légal se trouve en pays étranger y contribuent pour un nombre assez important, qui s'élève, pour 1872, à 136 individus; quant au reste des cas, se montant à 34, 24 proviennent de malades appartenant à l'armée

ou à la charge de l'État, et les 10 autres n'ont pas donné d'indications suffisantes pour déterminer leur domicile légal.

Par une délibération en date du 22 décembre 1872, le Conseil général de la Seine avait maintenu à l'assistance publique, à titre provisoire, la gestion du service des aliénés, et une commission, composée de MM. Bélard, Depaul, Hérisson, Hérold, Lavocat, Loiseau et Trélat, avait été chargée de déposer un projet d'organisation.

L'examen de la commission s'est porté principalement sur les questions suivantes, savoir : 1° le maintien du service des aliénés à l'administration de l'Assistance publique ou son annexion à la préfecture ; 2° institution des commissions de surveillance prévues par l'ordonnance du 18 décembre 1839 ; 3° la séparation ou la réunion des fonctions de directeur et de médecin ; 4° la nomination des médecins après un concours préalable.

La commission a émis le vœu que le conseil des aliénés fût rattaché à l'administration préfectorale. M. Durangel, directeur de l'administration départementale au ministère de l'intérieur, a fait remarquer que la loi est sous ce rapport obligatoire, du moment où le département possède des asiles qui lui sont propres, depuis la création de Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard. La gestion par l'Assistance publique serait en contradiction avec la loi de 1838 sur les aliénés.

La majorité de la commission a été d'avis, en outre, de créer une commission distincte auprès de chaque asile du département ; de séparer les fonctions de médecin de celles de directeur ; enfin d'établir, pour la nomination des médecins d'asiles, un concours devant un jury, composé de membres de l'Académie, de médecins des hôpitaux et des asiles, et de savants libres.

Selon les vœux exprimés par la commission spéciale, le préfet de la Seine vient de présenter un mémoire au conseil général pour lui demander d'adopter les conclusions de la commission.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Les dons suivants viennent d'être faits à la Caisse des pensions viagères d'assistance : MM. les docteurs Bidault (d'Évreux), 100 fr. ; Durand-Fardel, 100 fr. ; Hérard, 200 fr. ; Moreau (de Tours), 500 fr.

PROTECTION DE L'ENFANCE. — A l'Assemblée nationale, la commission d'initiative a conclu à la *prise en considération* de la proposition de M. le docteur Th. Roussel, relative à la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons.

— Dans la séance du 6 novembre courant, sur le rapport de M. Rianl, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la reconnaissance de la Société de médecine légale comme établissement d'utilité publique.

CHOLÉRA. — On lit dans le DIRITTO du 7 novembre :

« Ce matin, vendredi, le choléra s'est déclaré à Rome avec une gravité inattendue. En peu d'instants, douze soldats en ont été attaqués dans une caserne. Les caractères de la maladie ont d'abord été constatés par les médecins militaires, et plus tard par les médecins du municipe. »

— Hier soir, dit la GAZETTE D'ITALIE du 9 novembre, le télégramme ci-après nous a été expédié de Rome, à cinq heures et demie :

« On signale onze cas de choléra en deux jours. Aucun cas n'a été mortel. Dix soldats ont été atteints, ainsi qu'un employé de la questure ; aucun civil. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Voici le programme de l'enseignement de la Faculté de médecine de Nancy, pour le semestre d'hiver, de l'année scolaire 1873-74.

1° CLINIQUES. *Clinique obstétricale*, M. Stoltz, doyen. *Cliniques médicales*, M. Hirtz, suppléé par M. Bernheim et M. Parisot. *Cliniques chirurgicales*, MM. Rigaud et Simonin. *Clinique ophthalmologique*, M. Monoyer. *Maladies syphilitiques et cutanées*, M. Béchel. *Maladies des vieillards*, M. Demange.

2° COURS : *Histoire naturelle médicale*, M. Engel. *Chimie médicale et toxicologie*, M. Blondlot. *Chimie analytique*, M. Ritter. *Physique médicale*, M. Rameaux. *Anatomie descriptive*, M. Morel. *Anatomie des régions*, M. Lallemand. *Pathologie chirurgicale*, M. Bach. *Pathologie interne*, M. Heehl. *Anatomie et physiologie pathologiques*, M. Feltz. *Médecine légale*, M. Tourdes.

3° EXERCICES PRATIQUES : *Laboratoire de chimie physiologique et pathologique*, M. Ritter. *Laboratoire de physiologie*, M. Beaunis. *Laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques*, M. Feltz. *Dissections*, M. Bouchard. *Exercices pharmacologiques*, M. Engel. *Diagnostic médical*, M. Bernheim. *Bandages et appareils*, M. Gross. *Diagnostic obstétrical*, M. Marchal.

CLINIQUES DE LA FACULTÉ. *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur BÉHIER a commencé ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 12 novembre. Pendant le semestre d'hiver, les leçons auront lieu tous les mercredis à neuf heures et demie. Les lundis et vendredis, démonstrations au laboratoire, par MM. Ernest Hardy et Liouville, à dix heures. Visites et interrogations tous les jours dans les salles, à huit heures et demie.

CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur DUPLAY, professeur à la Faculté de médecine, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, *le mardi* 18 *novembre*, à neuf heures et demie, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure. — Visite des malades tous les matins à huit heures et demie. Opérations à l'amphithéâtre, le mardi, après le cours.

— M. le docteur PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons de clinique médicale, *le samedi* 22 *novembre*, à neuf heures et demie, et les continuera, le samedi de chaque semaine, à la même heure. Visite des malades, tous les matins, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses leçons de *clinique médicale* dans l'amphithéâtre n° 3 de cet hôpital, le mardi 18 novembre 1873.

— M. le docteur Dieulafoy commencera son cours de pathologie interne à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, le lundi 17 novembre, à quatre heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

COURS PUBLIC SUR LES MALADIES DES YEUX. — Le docteur Galezowski commencera ce cours le mardi 18 novembre, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Ce cours sera consacré à l'étude : 1° des affections oculaires dans l'ataxie locomotrice ; 2° des troubles visuels occasionnés par les méningites, les tumeurs et les diverses autres affections cérébrales ; 3° des maladies intra-oculaires provenant de la syphilis, de la glycosurie, de l'albuminurie, etc. ; 4° des omblyopies et des amauroses hystériques et simulées.

Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

NÉCROLOGIE. — On apprendra avec peine la mort de M. Pelletan de Kinkelin, fils adoptif de l'ancien professeur de physique à la Faculté de Paris, ex-chef de clinique à la Charité et médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Godart, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Pontoise, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin du ministère des affaires étrangères, vient de mourir à Paris.

État sanitaire de Paris :

Du 1er au 7 novembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 836 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 20. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonia, 55. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra, 11. — Angine coenneuse, 7. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 209. — Affections chroniques, 366, dont 184 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 65. — Causes accidentelles, 16.

Londres : Population, 3 356 073 habitants. — Décès du 26 octobre au 1er novembre 1873, 1653. — Variole, 2 ; rougeole, 103 ; scarlatine, 12 ; fièvre typhoïde, 38 ; érysipèle, 9 ; bronchite, 270 ; pneumonie, 113 ; dysentérie, 4 ; diarrhée, 21 ; choléra nostras, 1 ; diphthérie, 10 ; croup, 17 ; coqueluche, 41.

SOMMAIRE. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. — Clinique obstétricale : Conception chez une femme de cinquante ans ; ménopause depuis deux ans ; éclampsie après l'accouchement ; guérison. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Anesthésie par le protoxyde d'azote. — Recherches sur l'érysipèle. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine. — Index bibliographique. — **Variétés.** Glanes. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 20 novembre 1873.

EMPLOI DES TUYAUX DE PLOMB POUR LA CONDUITE DES EAUX POTABLES.

Le procès des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables vient d'être jugé par-devant l'Académie des sciences, et nous sommes heureux de dire que ce jugement est tel que nous l'avions fait pressentir le 6 novembre, dans le n° 45 de ce journal, par le court exposé de nos connaissances scientifiques sur ce sujet.

M. Dumas, le savant secrétaire perpétuel de l'Académie, est venu d'abord confirmer par l'autorité de sa parole les faits que nous avions exposés, en décrivant les expériences qu'il faisait, il y a longtemps, dans ses cours, pour démontrer l'action des différentes eaux sur le plomb. Ses conclusions sont absolument semblables aux nôtres (voyez le compte rendu de l'*Académie des sciences* dans ce journal).

M. Belgrand, directeur des eaux et égouts de Paris, a pris ensuite la parole, selon sa promesse au conseil municipal : il a constaté d'abord que l'usage des conduites de plomb remonte à la plus haute antiquité, puisqu'elles datent, suivant Varron, de l'an 442 de Rome, et que depuis cette époque le plomb n'a cessé d'être employé pour cet usage dans toutes les villes antiques. Ce mode de distribution des eaux, qui exigeait de très-longues conduites de plomb, remonte au moyen âge dans notre pays; on a trouvé à Paris des conduites de ce métal datant de Philippe-Auguste, et il est encore en usage à Rome, à Clermont-Ferrand, etc.

Cependant aucun auteur, aucun des historiens de l'antiquité et du moyen âge ne mentionne le moindre fait d'intoxication plombique. Nous avons fait voir, de notre côté, qu'il n'avait été question d'aucun accident de ce genre dans les temps modernes.

Après avoir démontré l'innocuité des tuyaux de plomb par le peu de temps que l'eau reste en contact avec le métal et rappelé quel petit espace un litre d'eau parcourt dans ces tuyaux pour arriver à la consommation (5 mètres à peine), il ajoute que la surface du plomb est bientôt recouverte d'une couche plus ou moins épaisse de sédiment que laissent déposer toutes les eaux calcaires; ce sédiment ou espèce de patine, empêchant le contact immédiat de l'eau avec le métal, devrait le préserver bien vite de toute altération si cette altération devait se produire.

Mais le savant ingénieur ne s'est pas contenté de ces faits; il a voulu les vérifier à l'aide d'expériences pour lesquelles il s'est associé un habile chimiste, M. Félix Le Blanc, vérificateur du pouvoir éclairant du gaz. Ces messieurs ont opéré avec les diverses eaux qui alimentent Paris et même des eaux de terrains granitiques ne renfermant environ que 0,01 de sel calcaire par litre. Tous les faits relatés par ces savants viennent confirmer ce que nous avons dit. Ils ont même constaté que l'eau de pluie, pour laquelle nous avions manifesté quelques craintes, est sans action sur le plomb, pour peu qu'elle renferme une trace de sel calcaire sensible aux réactifs; et c'est le cas général, car l'atmosphère est chargée de poussière calcaire.

Comme on le voit, nous avions donc raison de dire, *que les craintes qu'on avait fait naître au sujet de l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables étaient véritablement imaginaires.*

Mais si la *guerre au plomb* s'est terminée par la défaite de ceux qui l'ont suscitée, il est une autre guerre qu'il serait important de soulever; c'est la croisade contre les composés plombiques malheureusement trop employés maintenant pour la teinture de la chevelure et de la barbe. Oh! cette guerre, je la considère comme très-légitime, et je ne serai pas le dernier à la provoquer et à la soutenir, convaincu que je suis que cette coquetterie est la source de nombreux accidents (1).

J. PERSONNE.

(1) Voyez, sur un sujet analogue, p. 753, 2e colonne.

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Suite. —Voyez les nos 17, 18, 34, 38, 40, 41, 42, 43, 44 et 46.)

Tout est encore loin d'être parfait dans la pratique des nouvelles institutions sanitaires, et, chaque année, on se trouve en présence de lacunes regrettables sans doute, mais non irrémédiables.

Trois navires, le *Miula*, le *Pio Nono* et le *Raffaele* ont subi des péripéties qui appellent une répression dans l'avenir : faute d'un approvisionnement suffisant de charbon et d'eau, ils ont été obligés de stopper en route; le *Raffaele* a dû débarquer ses pèlerins à *Cosseïr*, sur la côte africaine; le *Miula* et le *Pio Nono* ont été rencontrés en pleine mer par des navires égyptiens et remorqués jusqu'à Suez, où ils sont arrivés, le premier après vingt-trois jours de traversée, le second après seize à partir de Djeddah; tous deux ont débarqué leurs pèlerins à demi morts de faim et de soif et dans un état pitoyable. Le capitaine et les officiers du *Pio Nono* avaient abandonné leur navire, puis étaient descendus à terre dans leur embarcation; il y avait eu rixes et batailles pendant la traversée, et les pèlerins avaient été fort maltraités par les équipages.

Quant à Djeddah, les embarquements s'y sont effectués, cette année, dans de bonnes conditions. La surveillance a été sévère et le nombre considérable des navires présents en rade a permis une plus facile répartition des pèlerins.

J'ai pu, en accompagnant souvent mon excellent confrère M. le docteur Pasqua, directeur de l'office sanitaire ottoman de Djeddah, à bord des navires, m'assurer que le règlement était exécuté; nous avons eu très-rarement à faire descendre un excédant de passagers, et nous ne quittions le navire qu'au moment où il était sous pression et levait l'ancre, afin d'empêcher les réembarquements clandestins.

Nous n'avons donc eu aucune des scènes scandaleuses qui

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique, par le docteur Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne.

(Fin. — Voyez le numéro 46.)

Pour assigner aux différents symptômes leur valeur véritable, il importe de déterminer les régions des centres nerveux qui président au libre exercice de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

D'après une théorie admise en France par plusieurs physiologistes, il semble que le centre de perception des impressions sensitives réside dans la protubérance annulaire; c'était là l'opinion de Longet, c'est l'opinion de M. Vulpian (1). Les expériences sont connues : On enlève à un lapin les hémisphères cérébraux, le cervelet, en conservant la protubérance annulaire; l'excitation périphérique, le pincement du nez, de l'oreille, provoque des cris plaintifs, des cris de douleur et non pas seulement un cri réflexe. D'autre part, l'animal se gratte plusieurs fois les narines avec les pattes antérieures après l'inspiration de l'ammoniaque. Chez le surmulot, dépourvu également d'hémisphères cérébraux, de corps striés et de couches optiques, le pincement de l'oreille provoque un mouvement général des membres avec l'extension de la tête. Après un souffle brusque sur l'oreille, l'animal secoue la tête et les oreilles en clignant des yeux; il adapte donc les réactions à la nature de l'excitation. Le centre de perception des impressions sensitives est donc dans la protubérance annulaire. M. Vulpian ajoute, à propos du rôle de la protubérance annulaire, qu'elle paraît présider non-seulement à la sensibilité générale, mais encore à certaines sensibilités spéciales. Ainsi il me paraît certain, dit cet auteur, que les sensations auditives et gustatives ont lieu dans cette partie des centres nerveux. Chez le rat privé d'hémisphères cérébraux, de corps striés, de couches optiques, le moindre bruit le fait tressaillir, et le souffle brusque imitant celui qu'émettent les chats en colère détermine chez lui un brusque soubresaut. En admettant avec M. Vulpian l'influence de la protubérance annulaire sur l'ouïe et le goût, la lésion unique de ce centre perceptif n'expliquerait point la perte de l'odorat et de la vue qui existe chez la plupart des malades en question.

D'après une autre théorie, celle de Tood et de Carpenter, le centre de perception des impressions tactiles serait situé plus haut, il résiderait dans la couche optique; c'est là que les impressions sensitives se transformeraient en sensation. D'autre part, le corps strié, aboutissant du tractus moteur, serait en rapport avec l'exécution des mouvements volontaires.

C'est évidemment par l'étude approfondie des faits dont nous nous occupons que l'on pourra élucider ces questions difficiles de physiologie pathologique. Mais déjà les résultats cliniques et anatomo-pathologiques peuvent servir de guide et diriger l'attention sur les régions qui semblent devoir être le siége des altérations. Pour comprendre la plupart de ces observations, particulièrement celles de L. Türck, et pour suivre fructueusement la distribution des lésions qu'il indique dans les planches dont il fait suivre son mémoire, il faut, sur une coupe transversale du cerveau, pratiquée immédiatement en arrière des corps mamillaires, se bien pénétrer des rapports réciproques des principaux groupes de cellules ou centres ganglionnaires. Sur la ligne médiane, et de haut en bas, nous voyons, sur cette coupe, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le troisième ventricule avec la commissure grise. De chaque côté et immédiatement en dehors, la couche optique, plus en dehors et en haut, le noyau caudé ou noyau intraventriculaire du corps strié; le long de la couche optique règne la capsule interne formée par la portion radiée de la base du pédoncule cérébral et par des fibres qui, du centre blanc hémisphérique, se rendent à la couche optique; plus en dehors se montre le noyau extraventriculaire du corps strié ou noyau lenticulaire, subdivisé en trois segments concentriques. Entre les noyaux intra- et extraventriculaires du corps strié se voit la continuation apparente de la capsule interne ou origine de la grande couronne rayonnante de Reil, qui, pour Wagner et Kölliker, pour Luys et d'autres anatomistes, n'est point le prolongement des pédoncules cérébraux, mais bien la réunion de fibres qui, du centre blanc hémisphérique, ou mieux de la couche corticale, se dirigent vers la couche optique, où elles se terminent en grande partie. En dehors du noyau lenticulaire se montrent une bandelette blanche ou capsule externe, une bandelette grise ou nucléole téniaforme et enfin l'insula. En résumé, de dedans en dehors : 1° couche optique et au-dessus noyau intraventriculaire du corps strié; 2° capsule interne avec la couronne rayonnante de Reil; 3° noyau lenticulaire et plus en dehors capsule externe et avant-mur; 4° insula.

De toute cette vaste région, une partie semble être plus spécialement le siége des lésions qui s'accompagnent d'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens, c'est une sorte de carrefour en rapport avec les différents centres, c'est l'espace qui comprend l'extrémité supérieure de la couche optique, l'extrémité supérieure de la capsule interne avec l'origine de la couronne rayonnante et la portion supérieure du noyau lenticulaire. Dans les cas signalés par M. Charcot de paralysie

(1) Longet, *Anatomie et physiologie du système nerveux*, Paris, 1842, t. I, p. 431. — Vulpian, *Physiologie du système nerveux*. Paris, 1866, p. 543. — Pour M. Béclard, la protubérance est un conducteur de sensibilité et de mouvement à la manière de la moelle et du bulbe (*Traité de physiologie*, Paris, 1862, p. 997).

---

l'année dernière encore, se sont passées à cette occasion, et au sujet desquelles M. le docteur Dubreuil, médecin sanitaire de France à Djeddah a protesté avec la plus grande énergie.

Néanmoins, je persiste à croire qu'on ne sera réellement bien certain de l'efficacité des mesures qu'en adoptant le dénombrement des pèlerins *lors de leur débarquement* à El-Wetch, car compter 700 ou 800 individus à bord d'un navire est chose bien difficile, pour ne pas dire impossible, au moment du départ, c'est-à-dire au milieu du désordre et du chaos offert par cet assemblage d'hommes, d'animaux et de colis de toute nature; et puis, combien n'en dissimule-t-on pas?

Un grand nombre de pèlerins se sont embarqués, cette année, à Yambo lors de leur retour de Médine; on savait que la route, habituellement dangereuse entre Médine et Yambo, ne serait pas, cette fois, interceptée par les Bédouins; une petite caravane de 315 Mogrebins est même partie de Yambo par voie de terre pour se rapatrier.

Au 1er mai, époque où le pèlerinage doit être considéré comme entièrement terminé, le mouvement du port de Djeddah donnait, pour le départ ou rapatriement, du 16 février au 30 avril, un chiffre de 13 652 pèlerins et 88 enfants pour Suez (*direction Égypte et Europe*), puis 9069 et 215 enfants *viâ* Océan Indien; 60 navires ont été employés à ce transport.

De même, il s'est embarqué à Yambo pour Suez, du 7 mars au 7 avril, 9815 hadjis, dont 1216 par samboucks; 17 navires ont été employés à ce transport.

Du 25 février au 16 mars, 2765 pèlerins avaient déjà transité par le canal de Suez. Le 21 mars, 4000 hadjis environ avaient déjà aussi traversé Alexandrie.

De leur côté, les caravanes étaient reparties en bon état; celle du Caire avait quitté Suez, le 26 avril, dans d'excellentes conditions; quant à celle de Syrie, elle regagnait Damas sans toucher à El-Wetch et s'engageait dans le désert.

Enfin, du 25 février au 13 avril, 37 navires avaient amené à Suez 19791 pèlerins.

A cette époque, il restait encore à Djeddah un nombre

avec hémianesthésie et tremblement du même côté du corps, la lésion occupait la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celle-ci.

Les couches optiques et les parties externes avoisinantes se trouvaient compromises dans quelques autres cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale cités par différents auteurs; mais les seules observations suivies d'autopsie dans lesquelles, avec l'anesthésie de la sensibilité générale, se trouvait notée la perte de la sensibilité spéciale, sont celles de L. Türck (1). Sur les quatre faits de Türck, deux fois l'hémiplégie s'accompagnait d'hémianesthésie de la sensibilité générale avec anesthésie du goût, de l'odorat et de la vue, dans l'un de ces cas la lésion consistait en un ramollissement très-étendu du centre blanc de l'hémisphère gauche, comprenant les deux tiers externes de la couronne rayonnante de Reil; dans l'autre cas, c'était un foyer hémorrhagique situé à la partie externe de la couche optique gauche, intéressant aussi en partie la capsule interne.

Dans les deux autres cas, où la sensibilité générale était seule compromise, les lésions consistaient pour le premier en trois foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit, occupant, mais avec des intervalles libres, l'espace compris entre le noyau caudé et le noyau lenticulaire; l'un des foyers était situé immédiatement en dehors de la queue du noyau caudé; un autre se trouvait en arrière et en dehors du premier, sur le trajet de la couronne rayonnante; le troisième occupait une partie du segment externe du noyau lenticulaire qu'il dépassait légèrement en haut, de sorte que la couronne rayonnante était séparée par places de la capsule interne et de la couche optique.

Dans le second cas, il existait deux anciens foyers hémorrhagiques dans l'hémisphère droit, l'un situé au bord supérieur et externe de la couche optique qu'il débordait légèrement, l'autre dans le troisième segment ou portion externe du noyau lenticulaire du corps strié.

En résumé, la partie externe et supérieure de la couche optique, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couronne rayonnante, telles sont les parties intéressées. Mais on doit le remarquer dans tous les cas, même quand la lésion siége dans le noyau lenticulaire du corps strié, elle dépasse cette limite pour atteindre, dans une certaine étendue, la couronne rayonnante, qui est en réalité la région le plus souvent compromise. Cette région était encore atteinte dans un cas récent que M. Charcot a eu l'obligeance de me communiquer; il s'agissait d'une hémianesthésie avec mouvements

(1) Ludwig Türck, *Ueber die Beziehung gewisser Krankheitsherde des grossen Gehirnes zur Anästhesie* (Aus dem XXXVI Bande, § 191, des Jahrganges, 1859, der Sitzungsbericht e der mathem. natur. Classe der Kais. Akademie der Wissenschaften).

choréiformes du côté droit, et à l'autopsie, on avait trouvé un ramollissement lacunaire à gauche, au pied de la couronne rayonnante, dans la circonvolution de l'opercule.

Le fait suivant, choisi parmi nos dix observations de paralysie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens, donnera une idée assez nette des caractères et de la marche de ces accidents.

Obs.— *Excès de boissons, absinthe.— Céphalalgie, vertiges, attaques épileptiques. — Tremblement, hallucinations. — Attaque apoplectique, hémiplégie incomplète droite, hémianesthésie droite avec diminution puis abolition du goût et de l'odorat; dysécée suivie de surdité complète; amblyopie et dyschromatopsie aboutissant à la perte absolue de la vision du côté droit.* — L. Pierre, cinquante-neuf ans, journalier, ancien militaire, adonné depuis nombre d'années aux boissons alcooliques, contracte en Afrique l'habitude de boire de l'absinthe, dont il prend jusqu'à six à sept verres par jour. Peu après ces derniers excès, à l'insomnie habituelle avec rêves et cauchemars, à la perte d'appétit et à la pituite du matin, s'ajoutent de violents maux de tête, des étourdissements, des vertiges et des attaques convulsives, accompagnées de perte de connaissance, de morsures à la langue et d'évacuations involontaires. Plus tard, il se plaint d'engourdissements, de fourmillements et de crampes dans les membres. A différentes reprises il remarque du tremblement des mains, il est tourmenté par des visions effrayantes, il entend des injures, des menaces contre sa vie. Cet état se continue pendant plusieurs années, s'amendant ou s'aggravant, selon que L... peut plus ou moins facilement se livrer à ses habitudes d'ivrognerie. Pendant quatre ans, de 1865 à 1869, il fait de longs voyages en mer et devient plus sobre; sa santé s'améliore; il débarque à la Martinique et séjourne à Saint-Pierre où il se remet à boire. Un jour, en travaillant, il perd subitement connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser, mais il se souvient que, revenu à lui, il se trouve à l'hôpital, la parole très-embarrassée, paralysé de tout le côté droit.

Six semaines après la faiblesse musculaire diminue, il se lève, marche, traînant la jambe droite; au bout de quatre mois, on peut l'occuper à l'hôpital comme infirmier, en le chargeant, toutefois, des travaux les moins pénibles. En 1871, il revient en France, et de retour à Paris, il vit misérablement, gagnant avec peine de quoi pourvoir à ses premiers besoins, mais sans renoncer, toutefois, aux habitudes alcooliques.

A son entrée à l'asile, le 12 juin 1872, il présente de l'hébétude, comprend à peine les questions qu'on lui adresse, se retourne et regarde avec crainte; il entend des paroles injurieuses; il voit des chats, des ombres, des hommes noirs. Il éprouve de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges; il présente un tremblement des mains plus marqué à droite, et une faiblesse de tout le côté droit du corps. Pendant la nuit, il est agité par des rêves, des cauchemars, des hallucinations; au jour, il devient plus tranquille, mais il paraît encore inquiet et préoccupé.

Du 14 au 30 juin. — Il se rassure peu à peu, n'accuse plus d'hallucinations dans la journée, mais il se montre apathique, indifférent, reste assis les bras croisés, si l'on ne lui parle pas; travaille et joue, quand on le presse, mais il est sans initiative et ne se plaint nullement de sa séquestration; les facultés sont d'ailleurs affaiblies et la mémoire est infidèle. Pendant la nuit, de temps à autre, il voit des animaux qui l'effrayent, des singes, des chevaux, des hyènes.

Il se plaint habituellement de pesanteur de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements de lueurs et flammes devant les yeux, de

considérable d'Indiens; c'est la catégorie la plus pauvre des hadjis; ils traînent jusqu'au commencement de juin, époque à laquelle les voiliers les embarquent définitivement.

Il peut être intéressant de dire quelques mots de Djeddah, la seule ville du Hedjaz où les Européens puissent séjourner et qui joue un rôle si important pendant le pèlerinage.

Le climat de Djeddah est chaud, énervant et les vents y sont d'une grande violence : on y observe surtout comme vents frais et qui heureusement viennent tempérer les ardentes chaleurs de l'été, le nord, l'ouest et le nord-ouest (vents de mer). En revanche, les vents de terre, ou du sud, de l'est, mais surtout du sud-est (Kamsin-Semoun), sont terriblement chauds et apportent avec eux une humidité qui est le caractère constant, le fond en quelque sorte, de la météorologie de Djeddah.

Cette chaleur humide, qui détrempe matin et soir le sol des rues comme le ferait une abondante rosée, a été relatée par tous les voyageurs; *Burkhardt*, *[illegible]*, le chevalier *Chardin*, le baron *de Maltzan*, les capitaines *Ferret* et *Galinier*, *Fresnel*, l'ancien consul de Djeddah, etc., ont décrit ce fait si curieux. Cette chaleur est particulièrement désagréable et rend la transpiration visqueuse et gluante, en même temps qu'elle pénètre de son humidité tous les objets, tous les vêtements et oxyde tous les métaux.

Voici les moyennes thermométriques que j'ai pu relever celle année :

	Maximum.	Minimum.	Moyenne.
Janvier.........	+ 28° C.	+ 12° C.	+ 22° C.
Février.........	30	14	24
Mars...........	36	18	26
Avril...........	37	24	29
Mai............	39	26	32

Nota. — Les variations de température ont été excessives [illegible] sauts de vent très-brusques; enfin il n'y a pas eu de pluies.

Cette chaleur est rendue plus intense encore par les sables

crampes dans les membres, principalement dans le côté droit. Le tremblement est plus accusé dans la main droite, surtout quand les membres supérieurs sont tenus une ou deux minutes dans l'extension; la fatigue arrivant vite, le bras droit tend à s'abaisser, et au tremblement plus fort on voit s'ajouter de petites secousses irrégulières dans les doigts.

Dans une première exploration avec le dynanomètre, la main droite pousse l'aiguille jusqu'à la 16e division, et la main gauche jusqu'à la 27e. Cet examen, répété les jours suivants, indique toujours une faiblesse plus grande de la main droite qui arrive à 22, 20, 17, tandis que la main gauche porte l'aiguille à 31, 37, 31. La jambe droite est aussi plus faible, le malade peut sauter sur le pied gauche, mais le droit ne peut être détaché du sol. Le côté paralysé est le siége d'une notable anesthésie : le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids sont à peine sentis, non-seulement dans le bras et la jambe, mais encore dans la moitié droite de la tête et du tronc.

L'odorat est très-affaibli dans la narine droite; l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, ne réveillent aucune sensation; le vinaigre affecte légèrement la muqueuse, mais le malade ne le reconnaît pas. Les caractères de ces substances sont bien appréciés par la narine gauche.

La moitié droite de la langue ne perçoit ni le sucre, ni le sel, ni la coloquinte; la moitié gauche distingue ces substances. La muqueuse buccale est anesthésiée du côté droit et sent d'une manière très-incomplète le toucher, la piqûre, l'action du chaud et du froid.

L'acuité de la vision est moindre à droite ; l'œil de ce côté peut lire seulement des caractères d'un centimètre, l'œil gauche lit des caractères de 3 millimètres.

L'œil droit est affecté de dyschromatopsie, il distingue les couleurs rouge et bleue (n° 10 de l'échelle chromatique du docteur Galezowski), mais le violet paraît blanc, le jaune paraît blanchâtre. L'œil gauche reconnaît, du premier coup, toutes les couleurs.

Juillet. — L'état intellectuel est stationnaire, le malade se montre plein d'indifférence; il répète les mêmes choses, quelquefois se contredit et donne des dates inexactes; par moments, il a de la sensiblerie et pleure sans motifs. Le tremblement a beaucoup diminué; toutefois, il suffit de faire placer les bras dans l'extension, pour le voir reparaître dans la main droite La paralysie du mouvement et de la sensibilité générale et des sens n'a pas augmenté. La jambe droite s'engourdit rapidement quand le malade reste assis, elle fléchit dès qu'il se relève et il est obligé de la soulever, de la secouer, de frapper à terre pour rendre la marche possible.

Il éprouve fréquemment de la céphalalgie, des battements dans la région frontale, des étourdissements; des crampes et des fourmillements surtout dans le côté droit.

Août. — Même état intellectuel, lenteur des conceptions, toutefois, cauchemars et hallucinations; il voit des fantômes, des gens qui parlent; il entend remuer autour du lit.

Étourdissements fréquents, vertiges, brouillard devant les yeux, élancements et crampes dans la jambe et le bras droit. L'anesthésie cutanée n'a pas fait de progrès : les piqûres un peu fortes, les sensations douloureuses, sont encore perçues. L'application dans le sens de l'axe du membre, sur la face externe de la cuisse droite, des deux pointes de l'esthésiomètre, écartées de 13 centimètres, donne la sensation d'une piqûre seulement, la sensation de deux piqûres s'obtient avec un écart de 15 centimètres. A gauche, dans la même région, le malade perçoit deux piqûres à la distance de 9 centimètres. A la face interne de la cuisse droite, par l'écartement de 10 centimètres entre les deux pointes, on obtient la sensation d'une seule piqûre ; la sensation de deux piqûres se produit si l'on augmente l'écartement de 1 à 2 centimètres; à gauche et dans la même région, les pointes de l'esthésiomètre, éloignés de 6 centimètres, donnent la sensation de deux piqûres. Sur la face externe du bras droit, l'application de deux pointes, à 10 centimètres de distance, donne la sensation d'un seule piqûre; sur le bras gauche, un écartement de 6 centimètres laisse percevoir la double sensation. Le côté droit du front ne sent qu'une piqûre, les deux pointes étant éloignées de 6 centimètres, et à gauche, la sensation de deux points s'obtient à la distance de 3 centimètres seulement.

Septembre et octobre. — Le malade continue à éprouver des étourdissements, des vertiges accompagnés d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face, de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes, quelquefois de la contracture dans le bras et la jambe du côté droit avec roideur et flexion des doigts qui reviennent sur eux-mêmes dès qu'on les redresse. Il survient aussi parfois de la douleur dans la joue droite avec léger trismus ou bien claquement involontaire des mâchoires. L'eau de fleur d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, ne donnent aucune sensation dans la narine droite, mais sont reconnus à gauche.

Le sucre, le sel, la coloquinte, ne procurent aucune saveur sur le côté droit de la langue; à gauche, au contraire, les caractères de ces substances sont parfaitement appréciés.

L'oreille droite, siége de bourdonnoments incessants, perçoit les battements de la montre à 2 centimètres seulement du pavillon de l'oreille; à gauche, ils sont entendus à 30 centimètres.

Novembre et décembre. — Vertiges fréquents, tournoiement de tête, perte d'appétit, pâleur, altération de la face et expression de souffrance. Parfois, le soir, léger mouvement fébrile et céphalalgie plus forte. L'exploration de la poitrine ne donne rien de particulier. Les urines claires, ambrées, acides, n'offrent ni sucre ni albumine. De temps à autre, hallucinations la nuit; L... se lève, regarde sous le lit, dans les coins de la chambre, il lui semble, dit-il, que quelqu'un est entré, qu'on l'appelle, qu'on l'a tiré par les pieds.

Du côté droit, l'hémiplégie augmente, le bras et la jambe offrent des crampes douloureuses; l'anesthésie cutanée progresse, les épingles, pros fondément plantées sont à peine senties, et le malade localise la douleur dans une région plus rapprochée du tronc; il rapporte ainsi à la jambe la piqûre du pied, au genou celle du mollet, à la cuisse celle du genou.

L'odorat est presque nul à droite; l'acide acétique, maintenu sous la narine, quoique provoquant du larmoiement, est à peine senti ; à gauche, toutes les odeurs continuent à être exactement appréciées.

Aucune saveur n'est reconnue du côté droit. L'ouïe continue à s'affaiblir, et la montre doit être appliquée sur l'oreille même pour que ses battements soient entendus; les bourdonnements sont fréquents; parfois il y a des tintements, des bruits de cloche, il semble, dit le malade, que l'air pénètre constamment dans l'oreille.

La vue s'obscurcit à droite, tous les objets paraissent enveloppés d'un nuage, les caractères les plus gros ne peuvent plus être distingués. L'examen ophthalmoscopique pratiqué à diverses reprises ne laisse rien découvrir dans les milieux ni les membranes de l'œil; la papille est physiologique, d'une teinte rosée, les vaisseaux sont normaux, toutes les parties paraissent normales, on ne voit rien de particulier dans la région de la macula.

Janvier et février 1873. — Les facultés nt iduem baisser, les étourdissements et les vertiges s'accompagne 'une obtusion qui dure toute la journée. Le sommeil est troublé par des cauchemars

---

qui environnent la ville; « le sable, en effet, comme le dit fort justement M. le docteur Dubreuil, dans ses excellents rapports au ministre, absorbe plus les rayons solaires qu'il ne les réfléchit, et pendant certaines nuits de l'été il ne rayonne point toute cette chaleur absorbée vers l'atmosphère. On sait que l'émission de la chaleur terrestre est en raison directe de l'abaissement de la température des espaces célestes, et qu'elle n'est pas très-intense sous cette latitude; on sait de plus que les eaux des mers sans issue vers le pôle nord sont tièdes pendant l'été, et qu'elles contribuent elles-mêmes à l'élévation de la température. Soumises à l'action d'un soleil toujours ardent et agitées parfois par les vents d'est, qui passent sur des sables brûlants, les eaux de la mer Rouge sont sous ce rapport, et principalement sur la côte arabique, dans des conditions moins avantageuses que celles de la mer des Indes; les ne peuvent donc tempérer la chaleur, qu'elles augmentent, au contraire, à la surface de la terre. »

La constitution médicale est assez simple à Djeddah; ce sont les fièvres intermittentes et la dysentérie qui en forment le fond; l'anémie (les maladies aiguës et chroniques revêtent inévitablement un caractère adynamique sous ce climat) survient d'autant plus vite qu'on n'a aucune ressource pour combattre l'influence essentiellement débilitante de ce climat et que la vie matérielle y est des plus rudimentaires.

La variole y est également à l'état endémique (les Arabes l'ont connue de toute antiquité, dès l'an 500), et, tous les ans, elle se ravive encore à l'arrivée des pèlerins.

La vaccine a bien été introduite autrefois dans le *Djowf* par des bergers syriens, mais les Wahabites l'ont, en quelque sorte, proscrite lorsqu'ils ont envahi la Péninsule, et je doute fort qu'elle soit encore en usage dans l'intérieur du pays; cependant on envoie maintenant, chaque année, de Constantinople et du Caire des médecins vaccinateurs à Djeddah et à la Mecque et les habitants y soumettent assez volontiers leurs enfants.

Les fièvres qui règnent sur tout l littoral de la côte arabique,

et des hallucinations pénibles. L... voit du feu, des incendies, entend des émeutes, des tambours, la fusillade.

Les forces musculaires diminuent à droite; l'anesthésie est très-accusée, les pincements, les piqûres d'épingle, ne sont plus sentis; le malade, les yeux fermés, n'a pas conscience des mouvements imprimés au bras et à la jambe du côté droit; il ne sent pas non plus les corps chauds ou froids, lourds ou légers déposés sur la peau.

Bourdonnements, bruits de cloche dans l'oreille droite; la voix très-élevée est à peine entendue. Du même côté, la vision continue à s'affaiblir, le goût est aboli; la narine droite ne peut distinguer aucune odeur. Du côté gauche, la sensibilité générale n'est pas modifiée et les organes des sens sont intacts.

Mars, avril, mai. — Les facultés sont affaiblies, mais en raison de l'hébétude dont s'accompagnent les étourdissements et les vertiges, la démence paraît plus profonde qu'elle n'est en réalité. Les rêves et les cauchemars continuent à troubler le sommeil. Le bras et la jambe du côté droit sont le siége d'engourdissements, de frémissements et de crampes avec roideur des doigts, la paralysie reste stationnaire, l'hémi-anesthésie est complète; le sens musculaire est aboli. Si, les yeux étant fermés, on arrête le bras droit dans le cours d'un mouvement, L... ignore si son mouvement est accompli; lorsque l'objet à atteindre est une partie du corps du côté sain, la joue, l'oreille par exemple, aussitôt qu'une main étrangère touche ces organes, L... croit avoir effectué le mouvement et annonce qu'il a atteint l'organe désigné. L'anesthésie des sens persiste à droite, de l'autre côté les sensations sont normales.

Juin, juillet. — Vertiges, lourdeur de tête, battements dans la région frontale, bourdonnements plus marqués à droite, hallucinations plus particulièrement la nuit.

L'hémiplégie droite augmente légèrement, le malade ne peut se tenir sur le pied droit, même en s'appuyant contre un meuble; il éprouve dans le bras et la jambe des frémissements, de l'engourdissement et des crampes.

L'anesthésie est complète dans tout le côté droit, jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane où la sensibilité commence à reparaître pour devenir normale à gauche, à 1 ou 2 centimètres au delà du plan médian. Sur le tronc, le bras, la jambe, la tête, la face, une épingle peut traverser la peau sans que le malade accuse la moindre sensation. Il en est de même pour les muqueuses buccale, nasale, palpébrale, etc.; une cuiller promenée sur le côté droit du voile du palais ne provoque pas de nausées; chauffée ou refroidie, son contact n'est senti sur aucune partie de la moitié droite de la cavité buccale. Les corps étrangers introduits dans la narine droite, dans le conduit auditif externe, ne provoquent aucune sensation.

Le malade n'a nulle conscience des mouvements de la main droite quand l'œil ne la dirige pas.

Le bras et la jambe du côté droit sont, au toucher, plus froids que ceux du côté gauche, et le thermomètre maintenu un quart d'heure dans chaque main parfaitement fermée, donne 34°,8 pour la main gauche, et 34°,2 pour la droite. L'anesthésie des organes des sens n'a pas diminué.

L'exploration de la sensibilité dans les parties superficielles et profondes à l'aide des courants continus avec 50 éléments (appareil Trouvé, donne les résultats suivants: Le courant n'est senti sur aucune partie du côté droit. En mouillant les excitateurs, et à l'aide de l'inverseur adapté à l'appareil, on peut obtenir, à la fermeture et à l'ouverture du courant, dans chaque groupe musculaire, des secousses aussi énergiques à droite qu'à gauche, mais à droite la secousse ne s'accompagne d'aucune sensation, et le malade ne juge du phénomène que par la vue seule de la contraction musculaire, tandis qu'à gauche celle-ci s'accompagne d'une vive douleur.

L'application de deux excitateurs de chaque côté de la nuque ou aux deux tempes provoque des phosphènes. Avec 7 éléments, le malade aperçoit, dit-il, des lueurs; avec 9 et 15 éléments ce sont des éclairs, mais cette perception lumineuse ne se fait que dans l'œil gauche, l'œil droit reste tout à fait insensible.

Les deux excitateurs appliqués sur le côté droit de la langue avec 20, 30 ou 50 éléments, provoquent, à l'aide de l'inverseur, des contractions brusques dans les muscles du côté droit, mais ne donnent lieu à aucune sensation; du côté gauche, au contraire, l'application des excitateurs sur la langue avec 20 éléments provoque des contractions douloureuses, un goût métallique très-accusé et une sensation de picotement et de brûlure.

L'excitateur négatif étant appliqué sur l'apophyse mastoïde droite et le fil simple de l'excitateur positif placé sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe gauche, détermine, avec 15 éléments, la sensation d'un son analogue, d'après le malade, au tintement du cristal. En appliquant l'excitateur négatif sur l'apophyse mastoïde gauche et l'autre excitateur sur le coton mouillé de l'oreille droite, aucun son n'est perçu quelle que soit l'intensité du courant avec 20, 30, 50 éléments.

L'application du courant induit sur le côté droit du corps ne fait naître aucune sensation, soit qu'on électrise la peau à l'aide de la brosse ou du balai électrique, soit que le courant pénètre profondément à l'aide de tampons mouillés; les contractions musculaires sous l'influence des interruptions lentes ou rapides, quelle que soit l'intensité du courant, ne sont pas senties, quoique les secousses soient aussi énergiques qu'à l'état normal. A gauche la sensibilité électro-musculaire est conservée.

Août, septembre. — L'affaiblissement intellectuel n'offre pas de changement notable. L'anesthésie est complète du côté droit; un jour le malade se brûle sans le sentir le dos de la main contre la plaque d'un fourneau; une autre fois, il introduit et laisse la jambe droite dans un bain de pieds trop chaud, jusqu'à ce que le pied gauche, porté à son tour dans le bassin, vienne l'avertir de la température élevée du liquide. La sensibilité profonde est également abolie. D'autre part, la main droite ne peut effectuer aucun mouvement, si elle n'est dirigée par le regard. Dans la marche, les yeux fermés, il suffit d'appuyer légèrement sur le côté anesthésié, pour que L... accomplisse, à son insu, un mouvement de manége. La paralysie continue à progresser, le pied droit traîne légèrement sur le sol, la main droite pousse l'aiguille du dynamomètre jusqu'à la 6e division, la gauche arrive à la 25e. Tout le côté droit est plus froid, et par l'examen comparatif répété plusieurs fois, on obtient une différence notable, toujours au préjudice de la main anesthésiée. Le 11 août, la main droite donne 33°,8, la gauche 36°; le 12, la main droite 27°,8, la gauche 30°,8; le 13, la main droite 32°,6, la gauche 34°,8; le 15, la main droite 29°,5, la gauche 30°,6. La sensibilité spéciale est abolie du côté droit; la narine droite ne perçoit aucune odeur, et un flacon d'acide acétique placé au-dessous n'est point senti, malgré ses propriétés à la fois odorantes et excitantes; ces dernières, cependant, exercent une certaine action sur les yeux qui se remplissent de larmes. La coloquinte, le piment, restent sans action sur le côté droit de la langue. L'oreille droite n'entend plus rien; la cécité est complète à droite; l'œil reste ouvert devant le soleil sans percevoir aucune sensation, toutefois la mobilité de la pupille persiste, se resserre à la lumière.

Octobre. — Pendant quelques jours, L... a éprouvé des maux de tête,

---

mais plus particulièrement à Djeddah et à Hodeidah (1), paraissent surtout dues à l'influence des flaques formées dans les sables par l'eau de mer, au sud et au nord de la ville.

Il serait facile d'assainir ces points, de même qu'on pourrait amener de la montagne, qui n'est pas très-éloignée, de l'eau de source jusque dans la ville; malheureusement il faudrait lutter, d'une part, contre l'incurie et l'insouciance qui règnent en Orient, et d'autre part contre l'intérêt des propriétaires de citernes, qui tirent un joli bénéfice de la vente de l'eau.

Je mentionnerai aussi une affection très-singulière qui étend son rayon fort loin et qui sévit épidémiquement aux Indes; je veux parler de la *dengue*, *dengue fever of India*, qui, dans la péninsule Arabique, porte aussi le nom d'*abourakab.* On la rencontre sur toute la côte africaine et la côte arabique de la mer Rouge, au Sénégal, à Maurice, à Zanzibar, etc., et elle paraît vouloir prendre une grande extension aux Indes.

Abourakab veut dire articulation (maladie des articulations). Tel est, en effet, le caractère de cette maladie, qui semblerait tout d'abord une arthrite rhumatismale.

Personne n'est épargné, pas plus les Européens que les indigènes; elle ne fait grâce à aucun âge, à aucun tempérament.

L'invasion est brusque et l'évolution rapide. Les douleurs arthritiques et musculaires sont générales et assez violentes pour empêcher tout mouvement.

La fièvre, ardente les deux premiers jours, tombe ensuite ou devient modérée; la céphalalgie, très-forte, persiste plus longtemps.

Les troubles digestifs se traduisent surtout par des vomissements bilieux et par une anorexie complète.

Enfin, le plus souvent, surtout à la fin de la maladie, il y a formation de plaques rouges (scarlatiniformes) au visage, au

(1) Hodeidah est le port de l'Yémen. Cette ville est également accessible aux Européens; elle est célèbre par son café merveilleux dont le parfum est si exquis, ainsi que par la culture de la *Kad* (*Sebastrus edulis*), dont les feuilles toxiques et stimulantes sont mâchées avidement par les indigènes.

des étourdissements plus fréquents, de l'embarras gastrique et de la fièvre le soir. Le délire et les hallucinations pénibles se sont montrés de nouveau. L... voyait des flammes, des incendies, s'imaginait qu'on voulait l'empoisonner, croyait avoir jeté des enfants par la fenêtre. Au bout de six jours ces accidents ont cessé, le sommeil et l'appétit sont devenus meilleurs et le malade est retombé dans son apathie ordinaire. L'exploration de la sensibilité générale et des sens, par les agents organoleptiques et les courants continus et induits, donne des résultats analogues à ceux du mois dernier, l'hémianesthésie est complète.

L'œil droit, frappé de cécité, examiné encore à l'ophthalmoscope, n'offre rien d'anormal; la pupille conserve sa transparence et sa teinte rosée physiologique, les vaisseaux, artères et veines, parcourent régulièrement leur trajet sans altération particulière, soit au niveau, soit au delà de la pupille.

Le traitement, en dehors de quelques purgatifs salins et aloétiques, a consisté dans l'emploi de l'iodure de potassium et de toniques, vin et extrait mou de quinquina, tisanes amères, bains sulfureux.

Cette observation a l'avantage de montrer la marche progressive des troubles de la sensibilité, sinon depuis le début même des accidents, du moins depuis l'époque où la sensibilité générale commence à s'émousser et la sensibilité spéciale à se pervertir et à s'affaiblir. Les troubles de la vision aboutissant à la cécité complète sans le moindre changement appréciable dans la papille ni la rétine, expliquent le siége exclusivement cérébral (hémisphérique) de l'altération matérielle. Les lésions des corps quadrijumeaux, celles de la base ou bien les lésions qui, plus éloignées, agissent par compression, s'accompagnent assez rapidement de changements dans les bandelettes, le chiasma et les nerfs optiques qui ne tardent pas à se traduire par des altérations manifestes du fond de l'œil. Il est probable que les autres nerfs de la sensibilité spéciale, malgré la perte de la fonction, ne sont pas davantage altérés, et la constatation anatomique de ce fait ne sera pas sans quelque importance, au point de vue de la physiologie pathologique du cerveau.

Enfin, deux particularités à relever, en dehors de ce qui a été dit dans le cours de ce travail, c'est l'apparition, au début, chez ce malade, d'attaques épileptiques à la suite d'abus d'absinthe (épilepsie absinthique), tandis qu'à la fin de l'intoxication nous voyons prédominer les étourdissements et les attaques apoplectiformes, symptomatiques des lésions matérielles déjà produites dans le cerveau. En second lieu, L... a présenté à plusieurs reprises, sans nouveaux excès, mais sous l'influence de malaise et de fièvre, des accès passagers de délire pénible rappelant entièrement le délire alcoolique.

Clinique chirurgicale.

DE L'ASPHYXIE POUVANT SURVENIR PENDANT L'ABLATION DES TUMEURS CERVICALES PAR L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE, par le docteur LAROYENNE, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Certaines tumeurs de la région cervicale médiane ou latérale, celles du maxillaire inférieur qui envahissent le plancher buccal peuvent avoir avec les vaisseaux des rapports qui font redouter leur extirpation par le bistouri.

La crainte de l'hémorrhagie ou de l'entrée de l'air dans les veines lui fait préférer l'écraseur linéaire. C'est dans ces circonstances que j'ai observé un accident que l'on ne signale nulle part et que d'autres chirurgiens ont dû certainement voir se produire. Il consiste dans une asphyxie imminente qui survient pendant et par la constriction progressive de la tumeur avec la chaîne de l'écraseur, si bien que la face de l'opéré se cyanose, un sifflement laryngien se fait entendre à chaque effort inspirateur, et sa vie paraît immédiatement menacée si l'on ne fait cesser aussitôt la constriction.

Le premier opéré qui m'a présenté ces accidents était un malade de la salle Saint-Sacerdos, âgé de cinquante ans, affecté d'une récidive de cancer de la lèvre, se continuant dans la portion moyenne du maxillaire inférieur et assez avant dans le plancher de la bouche. Sur ses sollicitations, je pratiquai une deuxième opération, et je crois l'écraseur linéaire pour me mettre à l'abri de l'hémorrhagie.

Après avoir limité par deux traits de scie la portion du maxillaire envahi par le néoplasme, je compris dans l'anse de la chaîne les parties molles situées en arrière qui devaient être retranchées; mais lorsque la constriction commença à devenir un peu plus forte, le patient fut pris d'une gêne respiratoire avec coloration violacée de la face qui dut me faire desserrer l'instrument et achever l'opération avec le bistouri, en m'exposant ainsi à une hémorrhagie que je voulais éviter.

On pourrait penser qu'il s'est agi là d'une de ces asphyxies causées par le retrait de la langue privée de ses attaches antérieures au maxillaire inférieur? Mais non, cet organe était surveillé, et il tendait plutôt, par la section lente du plancher buccal, à être porté en avant que refoulé en arrière sur l'orifice du larynx. Du reste, je pourrais rappeler un fait semblable, dans lequel le mécanisme de la production de cet accident ne saurait avoir une telle interprétation. Le voici brièvement : Un homme de quarante-quatre ans portait une tumeur du volume des deux poings sur le côté gauche du cou, arrondie sensiblement uniforme, sans relation évidente avec le larynx. Sa consistance et son développement relativement rapide portaient à penser qu'il s'agissait d'un sarcome, peut-être développé dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Elle paraissait

---

cou et à la paume des mains, éruption qui est bientôt suivie d'une véritable desquamation.

Tels sont les principaux traits de cette curieuse affection, qui n'a pas de longue durée (quatre ou cinq jours), mais qui est suivie d'une convalescence souvent longue et pénible; la faiblesse et les douleurs musculaires arthritiques peuvent persister assez longtemps, et parfois même entraîner une sorte de paralysie des extrémités inférieures analogue aux paraplégies rhumatismales. (Voy. *La Dengue ou Abourakab*, par le docteur Buez, in *Gaz. des hôp.*, 3 juin 1873.)

Quoi qu'il en soit, l'issue est toujours bénigne, malgré les caractères épidémiques et la gravité apparente des symptômes.

La *dengue* ne paraît point à des époques fixes, n'est point annuelle ni périodique, n'est jamais que de courte durée et n'entraîne point la mort; seulement elle peut laisser des troubles assez profonds et persistants dans l'appareil de la sensibilité et du mouvement.

Ne serait-ce point là une sorte de *grippe* des pays chauds, empruntant ce qu'elle offre de spécial et de sérieux dans sa physionomie aux milieux dans lesquels elle naît et se développe?

Diverses opinions ont été émises sur la nature de cette affection; la plus répandue est celle qui lui attribue une origine rhumatismale (*fièvre rhumatismale*); mais il est assez rare d'observer le rhumatisme, sous quelque forme que ce soit, à Djeddah du moins, et l'on peut dire, du reste, que si la dengue était une fièvre rhumatismale, elle devrait régner dans ces parages périodiquement ou annuellement.

On a aussi voulu la considérer comme le reflet d'une intoxication paludéenne profonde, et, comme les symptômes bilieux prédominent, en faire une *fièvre bilieuse*.

La constitution médicale de Djeddah, cet hiver, a eu un singulier cachet d'impaludisme, comme je l'ai déjà dit, et il semblait, dans la dernière hypothèse, que la dengue dût avoir là un terrain tout préparé; cependant nous ne l'avons point vue apparaître cette année.

assez mobile sous la peau et sur ses parties profondes pour autoriser une tentative d'ablation totale. La peau et l'aponévrose incisées et disséquées, on se trouva en présence de très-nombreuses branches veineuses dilatées. Après avoir inspecté la base d'implantation et la tumeur, on l'étreignit avec un fil résistant, et aussitôt après avec la chaîne de l'écraseur. Là encore il survint un embarras de la respiration, et l'on fut obligé d'enlever l'écraseur et de recourir à une dissection lente en plaçant sur les veines des doubles ligatures entre lesquelles celles-ci furent sectionnées.

Ainsi telle opération qui avait été entreprise dans la pensée qu'elle pourrait être effectuée sans danger immédiat, sans hémorrhagie, grâce à l'emploi de l'écraseur linéaire, est entravée dans sa marche, et séance tenante le plan qu'avait conçu le chirurgien doit être modifié.

Je m'étonne, disais-je, que cet accident n'ait pas été noté, et noté, à plus forte raison, dans les ablations des tumeurs dépendant de la thyroïde, par conséquent en connexion immédiate avec le larynx; ou dans celles de la langue portant sur un point rapproché de sa base, car on ne saurait confondre la suffocation bien connue produite par le retrait de cet organe immédiatement après l'opération avec celle qui survient pendant qu'on l'exécute et alors qu'elle est loin d'être terminée.

J'ignore absolument le mécanisme de cette asphyxie dans les circonstances où je l'ai vue se montrer. Est-elle due au moment de la pédiculisation de la base de la tumeur, à la fixation, à l'immobilisation du larynx? Celui-ci peut-il être déformé, ou le jeu des muscles de l'ouverture glottique troublé ou suspendu, soit directement, soit par l'intermédiaire des filets nerveux qui les animent? La congestion cérébrale produite par la compression des veines cervicales doit-elle entrer en ligne de compte? Ce sont autant d'hypothèses que l'on peut émettre en attendant une explication satisfaisante et démonstrative.

CORRESPONDANCE.

Choléra et chloralum.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, 14 novembre 1873.

Messieurs,

Sous le titre de : *Choléra et chloralum*, M. Paulier, interne des hôpitaux, a publié, dans le numéro du 7 novembre de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, un article dans lequel il critique l'emploi du chloralum dans le choléra, et, faisant allusion à un travail qui a paru dans l'UNION MÉDICALE, il attaque les faits que j'ai cités à l'appui de la médication que je recommande.

Un examen très-sommaire de ma doctrine et des faits qui s'y rattachent suffira, je l'espère, pour réfuter les conclusions de M. Paulier.

J'ai traité par le chloralum dix cas de choléra, non pas cinq, comme le dit M. Paulier.

Ces dix cas se divisent ainsi :

1° Deux cas traités à l'hôpital civil de Rajkote, au mois de juillet 1872; deux guérisons.

(Pour être complet, je dois ajouter qu'à Rajkote un troisième malade prit *une dose* de la potion au chloralum, mais refusa (sa caste ne lui permettant pas de se servir de médicaments européens) absolument d'en prendre davantage, et l'on ne put le persuader de se laisser donner même un lavement. Ce cas ne peut, en toute justice, être considéré comme ayant été traité par le chloralum.)

Dans ces deux cas, la guérison eut lieu sans accidents d'aucun genre; pourtant les sujets avaient été apportés à l'hôpital dans un état de collapsus très profond mais récent, et ils n'avaient été soumis à aucun traitement antérieur. Ces observations ont été publiées dans la LANCET anglaise du 16 août dernier. Je joins, pour votre information, un extrait du journal de médecine anglais donnant ces observations en détail.

2° Deux cas de diarrhée cholérique traités en ville par des lavements et des potions au chloralum ; deux guérisons.

3° Un cas de diarrhée cholérique traité à Beaujon par des lavements au chloralum, pas de potion; guérison.

4° Quatre cas de choléra, un au deuxième et deux au troisième degré, traités à Beaujon : le cas au deuxième degré, guérison; trois cas au troisième degré, insuccès.

5° Un cas de choléra au troisième degré enté sur une fièvre typhoïde; insuccès.

Total : dix cas de choléra traités par le chloralum, six succès, — proportion un peu plus favorable que celle que M. Paulier veut bien m'accorder.

Ce chiffre toutefois n'a rien de remarquable, et de lui-même ne peut ni établir la valeur, ni faire repousser l'emploi de la médication que je préconise.

D'après M. Paulier, j'attribue la réaction intense qui s'est présentée chez les malades qui ont succombé à l'hôpital Beaujon « à l'influence du poison cholérique, et surtout à l'alcool absorbé par les malades avant l'administration du chloralum » ; et sur cela M. Paulier tranche la question en disant que « ces explications ne peuvent être prises au sérieux ».

Voyons ce qui s'est passé au point de vue de la réaction chez les malades traités par le chloralum.

Deux cas à Rajkote. — Collapsus profond, mais récent; pas de traitement antérieur; pas de phénomènes congestifs.

Deux cas en ville, et un à Beaujon de diarrhée cholérique. — Pas de traitement antérieur; pas de phénomènes congestifs.

Un cas de choléra à Beaujon au deuxième degré. — Peu d'alcool comme traitement antérieur; phénomènes congestifs peu marqués.

Trois cas de choléra à Beaujon au troisième degré. — Collapsus lent à s'établir et durant depuis quelque temps; traitement antérieur par l'alcool à petites doses; réaction avec phénomènes congestifs intenses.

Un cas de choléra au troisième degré à Beaujon, enté sur une fièvre typhoïde. — Sous l'influence du chloralum, réaction; le médicament est suspendu et la mort survient causée par une prostration extrême, comme

---

En résumé donc, ce sont surtout les *importations cholériques* qu'il faut redouter dans le Hedjaz, qui est, sous ce rapport, la véritable porte d'entrée pour l'Égypte.

Si nous voyons en Europe, depuis un certain temps déjà, des explosions partielles de choléra épidémique, on peut néanmoins constater qu'elles vont, d'année en année, s'affaiblissant, et que ces foyers, mal éteints d'anciennes irradiations, foyers, du reste, peu violents et peu expansifs, que ces *queues* de choléra pourraient bien s'épuiser sur place, à la condition, toutefois, qu'il n'apparaîtra pas de nouvelle étincelle, qu'il n'y aura pas de *nouvelle importation* pour raviver l'incendie.

C'est donc le Hedjaz qu'il convient, avant tout, de surveiller. Là aussi, on peut remarquer que les choses ont changé de face.

Ces traînées de choléra sont souvent bien longues et bien persistantes.

Les quatre grandes épidémies qui ont fait des ravages généraux en Europe sont celle de 1830-37, celle de 1847-50, celle de 1852-55 et celle de 1865-67. L'introduction des germes cholériques de l'Inde en Europe, en 1830, en 1847 et en 1865, est un fait bien connu et admis; on peut en suivre la filiation facilement.

« La grande manifestation épidémique de 1817 dans l'Inde, dit M. Fauvel (*op. cit.*), fut l'origine des épidémies qui, à trois reprises différentes, ont envahi l'Europe en 1830, 1847 et 1865. C'est à tort que certains auteurs ont attribué l'épidémie de 1853 et années suivantes à une invasion distincte; cette épidémie ne fut qu'une suite de la maladie importée en 1847, qui avait laissé des foyers çà et là et qui, sévissant en Amérique, fut réimportée de la Havane en Espagne, de là, propagée en France et, plus tard, en Orient. »

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que cette épidémie ne fut qu'une recrudescence de celle de 1847-49; elle doit sa grande virulence à ce qu'elle a envahi des pays qui, depuis assez longtemps déjà, n'avaient pas été éprouvés par le choléra et qui avaient perdu l'immunité temporaire dont ils jouissent

cela a lieu généralement quand le choléra attaque un individu atteint d'une affection grave antérieure.

Il y a donc ici une question complexe que le lecteur de la Gazette hebdomadaire saura apprécier, sans que je sois obligé d'entrer dans des explications plus détaillées.

Un dernier argument, et qui a sa valeur : c'est que pendant douze heures je me suis soumis à la médication par le chloralum à haute dose, et je n'ai ressenti que quelques bouffées de chaleur et une accélération légère de la circulation.

M. Paulier paraît ne pas tenir compte de ce fait que la mortalité est toujours plus considérable au début qu'à la fin d'une épidémie. Il fait mention des bons résultats de ce qu'il appelle « la méthude des indications » ; cependant, dans la salle des femmes cholériques, ce traitement n'avait pas donné les résultats sérieux dont M. Paulier parle, car tous les cas antérieurs aux miens *s'étaient terminés par la mort.*

Pour ramener à sa propre valeur l'idée fondamentale de la médication que je préconise, veuillez, je vous prie, me permettre de reproduire ici quelques extraits du travail que j'ai eu l'honneur de publier dans l'Union médicale sous le titre de *Choléra et chloralum.*

« La cause du choléra, nous la connaissons : c'est un empoisonnement par une substance organique. L'antidote doit exister parmi les agents qui empêcheront le développement de cette substance et qui la rendront inerte et inoffensive... Mais il ne faut pas demander plus à l'antidote du choléra que l'on n'exige d'un contre-poison ordinaire... Si un antidote est administré après que le poison a fait des dégâts considérables, son action sera nulle, du moins douteuse, et pourtant dans ce cas personne ne songera à questionner la valeur du médicament, et l'on reconnaîtra que si l'effet désiré n'a pas été produit, c'est qu'il a été administré trop tard ».

« Il y a dans les maladies dues à un poison organique une période pendant laquelle les substances qui empêcheront son développement seront toutes puissantes ; dans le choléra ce sera durant la période de malaise, pendant la diarrhée du premier degré, quelquefois pendant celle du deuxième degré, pourvu que le collapsus ne soit pas complétement établi ; mais je ne saurais trop insister sur ce point : le succès dépend toujours de l'administration hâtive du contre-poison, et sa valeur augmente en raison directe de l'époque plus rapprochée du début à laquelle il aura été donné .. On traite des cas de choléra à la période du début par un remède, on réussit ; on l'emploie également à une période avancée de la maladie, on échoue, et le monde de s'écrier : le remède ne vaut rien ! J'en appelle à tous les hommes de science, est-ce qu'une pareille conclusion est juste et rationnelle et peut-elle s'appliquer à un remède de la classe des contre-poisons ?... J'avais auparavant réussi dans deux cas de choléra arrivés à la période algide, et quoique persuadé que la valeur de l'antidote diminue d'autant plus que l'on s'éloigne du début de la maladie, je n'étais pas sans espoir de réussir, me basant sur ce fait que, même dans le collapsus, les évacuations eau-de-riz persistent, ce qui indique que le poison est encore à l'œuvre, et que mettre un terme à la destruction de l'épithélium intestinal c'est enrayer l'empoisonnement, et un antiseptique est encore puissant, même à cette période, pourvu que des altérations morbides profondes du sang et des viscères n'aient pas encore été produites... Voici ce qui est arrivé (cas de l'hôpital Beaujon) sous l'influence du chloralum : chez toutes trois les évacuations cholériques ont diminué, puis cessé entièrement... La réaction s'établit rapidement, elle fut même violente, très-intense, avec congestion marquée de la face et suivie de coma plus ou moins profond (autopsies pratiquées par M. Paulier, voy. ses observations)... (Ici la mort était due à l'empoisonnement cholérique, l'état du sang, des reins, de l'urine, du tube digestif, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet. »

Veuillez excuser la longueur de cette lettre : mais le sujet est si important qu'il serait regrettable qu'une fausse impression puisse faire retarder peut être pendant des années l'acceptation d'une méthode qui, basée sur une connaissance des poisons organiques et de leur mode d'action, ouvre une ère nouvelle pour le traitement des maladies septiques du tube digestif.

Veuillez agréer, etc.

Dr Henry Blanc.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, 20 novembre 1873.

Messieurs,

M. le docteur Blanc, dans sa réponse à mon article sur le choléra et le chloralum, m'adresse des reproches que je ne comprends pas. J'ai, dit-il, tronqué sa statistique ; je n'ai parlé que de cinq cas au lieu de huit ou dix ; je n'ai pas compris l'idée fondamentale de sa médication.

Que M. Blanc relise sérieusement l'article en question, il verra que je n'avais à m'occuper ni de sa statistique, ni des cas de choléra qu'il a pu traiter aux Indes ou ailleurs. Je me suis contenté de publier les cinq observations que j'avais recueillies à l'hôpital Beaujon, observations qui justifiaient mon opinion : que les conclusions de M. Blanc sur le chloralum comme antidote du choléra étaient passablement exagérées. Je n'ai parlé et je n'avais à parler que de ces cas-là.

Quant au fond de la doctrine de M. Blanc, à l'idée fondamentale de sa médication, je n'ai pu ni la fausser, ni la faire valoir, par cette simple raison que je n'en ai pas dit un seul mot.

Les reproches, les réclamations de M. Blanc n'ont donc aucune raison d'être, et je n'insiste pas davantage. (Voy. la *Société des hôpitaux*, p. 755.)

Veuillez agréer, etc.,

Armand Paulier,
Interne des hôpitaux (hôpital Beaujon).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Conduites des eaux. Action du plomb. — Communications de MM. *Dumas, Élie de Beaumont, Belgrand* et *Bouillaud.*

Nous revenons sur ce sujet dans l'article *Premier Paris.* Nous nous contenterons ici de reproduire, dans la communication de M. Dumas, le passage suivant :

« Je faisais, il y a longtemps, dans mes cours publics, l'expérience suivante : Cinq flacons renfermant de la grenaille de

---

habituellement aussitôt après l'extinction d'une première poussée épidémique. Il y a donc eu, dans ces circonstances particulières, une sorte de *régénération*, de nouvelle *virginité* du fléau, et partant une violence d'autant plus grande.

M. le docteur Tholozan fait partir de la Pologne où *elle serait née* cette épidémie de 1852 ; de là elle aurait atteint, suivant lui, la capitale de la Russie au mois d'octobre de la même année ; elle y aurait eu sa rémission au mois de mai 1852, pour redevenir véritablement épidémique de 1854 à 1863 (*Origine nouvelle du choléra asiatique*, Paris, 1871).

Griesinger dit aussi à cet égard : « A Saint-Pétersbourg, ces traînées cholériques furent encore plus longues ; elles se continuèrent de 1852 à 1856 et vraisemblablement jusqu'en 1863 (*Traitement des maladies infectieuses*, Paris, 1868).

Quoi qu'il en soit, un fait général se dégage de cette discussion, à savoir que le choléra laisse dans son parcours des foyers qui peuvent rester à l'état d'incubation, d'assoupissement pendant un temps plus ou moins long, pendant la saison froide, par exemple, pour se raviver, une fois les chaleurs revenues, et sous l'influence de causes encore mal déterminées ; ces foyers peuvent persister à la même place, dans les mêmes cantonnements, souvent pendant plusieurs années et donner lieu aussi à des *sortes d'efflorescences* sur différents points de l'Europe ; mais la Conférence sanitaire internationale de Constantinople dit bien nettement : « Si la maladie s'est montrée tenace dans » certaines localités, jamais ces traces prolongées d'une épi- » démie éteinte ne sont devenues le point de départ d'une » épidémie envahissante. En Europe, il a toujours fallu une » importation nouvelle pour faire naître une nouvelle épi- » démie. »

On peut supposer que, dans les contrées de l'Europe où réapparaît le choléra à des intervalles plus ou moins réguliers, sans qu'il y ait de nouvelle importation asiatique, il se trouve des *conditions favorables à l'acclimatation de la maladie*, une sorte d'*influence* dont les éléments nous échappent encore ; néanmoins, il est permis d'espérer que l'amélioration des conditions

plomb, je versais dans chacun d'eux, respectivement : 1° de l'eau distillée ; 2° de l'eau de pluie ; 3° de l'eau de Seine ; 4° de l'eau de l'Ourcq ; 5° de l'eau de puits. Je démontrais, par l'action de l'hydrogène sulfuré, que l'eau du premier flacon accusait presque immédiatement des traces d'oxyde de plomb dissous, tandis que les flacons qui renfermaient de l'eau plus ou moins chargée de sels calcaires n'en contenaient pas.

» La rapidité avec laquelle l'eau distillée se charge de plomb est surprenante. L'effet produit par des traces de sels calcaires pour s'opposer à cette réaction ne l'est pas moins. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces faits de ceux que M. Schlœsing a observés au sujet de l'argile qui demeure indéfiniment en suspension dans l'eau pure et que la plus légère trace de sels de chaux en précipite... »

Sur un point historique relatif a la chaleur animale, par M. *Berthelot*. — Il résulte des calculs de l'auteur, rapprochés de ceux de MM. Andral et Gavarret, que, contrairement à une assertion de Lagrange, la réaction de l'oxygène sur les principes combustibles de l'organisation, même si elle se produisait tout entière dans les poumons, — ce qui n'est pas le cas, — ne donnerait lieu qu'à des effets difficiles à constater, loin de détruire l'organe qui servirait de siége à cette combustion. Les conclusions de Lagrange n'en étaient pas moins conformes à la réalité, quoique fondées sur des prémisses inexactes. Mais ce n'est pas la seule fois dans l'histoire des sciences qu'un argument sans valeur est devenu l'origine de découvertes importantes.

Influence de l'eau employée en boisson sur la propagation du choléra. Note de M. *L. Colin*. — Dans les pays où l'eau employée comme boisson est habituellement souillée par les produits excrémentitiels de l'homme et des animaux, on accepte volontiers la pensée qu'elle constitue le mode essentiel de propagation des épidémies cholériques. Cette explication est inapplicable à la répartition initiale de l'épidémie actuelle à Paris ; elle est, en outre, peu d'accord avec ces circonstances : 1° que lorsqu'un individu atteint de choléra ou de diarrhée cholériforme arrive dans une localité indemne et y transmet son affection, les premières victimes sont les personnes qui ont vécu près de lui et qui lui ont rendu les premiers soins ; 2° que dans les cas si fréquents où un navire, approvisionné d'eau dans une localité salubre, prend des passagers dans une localité suspecte, et où le choléra éclate ensuite à bord, cette eau de consommation, dont l'origine ne peut être suspectée, est maintenue, dans les caisses d'approvisionnement, entièrement à l'abri de toute contamination spécifique ; 3° que le choléra, dans nos pays, suit quelquefois une direction perpendiculaire à celle de nos fleuves, comme en 1832 et en 1848, quand de Calais ou de Dunkerque il a marché sur Paris. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Phylloxera. — Communications de MM. *Ducasse*, *Pagani* et *Desbès* (ce dernier compare au *Phylloxera* le *Pistacia terebinthu*).

Nouvelle application des greffes épidermiques. — M. *Larrey* analyse sommairement un travail de M. *Guipon* (de Laon) sur ce sujet. Le procédé que recommande l'auteur consiste à détacher de la peau de l'avant-bras des lamelles d'épiderme garnies de leur couche celluleuse ou de la superficie du derme et de les juxtaposer plus profondément à la surface de la solution de continuité, en les maintenant bien en place par un pansement contentif. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Ozène. — M. *Rouge* adresse de nouveaux documents relatifs à sa méthode pour le traitement chirurgical de l'ozène. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Action de l'eau aérée sur le plomb, considérée au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale. Note de M. *Fordos*. — « Quand on ajoute du plomb avec de l'eau dans une fiole à médecine, on voit l'eau se troubler rapidement, et bientôt il se forme un dépôt blanchâtre qui n'est autre chose que du carbonate de plomb ou céruse ; en même temps une couche très-légère de céruse se trouve fixée sur les parois du vase et y adhère tellement que l'on ne parvient pas à l'enlever par des lavages répétés. Vient-on à introduire dans la fiole quelques grammes d'eau acidulée par l'acide nitrique (5 grammes pour 1000 d'eau), de manière à pouvoir mouiller les parois, la couche disparaît, le verre devient très-limpide et l'on obtient une dissolution qui précipite en jaune par l'iodure de potassium, en noir par l'hydrogène sulfuré, et en blanc par l'acide sulfurique. Cette dissolution renferme donc un sel de plomb.

» J'ai répété cette expérience avec des flacons et des bouteilles de verre de composition différente, verre blanc, verre vert, verre bleu, verre noir : tous ces verres m'ont donné le même résultat. La quantité de plomb qui reste dans les bouteilles est très-variable ; toutefois dans mes expériences elle ne m'a pas paru dépasser 1 centigramme de plomb par litre ; dans quelques essais de dosage j'ai obtenu de 4 à 6 milligrammes.

» Je me suis alors demandé ce qui arrive quand on introduit dans des bouteilles rincées avec du plomb des liquides alimentaires ou médicamenteux capables de dissoudre la céruse, et j'ai fait les expériences suivantes :

» J'ai introduit dans des fioles de 250 grammes passées au plomb : 1° du vin blanc ; 2° du vin rouge ; 3° du vin de quinquina ; 4° du vinaigre. Au bout de deux jours de contact, j'ai filtré tous ces liquides et je les ai traités par l'hydrogène sulfuré : il s'est produit une coloration brune dans le vin blanc et dans le vinaigre ; cette coloration est masquée par la matière colorante rouge dans le vin rouge et le vin de quinquina. J'ai recueilli sur de petits filtres le sulfure de plomb produit,

---

générales d'hygiène publique et de salubrité, sans cesse croissante, diminuera l'expansion et la gravité de ces manifestations ou éclosions d'anciens foyers ; nous sommes loin, aujourd'hui, des grandes et meurtrières épidémies du moyen âge ; quelques-unes ont entièrement disparu et ne laissent plus d'autres traces qu'un souvenir déjà lointain ; d'autres, au nombre desquelles il faut ranger en première ligne le choléra, par exemple, subiront probablement le même sort ; en tous cas, elles se sont bien amoindries depuis quelques années.

C'est en étudiant sans cesse le *génie* de la maladie aussi bien que ses moindres caprices et en lui opposant les mesures d'hygiène appropriées, qu'on arrivera à le repousser et à le restreindre de plus en plus, jusqu'à l'enfermer dans ses foyers originels.

En 1865, la réapparition persistante de certains foyers cholériques a pu prêter le change, et fournir une thèse aux partisans de l'*origine européenne* de certaines épidémies ; il existe, en effet, des localités où, comme je l'ai déjà dit, il semble y avoir des *conditions favorables à l'acclimatation de la maladie* ; ce sont, par exemple, dans ces derniers temps, les contrées baignées par le Dniéper et le Dniester. Voilà, en effet, quatre années que Kiew, à peu près à la même époque (dès le commencement de la belle saison), devient un foyer de reproduction et d'émission du choléra.

« Ainsi, disait à l'Académie de médecine (séance du 2 juillet 1872) M. Fauvel, il y a encore en ce moment un foyer actif de choléra à l'est de l'Europe, sur la frontière austro-russe et, sur ce point, la route la plus favorable à son invasion dans l'ouest est la vallée du Danube. »

Que si l'on veut envisager de sang-froid et avec impartialité ce qui vient de se passer aujourd'hui (juillet, août et septembre 1873) à cet égard autour de nous, en Europe, on se rendra facilement compte des causes de ces petits foyers cholériques qui ont menacé un peu de tous côtés la France et, la part faite aux exagérations et aux craintes inévitables en pareille circonstance, on ne s'alarmera pas outre mesure de

et, après avoir brûlé les filtres, j'ai traité les cendres par un peu d'acide nitrique dans de petites capsules placées sur un bain de sable. J'ai évaporé à siccité; l'examen des résidus, fait dans les capsules mêmes, indique la présence d'un sel de plomb. Une goutte ou deux de solution d'iodure de potassium (5 grammes d'iodure pour 100 d'eau) donne de l'iodure de plomb jaune, et la solution d'acide sulfhydrique produit une coloration noire; tous les liquides soumis à l'expérience se sont donc chargés d'une quantité notable de sel de plomb. Les faits que je viens de rapporter me paraissent offrir un grand intérêt au point de vue de l'hygiène; car tout le monde sait que l'on est dans l'usage de nettoyer avec du plomb les bouteilles destinées à contenir des liquides alimentaires ou médicamenteux. Ces expériences sont aussi de nature à expliquer la présence fréquente du plomb dans nos organes, constatée il y a plus de trente ans par MM. Devergie et Hervy : ce qui a porté ces deux chimistes à dire que le plomb existe à *l'état normal* dans le corps de l'homme, opinion partagée par Orfila. »

Développement du tissu osseux. Note de M. *L. Ranvier*. — « Je ne m'occuperai que des os en voie de croissance et développés aux dépens des masses cartilagineuses du squelette primitif. Pour les étudier, je me suis arrêté à la méthode suivante : des os d'embryon, séparés des parties molles qui les entourent, leur périoste étant soigneusement conservé, sont placés dans de l'alcool absolu pendant vingt-quatre heures, puis dans une solution saturée d'acide picrique. Lorsque, sous l'influence de ce dernier réactif, les sels calcaires sont complétement dissous, ce dont on juge à la flexibilité de l'os, celui-ci est plongé dans une solution sirupeuse de gomme arabique pendant quarante-huit heures, ensuite dans de l'alcool à 40 degrés. Après l'action de ces divers réactifs, le cartilage, la substance osseuse, la moelle et le périoste ont acquis une même consistance, et il est alors facile de pratiquer des coupes régulières dans des directions déterminées. Ces coupes sont mises pendant vingt-quatre heures ou plus dans l'eau distillée, qui dissout la gomme; après cela, elles sont colorées avec le picrocarminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine pour en faire des préparations persistantes. On peut traiter de la même façon des os dont le système vasculaire a été préalablement injecté avec le bleu de Prusse liquide.

» ... Supposant connue la disposition du cartilage d'ossification, je passe tout de suite à l'observation de la ligne qui sépare l'os en voie de développement de son cartilage primitif. Cette ligne est généralement droite. Le cartilage finit brusquement; commence alors un tissu alvéolaire, dont les travées sont formées par la substance cartilagineuse infiltrée de sels calcaires, et dont les alvéoles correspondent aux capsules primitives. Ces alvéoles présentent de nombreuses communications et constituent un système caverneux, continu, renfermant des vaisseaux sanguins et de la moelle embryonnaire. Sur des préparations injectées et bien réussies, les premiers alvéoles, c'est-à-dire ceux qui font suite au cartilage, présentent chacun une anse vasculaire dont la convexité est en rapport direct avec une capsule secondaire destinée à disparaître bientôt. Je pense que la résorption de cette capsule, qui va mettre la cellule en liberté et concourir à l'agrandissement de l'alvéole, est sous la dépendance de l'accroissement du vaisseau capillaire disposé en anse. »

Après avoir rappelé les caractères distinctifs des parties d'os développées aux dépens du tissu cartilagineux et de celles qui se forment à la surface de l'os, l'auteur s'occupe spécialement de ces derniers : « Sur une coupe longitudinale bien réussie d'un os long d'un embryon de mammifère, passant par l'axe de l'os et comprenant le cartilage épiphysaire, le périoste et l'os proprement dit, il est facile de voir la limite entre l'*os périostique* et l'*os cartilagineux*. Ce dernier occupe le centre et rappelle la coupe longitudinale d'un sablier. L'os périostique forme de chaque côté une figure semilunaire. Il serait possible de représenter l'os, à cette période de développement, par un schéma ainsi compris : un sablier figurant l'os cartilagineux est placé debout dans un vase cylindrique représentant le périoste; l'espace compris entre eux correspondrait à l'os périostique. Cette forme ne se montre pas dans toutes les phases de la croissance d'un os long, mais elle existe toujours à une certaine période du développement, et je la choisis entre les autres parce qu'elle est la plus essentielle.

» Si nous considérons maintenant la ligne d'ossification qui établit la limite de l'os et du cartilage, nous observerons aux extrémités de cette ligne une *encoche* creusée dans le cartilage. Il est clair que cette encoche correspond, sur l'os considéré dans son entier, à une rainure circulaire. C'est sur cette encoche, *encoche d'ossification*, que je désire surtout attirer l'attention, parce qu'on y observe des détails de structure dont on ne peut méconnaître l'importance au point de vue de la formation de l'os. De la voûte de l'encoche d'ossification partent des fibres qui à leur origine se confondent avec la substance fondamentale du cartilage, s'incurvent du côté de l'os embryonnaire et y pénètrent. Le vénérable M. Sharpey a observé, il y a déjà longtemps, dans les os complétement développés, des fibres spéciales qui portent son nom. Il n'est pas douteux que les fibres dont je viens de parler deviendront des fibres de Sharpey, mais elles ne peuvent être encore considérées comme telles; aussi les appellerai je *fibres arciformes*. Il convient d'étudier les fibres arciformes chez les embryons de mouton, parce qu'elles s'y montrent avec une grande netteté. Elles existent cependant chez tous les autres mammifères que j'ai étudiés à cet effet. Dès qu'elles ont dépassé la limite du cartilage, ces fibres sont séparées les unes des autres par des cellules arrondies ou légèrement polyédriques, disposées en traînées. Ces cellules me semblent provenir des cellules du

---

ces réapparitions, qui, pour la plupart du moins, paraissent loin d'avoir le caractère de gravité et de généralisation de celles d'autrefois. Si parfois une de ces manifestations secondaires donne lieu à des expansions considérables et aussi intenses qu'une épidémie nouvelle, cela tient surtout à ce que le choléra fait *retour* dans des pays qu'il n'avait pas visités depuis un certain temps déjà, et qu'il y retrouve alors, comme je l'ai dit tout à l'heure, ce qu'on pourrait appeler une nouvelle *virginité* en s'y régénérant en quelque sorte, ou en y puisant de nouvelles forces; ces mêmes pays peuvent alors être ravagés et aussi cruellement décimés que la première fois.

A. Buez.

(*La fin à un prochain numéro.*)

École de pharmacie. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 12 novembre, M. Chatin est nommé directeur de l'École supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Bussy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire.

Hospice de Bicêtre. — Le mauvais état des anciens bâtiments de Bicêtre a nécessité l'évacuation des salles situées dans l'aile de la grande cour. Les admissions ont été suspendues jusqu'à nouvel ordre, et les pensionnaires qui n'ont pas pu être installés dans les autres bâtiments dépendant de l'hospice recevront une indemnité quotidienne qui leur permet de se loger pendant la durée des travaux.

Légion d'honneur. — Par décrets en date des 10, 12 et 13 novembre, M. Notta, docteur en médecine à Lisieux (Calvados), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

cartilage, devenues libres après la disparition de leurs capsules. Une série d'éléments intermédiaires, dont on ne pourrait donner une idée que par des dessins, viennent à l'appui de cette manière de voir. Ces cellules, nées dans le cartilage et placées entre les fibres arciformes, prennent peu à peu les caractères des cellules que M. Gegenbaur a appelées *ostéoblastes*. C'est sous cette forme qu'on les observe le long des fibres arciformes, lorsque ces dernières pénètrent dans l'os embryonnaire, ou plutôt lorsqu'elles se recouvrent de substance osseuse pour constituer les premières travées sous-périostiques de l'os.

» Les fibres arciformes sont des fibres directrices de l'ossification; on les retrouve dans l'intérieur de l'os et sur des coupes transversales de celui-ci; elles se montrent, dans les systèmes de lamelles intermédiaires, sous la forme de petits cercles ponctués. Sur la face externe du cartilage comprise dans l'encoche, et en deçà de la ligne d'ossification, il se forme une première lame osseuse que j'appelle *écorce osseuse périchondrale*. Celle-ci établira plus tard la limite entre l'os cartilagineux et l'os périostique. »

POLYDACTYLIE. HOMME A HUIT DOIGTS, DIT PIED DE MORAND. Note de M. *A. Lavocat.* — De l'examen du dessin joint au mémoire de Morand (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1770), l'auteur tire les conclusions suivantes : Dans le pied anomal, les pièces constitutives ne s'éloignent de l'état normal que pour se rapprocher du type. Dans la région des doigts, il est évident que trois sont doubles et que, d'après les connexions régulières, ce sont le premier, le troisième et le cinquième : les deux premiers par bifurcation de leur métatarsien, le dernier par duplication complète. Enfin, il est à remarquer que, d'après les observations recueillies jusqu'à présent, ces trois doigts sont précisément ceux sur lesquels la duplication a été constatée le plus souvent. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de l'Eure, du Loiret, d'Eure-et-Loir, de la Vendée, de l'Orne, des Pyrénées-Orientales, de Vaucluse et de l'arrondissement de Gourdon (Lot). (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le compte rendu de la séance de réouverture des cours du Collége des médecins de Newcastle. — *c* Les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées pendant l'année 1872 dans les départements d'Indre-et-Loire, du Loiret et des Pyrénées-Orientales, ainsi qu'une lettre dans laquelle M. le préfet de ce dernier département demande une récompense honorifique pour M. *Radel*, officier de santé. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département du Rhône et deux exemplaires du compte rendu de la commission de vaccine. (*Même commission.*) — *e.* Des échantillons provenant de deux sources situées sur le territoire d'Albertville (Savoie) et pour lesquelles M. *Albertoli* sollicite une autorisation d'exploitation. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Les états nominatifs des officiers, sous-officiers et soldats qui ont fait usage pendant l'année 1872 des eaux thermales d'Hammam-Meskoutin. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit une série de lettres de candidatures de MM. *Jaccoud*, *Bucquoy* et *Villemin*, pour la section de pathologie médicale; de M. *Trélat*, pour la section de pathologie chirurgicale, et de MM. *Rey* et *Mignet*, pour le titre de membre correspondant national.

M. *J. Béclard* dépose sur le bureau un volume intitulé : THÈSES PRÉSENTÉES A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR ÈS SCIENCES NATURELLES, par M. *Joannes Chatin*.

M. *Tardieu* présente, de la part de M. *Fonssagrives*, un ouvrage sur l'hygiène et l'assainissement des villes.

ÉLECTIONS. — Séance d'élection, c'est-à-dire palpitante d'intérêt pour les candidats, fastidieuse pour les votants et surtout pour les assistants.

L'Académie avait à élire un membre dans la section de médecine vétérinaire. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. *Goubaux*; en deuxième ligne, M. *Sanson*; en troisième ligne, M. *Baillet*; en quatrième ligne, M. *Leblanc*; en cinquième ligne, M. *Trasbot*.

Dès le premier tour, il a été facile de voir que la lutte se passerait entre M. Goubaux, présenté en première ligne, et M. Leblanc, qui ne venait qu'en quatrième ligne. La majorité étant de 39, au premier tour M. Goubaux obtient 31 voix, M. Leblanc, 30; M. Sanson, 13; M. Baillet, 2; 1 bulletin blanc.

Au second tour, pas de résultat. Majorité, toujours 39. M. Goubaux obtient 36 voix, M. Leblanc 38, et M. Sanson 2.

Enfin, au troisième tour, M. *Goubaux* est nommé, à une voix de majorité tout juste (38 suffrages). M. Leblanc arrive en seconde ligne avec 37 voix.

SABLE INTESTINAL. — M. *Laboulbène* prend ensuite la parole pour donner lecture d'un travail sur le sable intestinal.

Après avoir énuméré les corps étrangers qu'on trouve le plus ordinairement dans le tube intestinal, pepins, noyaux, objets avalés, calculs biliaires, etc., M. Laboulbène fait remarquer qu'on a montré rarement du sable ou des graviers. Il en trouva pour la première fois en 1868; depuis, son attention ayant été attirée sur cette particularité, il a pu réunir quelques autres cas, et il communique aujourd'hui à l'Académie cinq observations de ce genre.

Ces petits corps étrangers se présentent ordinairement sous la forme de granulations plus ou moins régulières, hérissées de petits cristaux et ressemblant beaucoup à du sable ou à des graviers très-fins. Ils présentent une partie centrale constituée par de la silice et une partie corticale formée presque tout entière de dépôts organiques.

Les personnes chez lesquelles M. Laboulbène les a observés se nourrissaient, paraît-il, de préférence de végétaux.

L'analyse chimique et le microscope ne permettent pas de les confondre avec d'autres corps étrangers ou les petites tumeurs qu'on trouve dans l'intestin comme la gravelle biliaire, les matières stercorales durcies, les concrétions pierreuses provenant de certains fruits, ou enfin certains dépôts de phosphates ammoniaco-magnésiens qu'on rencontre dans quelques cas de fièvre typhoïde.

M. Laboulbène s'est demandé quelle était l'origine de ces corps étrangers; il conclut de ses recherches qu'ils ne peuvent venir que du dehors et dépendent d'une alimentation trop ou exclusivement végétale. Le traitement se déduit tout naturellement de cette donnée étiologique : insister sur l'alimentation azotée et supprimer en partie les végétaux.

M. *Colin* fait remarquer, à propos de cette communication, que ces graviers, si rares chez l'homme, se rencontrent assez fréquemment chez les animaux, surtout chez les chevaux, qui avalent avec leur foin une assez grande quantité de sable ou de cailloux. Ces graviers s'accumulent dans le côlon et se recouvrent à la longue d'une couche de matières organiques.

PRIX AMUSSAT. — M. *Armand Moreau* termine la séance par la lecture du rapport de la commission du prix Amussat, dont les conclusions sont votées en comité secret.

A la suite du rapport, une courte discussion s'engage entre MM. *Colin*, *J. Guérin*, *Giraldès* et *Larrey*, à propos des greffes épidermiques qui font le sujet d'un des mémoires adressés pour le prix Amussat.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

CORRESPONDANCE : CHLORALUM ET CHOLÉRA. — OU EN EST L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE. — ÉTAT DU SANG DANS LE CHOLÉRA A PROPOS DES INJECTIONS VEINEUSES. — INTOXICATION CUPRIQUE, SA FRÉQUENCE, SON SIGNE PATHOGNOMONIQUE. — ARTHRITE DU LARYNX PRÉSUMÉE BLENNORRHAGIQUE.

Dans la correspondance, nous remarquons une brochure sur le choléra et le chloralum du docteur H. Blanc, et une lettre de M. Beaumetz sur ce sujet. Nos lecteurs connaissent les travaux de M. Blanc sur le choléra, sa prophylaxie et son traitement par le chloralum (voy. les nos de l'*Union médicale* d'octobre et novembre 1873).

On sait que M. Blanc est plein d'enthousiasme pour ce chloralum, antidote certain, selon lui, du choléra. Malheureusement, M. Paulier, interne du service de M. Beaumetz, service dans lequel M. Blanc a traité plusieurs cholériques, a protesté dans une lettre insérée dans l'UNION MÉDICALE du 8 novembre, contre les conclusions de M. Blanc (1). M Beaumetz vient aujourd'hui appuyer de son autorité les justes réserves formulées par son interne, M. Paulier. Selon lui, le chloralum n'est pas l'antidote du choléra; cette substance paraît combattre efficacement l'algidité et amener une réaction particulièrement intense, mais la mort n'en termine pas moins la scène. M. Beaumetz déclare que les faits auxquels il a assisté jusqu'ici ne plaident aucunement en faveur du chloralum; les expériences doivent être poursuivies.

— M. *E. Besnier* continue à renseigner la Société sur l'état de l'épidémie.

La décroissance du choléra est aujourd'hui un fait acquis. Les chiffres suivants le prouvent:

Le 13 novembre au matin, il existait dans les hôpitaux de Paris 21 cholériques en traitement. Dans cette journée, un seul cas fut admis dans les hôpitaux; aucun cas intérieur ne s'y est produit. Le soir, on n'y constatait qu'un seul décès: trois sujets en étaient sortis guéris.

Depuis le début de l'épidémie, 432 cholériques ont été traités dans les hôpitaux de la ville. Sur ce nombre, 254 sont morts.

— M. *Hayem*, à propos de l'intéressante communication faite à la précédente séance par M. Potain sur les injections veineuses dans le choléra et sur l'état du sang, revient sur l'anatomie pathologique de la maladie. Ses recherches sont presque sur tous les points en accord avec celles de MM. Kelsch et Renaut.

Pendant la période algide, on observe une déshydratation du sang, conséquence des lésions étendues de l'intestin, lésions très-analogues à celle du catarrhe porté à sa plus haute puissance.

L'épithélium des glandes intestinales tombe ou dégénère. Quant aux glandes elles-mêmes, MM. Kelsch et Renaut admettent qu'elles se détruisent par prolifération des éléments et se transforment en une sorte de bourgeons charnus. M. Hayem s'est assuré par une série de préparations que les glandes ne se détruisent pas, que les follicules clos et agminés de l'intestin sont conservés, mais que leur épithélium est seulement dégénéré. L'opinion de MM. Kelsch et Renaut résulte du mode de préparation qu'ils ont adopté (macération dans la gomme); si l'on fait des coupes dans les tissus frais, on trouve la texture glandulaire.

M. Hayem critique d'ailleurs l'assimilation établie entre les glandes dégénérées et les bourgeons charnus. La structure n'est en aucune façon la même. De plus, les bourgeons charnus ont pour destination de produire des cicatrices. Or, quand on examine l'intestin après guérison du choléra, on ne trouve que le retour à l'état normal et aucune trace de tissu cicatriciel.

La déshydratation a pour effet immédiat de ralentir la marche du sang dans les vaisseaux. Dans des recherches communiquées à la Société de biologie avec M. Hénocque en 1866-67, M. Hayem avait déjà constaté dans le sang des cholériques que les globules étaient mélangés à des globules plus petits. MM. Kelsch et Renaut croient que cela tient à la diminution graduelle d'un certain nombre de globules; M. Ball, dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, accepte cette interprétation. M. Hayem la repousse et y substitue la suivante: on sait que dans la stase sanguine, les globules tendent à passer à travers les parois vasculaires (tous les histologistes, M. Robin lui-même, admettent cette diapédèse); or, au moment où l'on ouvre le vaisseau pour examiner le sang qu'il contient, il peut arriver que plusieurs globules déjà à demi engagés à travers la paroi vasculaire se trouvent entraînés et fragmentés par le courant sanguin qui s'établit par la plaie. C'est là une hypothèse vraisemblable. Elle est confirmée par l'expérience suivante: quand on lie la patte d'un cochon d'Inde, on observe au bout de deux ou trois heures une stase manifeste; la peau est livide, le membre est œdématié. Si alors on vient à piquer la peau et qu'on examine le sang qui s'écoule, on remarque au milieu des globules normaux un assez grand nombre de petits globules et des fragments de globules qui se sont produits par le mécanisme sus-énoncé.

A la période de réaction du choléra, période fort grave, il y a une véritable toxihémie, résultat de la stase. Schiff a démontré que la stase sanguine déterminait une fermentation avec trouble des fonctions du foie, et quelquefois glycosurie. Dans le choléra où la glycosurie n'est pas rare à la période dont il est question, la stase sanguine doit être la cause principale des accidents qui accompagnent et suivent les abondantes déjections.

Si donc il y a un moyen d'empêcher cette stase, de la diminuer, il faut l'employer. Les injections intraveineuses semblent répondre à cette indication, et elles ont donné parfois des succès, mais il faut les employer à temps, au début de la stase, avant, enfin, que la toxihémie qui en résulte se soit produite.

— M. *Libermann* lit une curieuse observation d'arthrite du larynx survenue au moment de la suppression spontanée d'une blennorrhagie.

L'affection laryngée était caractérisée par une douleur circonscrite, un peu de gonflement, une fluctuation assez sensible au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne. L'examen laryngoscopique démontrait du gonflement et de la rougeur de la muqueuse au niveau de l'articulation.

M. Libermann considère cette arthrite laryngée comme de nature blennorrhagique.

— M. le docteur *Bailly*, médecin d'une grande usine, où plus de cinq cents ouvriers travaillent le cuivre, communique un travail intéressant sur l'intoxication cuprique, sa fréquence, et son signe pathognomonique.

Dans ce mémoire, il est question plutôt de l'imprégnation lente de l'organisme par le cuivre, que de l'intoxication caractérisée par des coliques, des vomissements, de la dyspnée, etc. Or, cette imprégnation, d'après M. Bailly, est fréquente chez les individus qui manient le cuivre. Le signe caractéristique de cette imprégnation est un liséré gingival, bleu verdâtre, d'autant plus foncé qu'il est plus ancien, très-marqué au niveau des incisives, manquant souvent au niveau des molaires, très-adhérent et composé d'un acide organique et d'oxyde de cuivre. La présence du cuivre dans ce liséré est facilement décelée par le cyanoferrure de potassium qui, on le sait, produit en présence des sels de cuivre un précipité brun rougeâtre caractéristique.

Le liséré cuprique apparaît assez lentement, en deux ou trois mois chez les ouvriers, quelquefois en moins de temps. M. Bailly l'a constaté chez un ouvrier huit jours après son entrée dans l'usine. Sa disparition est très-lente à se faire: chez des individus qui avaient cessé le travail du cuivre depuis trois mois, il persistait encore.

Dans les ateliers de polisseurs, où l'air est chargé d'une abondante poussière de cuivre, le cuivre se dépose sur les dents et y produit facilement le liséré, mais dans les ateliers où l'on place et l'on compte les pièces, là où il n'y a pas de poussière dans l'atmosphère, on voit aussi survenir le liséré.

Enfin, chose curieuse, les femmes, les enfants des ouvriers de cette usine, présentent également le signe caractéristique de l'imprégnation.

M. Bailly l'a vu aussi survenir sur une cuisinière, après le nettoyage de sa batterie de cuisine, et chez un soldat du génie qui astiquait avec le pouce les boutons de sa tunique.

(1) M. Blanc donne aujourd'hui dans la GAZETTE (page 751) une lettre concernant le débat qui s'est élevé entre lui et M. Paulier. Nos lecteurs auront ainsi sous les yeux toutes les pièces du procès et resteront juges. A. L.

M. Bailly croit qu'il n'y a pas là un simple dépôt du cuivre sur les gencives, mais que le liséré résulte d'une absorption du métal par les voies respiratoires, digestives ou cutanées. Il n'a pas toutefois démontré cette absorption.

M. Bailly termine en insistant sur la valeur du liséré cuprique en médecine légale.

Quant à l'immunité dont jouiraient les individus imprégnés de cuivre relativement au choléra, M. Bailly déclare qu'il n'y croit pas.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bergeron, Hillairet et Bucquoy, rapporteur.

A. Legroux.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

DE LA PACHYMÉNINGITE EXTERNE : M. HAYEM. — LÉSIONS DES CANAUX BILIAIRES DANS LA CIRRHOSE : M. CORNIL. — ÉLECTION.

N'ayant pu assister à la séance, nous reproduisons le compte rendu que notre confrère, M. Reclus, du *Progrès médical*, a bien voulu nous communiquer :

— M. *Hayem :* Je désire faire une communication qui pourrait être intitulée : *Contribution à l'étude de la pachyméningite externe.* Déjà pour ma thèse d'agrégation, j'avais recherché des cas de pachyméningite externe, et M. Charpy, interne distingué de Lyon, m'avait fourni quelques faits des plus probants; malheureusement, l'examen microscopique n'avait pu être pratiqué. Depuis, j'ai pu observer deux cas qui, bien qu'appartenant à la pathologie, non plus humaine, mais animale, n'en présentent pas moins un très-grand intérêt.

Il s'agit de deux lapins : chez l'un, j'avais arraché le nerf sciatique; chez l'autre, j'avais pratiqué une section du même nerf. Au bout de peu de temps, les lapins moururent avec des symptômes de parésie, de contracture, incurvation de la colonne vertébrale, puis paralysie généralisée avec conservation et peut être exagération de sensibilité. A l'autopsie, je constatai des nappes sanguines étendues entre le canal rachidien et la dure-mère. En outre, on pouvait reconnaître l'existence d'une néomembrane qui, adhérente à certains points, flottait en d'autres au milieu du liquide. Le microscope démontrait, dans cette néomembrane, l'existence de vaisseaux nombreux développés au milieu d'un tissu embryonnaire. Ces vaisseaux, au niveau des points adhérents, se continuaient directement avec ceux de la dure-mère. — De ce qui précède, on peut conclure que la néomembrane de la pachyméningite externe ne diffère pas de celle de la pachyméningite interne, si ce n'est en ce que, dans les cas de pachyméningite externe, le tissu est plus embryonnaire et paraît provenir de l'accroissement des bourgeons normaux qui existent à la surface de la dure-mère.

Cette manière de voir me paraît devoir être confirmée par une observation qui vient d'être faite à l'hôpital Lariboisière et qui sera publiée : chez un malade mort avec une paraplégie complète, on a trouvé, sur la surface interne de la dure-mère, un tissu sarcomateux entourant les nerfs qui sortent du crâne et des foyers hémorrhagiques.

—M. *Cornil.* Je viens communiquer à la Société les résultats des recherches que j'ai faites sur l'état des canaux biliaires et sanguins dans la cirrhose.

Le réseau extra-lobulaire des canaux biliaires est seul parfaitement connu; le réseau intra-lobulaire présente encore quelques inconnues, surtout chez l'homme où l'examen ne pouvait être pratiqué que vingt-quatre heures après la mort, ne porte souvent que sur des organes profondément altérés. Cependant on a vu, sur les côtés des cellules hépatiques une espèce d'encoche qui, affrontée à une encoche semblable de la cellule voisine, forme un canalicule biliaire étroit, d'un diamètre de 1 à 2 millièmes de millimètre. Ce canalicule est-il tapissé par un épithélium? Certains auteurs décrivent un simple cuticule, non isolable, adhérant aux cellules hépatiques. D'autres parlent de cellules que révélerait le nitrate d'argent et qui seraient analogues, quoique plus allongées, aux cellules cubiques des canaux extra-lobulaires.

Que deviennent ces canalicules dans les altérations de la cirrhose? Il y a déjà trois ans que j'ai publié les lésions observées au microscope, dans un cas d'atrophie jaune aiguë du foie. La presque totalité des cellules hépatiques avait disparu, et l'on voyait, du pourtour du réseau extra-lobulaire, partir des canaux qui, s'anastomosant les uns avec les autres, formaient un réseau tenant lieu et place des cellules détruites. Dans la cirrhose très-avancée, lorsque le tissu conjonctif de formation nouvelle a fait disparaître le parenchyme de la glande, le microscope révèle un aspect analogue à celui que je décrivais alors. Les lobules sont atrophiés et des canaux extra-lobulaires se détachent des canaux qui se réunissent et s'abouchent à de nouveaux canaux. Ceux-ci ont, du reste, une structure identique avec celle des conduits extra-lobulaires; comme eux, ils ont une membrane limitante recouverte de cellules cubiques, peut-être un peu plus allongées et pavimenteuses dans les plus fins ramuscules du réseau. Quelle est l'origine de ce réseau? Est-il dû au bourgeonnement des canaux extra-lobulaires, ou bien est-ce un réseau préexistant devenu visible par suite de la destruction des cellules? Nous pencherions plutôt vers cette dernière hypothèse tout en déclarant téméraire une affirmation absolue dans un sens ou dans l'autre. — Dans la prochaine séance, j'exposerai l'état des vaisseaux sanguins dans la cirrhose.

—Dans cette même séance, la Société a procédé au vote pour la nomination d'un membre titulaire. M. Hénocque a été élu par 18 voix sur 29 votants, M. Malassez a obtenu 8 voix et M. Javal 3.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MIALHE.

ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE PENDANT L'ACCÈS DE COLIQUE HÉPATIQUE : M. MARTINEAU. — INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE MORPHINE DANS LA COLIQUE HÉPATIQUE; DÉFAUT DES SERINGUES A INJECTIONS; SOLUTIONS A LA GLYCÉRINE : M. CONSTANTIN PAUL. — PRÉSENTATION D'APPAREILS; OBTURATEUR POUR LA HERNIE OMBILICALE : M. CONTANTIN PAUL.

On se souvient que dans la dernière séance M. *Martineau* avait attiré l'attention de ses collègues sur l'élévation de la température au moment et pendant toute la durée de l'accès de colique hépatique. La malade qui avait fait le sujet de cette observation et qui avait quitté l'hôpital y a été ramenée pour une nouvelle attaque. Cette fois la température s'est élevée à 42°,6. Mais, comme dans les précédents accès, le pouls n'a pas été compté. Malgré cette lacune regrettable, le fait n'en mérite pas moins de fixer l'attention.

— M. *Constantin Paul* présente treize calculs, dont un assez volumineux, qui viennent d'être rendus par une de ses malades. Les circonstances au milieu desquelles s'est produite cette expulsion semblent confirmer la supériorité de l'injection sous-cutanée de morphine sur tout autre traitement. Quatre de ces calculs ont été rendus après deux injections de 0,02 de chlorhydrate de morphine. Avant l'injection, quatre médecins avaient successivement, mais en vain, pratiqué des onctions belladonées ou opiacées, et donné l'opium à l'intérieur.

M. Paul voit là la confirmation de ce qui a été dit à la Société par lui-même, ainsi que par MM. Dujardin-Beaumetz et Bordier, à savoir que la morphine ne supprime pas seulement la douleur, mais qu'elle supprime le spasme; la colique, dit-il, est contraire à l'expulsion; le spasme fixe le calcul. En faisant cesser le spasme on donne au calcul toutes les chances de sortie.

Il insiste en outre sur ce fait, plus important par ses conséquences qu'il ne l'est dans l'espèce, de quatre médecins successifs qui tous parlent comme dernière tentative dans l'avenir de l'injection sous-cutanée, mais semblent tous reculer devant ce qu'on ne peut nommer, cette opération.

Cela tient à ce que beaucoup de médecins craignent, à tort, les conséquences de l'injection. Cette crainte a peut-être pour base le souvenir d'accidents plus ou moins graves survenus dans la pratique de chacun d'eux. Or, si des accidents sont survenus, il en faut chercher la cause dans l'inégalité de calibre de nos seringues à injection. On n'agit, le plus souvent, que d'une façon approximative, toutes les fois qu'on ignore, comme cela est le cas le plus général, quelle est la contenance de la seringue dont on se sert. M. Paul conseille donc à chaque médecin de faire titrer sa seringue. Il veut, en outre, que, se servant d'une même seringue titrée, on se serve aussi d'une même injection également bien titrée et à soi. Le seul obstacle que rencontre cette précaution, c'est la présence des algues qui ne tardent pas à se développer dans la solution de l'alcaloïde.

M. Paul est parvenu à éviter cet inconvénient en faisant faire une solution avec la glycérine pure. Il possède ainsi, depuis plusieurs mois, une solution à la glycérine, dont il se sert exclusivement et qui, en effet (M. Paul la montre à la Société), est d'une transparence absolue.

Cette solution, dit M. Constantin Paul, n'occasionne pas plus de douleur que la solution dans l'eau distillée; elle est la seule qui ne soit pas pour les algues un milieu favorable. Dans des expériences communes avec M. Adrian, M. Paul a essayé un mélange d'eau, d'alcool et de glycérine; ces solutions au bout de quelque temps renfermaient des algues.

Quant à l'habitude de compter par gouttes, elle est défectueuse, car non-seulement les seringues n'ont pas le même volume intérieur, mais elles ne donnent pas pour le même poids de liquide le même nombre de gouttes. Il est bien plus simple, dans les hôpitaux par exemple, d'indiquer la quantité d'alcaloïde à injecter que le nombre de gouttes. C'est à l'opérateur à savoir le cube exact de sa seringue et le titre précis de sa solution.

M. *Limousin* ajoute que les algues ne sont pas le seul inconvénient des solutions de chlorhydrate de morphine dans l'eau, ces solutions renferment souvent des cristaux qui sont une cause d'irritation. Il rappelle les tentatives faites contre cet inconvénient par M. Adrian. La présence des cristaux tient à la réaction acide et par suite favorable aux cristallisations de la solution de chlorhydrate de morphine; or M. Adrian a présenté jadis à la Société de thérapeutique des solutions où il avait mis séparément l'alcaloïde et l'acide, en laissant toujours un excès d'alcaloïde. Le sel se formait ainsi dans la solution sans excès d'acide. M. Adrian avait même, à ce propos, constaté que, du chlorhydrate, de l'acétate et du sulfate, c'était le chlorhydrate qui contenait le plus d'alcaloïde.

Tout en reconnaissant la justesse des remarques de M. C. Paul relativement aux craintes mal fondées qu'éveille dans l'esprit de quelques médecins l'usage des injections sous-cutanées, il faut faire une différence à cet égard entre la morphine et l'atropine.

Sans doute, M. *Delioux de Savignac* a pu voir un narcotisme de quinze heures survenir à la suite d'une injection de 1 centigramme chez une femme; néanmoins, ainsi que M. *Bucquoy* a tenu à le constater, pour bannir les craintes des plus timorés, on peut dire que la morphine n'a jamais donné d'accidents sérieux quand on l'a employée aux doses qu'on pourrait nommer classiques. M. Bucquoy a même vu la dose énorme de 1 gramme en deux jours passer inaperçue. Nous ne conseillerons pas néanmoins de se fier à un pareil précédent.

M. *Second-Féréol* témoigne, de son côté, de l'usage qui se fait *larga manu* des injections de morphine à la Maison de Santé, sans le moindre accident.

Il n'en est pas de même de l'atropine; c'est ce qu'il est important de ne pas oublier.

M. *Crequy* a vu, par suite d'une erreur sur le nombre de tours du piston, une injection de 7 milligrammes d'atropine faite pour 35 décimilligrammes, donner lieu à des accidents qui n'ont pas été mortels, mais effrayants.

— M. *C. Paul* présente à la Société un petit appareil qu'il a fait fabriquer pour la réduction de la hernie ombilicale si fréquente chez les petites filles. Il consiste en une sorte d'obturateur discoïde muni à son centre d'une demi-sphère de caoutchouc qui s'implante dans l'orifice ombilical et maintient l'appareil en place à la façon d'un pivot, tout en réduisant la hernie. Cet appareil est de beaucoup supérieur à la ceinture à pelote, qui a l'inconvénient de serrer l'abdomen et dont la pelote est appliquée par les nourrices partout, excepté sur l'ombilic.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

De la puissance d'inoculabilité du virus syphilitique, par les docteurs BOECK et Axel SCHEELE (de Christiania).

L'étude des conditions d'inoculabilité du virus syphilitique offre une importance si considérable, qu'il est intéressant de signaler toutes recherches faites sur ce sujet. Boeck et Scheele ont entrepris une série d'expériences dans le but de résoudre certaines questions encore peu connues de la puissance du virus syphilitique, telles sont : la durée pendant laquelle le virus reste inoculable, l'influence du froid, du dessèchement, du mélange avec diverses substances. Douze expériences ont été pratiquées avec le virus syphilitique conservé dans des tubes à vaccin; dans les tubes gardés de un à cinq jours, toutes les inoculations ont réussi; mais avec six à huit jours de conservation les résultats ont été négatifs.

Le virus conservé entre des lamelles de verre creusées d'une cellule devient inactif au bout de trois jours.

Sous le rapport de l'action de la température, huit expériences ont été faites avec le virus exposé à un froid de —7 à —20° centigrades, elles ont toutes donné des résultats positifs. Le virus, chauffé dans un tube à vaccine de 37 à 45 degrés, a été inoculé, mais à 50 degrés les résultats sont négatifs. Cependant le virus renfermé dans de l'eau à la température de 50 degrés est resté inoculable.

Vingt cinq expériences ont été faites avec des croûtes de pustules syphilitiques. Celles-ci étaient inoculables pendant six jours, après ce temps les résultats deviennent douteux, cependant on a pu encore inoculer au bout de douze jours. Desséché sur une lancette, le virus se comporte de même; déposé et desséché sur du linge, et rendu humide à nouveau, il n'a pu être inoculé, même au bout de deux jours.

Le virus mélangé à diverses substances a produit des résultats très variés. Lorsque le mélange est fait avec de l'eau, soit 1 partie de virus pour 100 d'eau, les résultats sont toujours positifs, lorsqu'il est dilué au trois-centième les résultats deviennent douteux, au six-centième ils sont négatifs. Mêlé avec égale quantité d'une solution de carbonate de potasse au tiers, le virus est inactif; mais si pour 1 partie de solution on met 2 parties du virus, ou 3 parties de virus et 2 parties de la solution, l'inoculation peut être positive. L'huile d'olive n'entrave pas l'inoculation, même lorsque le mélange est fait dans la proportion de 1 partie de virus pour 50 d'huile. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv* 1872, et *The British and Foreign. med.-chir.*, *Review*, juillet 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel complet de médecine légale, par MM. Briant et Chaudé, avec **Traité élémentaire de chimie légale**, par J. Bouis. — Neuvième édition. — Chez J. B. Baillière, in-8, 1084 pages.

La dernière édition de cet ouvrage datait de 1869. Elle était déjà épuisée. D'ailleurs, un traité de médecine légale vieillit rapidement. L'immense variété des matières qu'il embrasse en est la principale cause. Chaque jour les questions médicolégales se présentent sous des aspects imprévus; l'expert se trouve aux prises avec des difficultés inconnues pour la solution desquelles de nouveaux procédés deviennent nécessaires; et ceux-ci se renouvellent incessamment et parallèlement aux progrès des sciences dont ils relèvent.

Le plan primitif du livre peut être conservé, mais les divers chapitres demandent des remaniements et des additions continuelles.

Les auteurs du Manuel de médecine légale ont dû, dans cette nouvelle édition, mettre leur livre au courant des recherches les plus modernes : ils y ont pleinement réussi. Les divers chapitres que nous avons parcourus ont reçu tous les développements qu'ils comportent, et la sécheresse inhérente aux descriptions purement dogmatiques est heureusement tempérée par des observations bien choisies qui éveillent et soutiennent l'attention du lecteur.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la médecine légale proprement dite. La seconde (celle qui a reçu dans les précédentes éditions le plus complet remaniement) traite de la chimie légale.

Tel qu'il est ce n'est plus, à proprement parler, un manuel, mais bien un traité complet également propre à servir, à titre de livre classique, à l'instruction des élèves, et à donner aux médecins sur toutes les questions de médecine légale tous les renseignements historiques et pratiques qui leur sont nécessaires. B

Index bibliographique.

Guide pour l'analyse de l'urine, des sédiments et des concrétions urinaires au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur Arthur Casselmann, traduit de l'allemand, par M. G. E. Strohl, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Nancy. — Brochure in-8. — C. Reinwald et Cᵉ, Paris.

Ce petit traité de 64 pages renferme l'histoire complète de l'urine tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, divisée en sept chapitres; dans les premier et deuxième, l'auteur, après avoir donné la définition de l'urine, énumère et décrit les éléments normaux et constants de l'urine et leur proportion, l'action des divers réactifs et les fermentations qu'elle peut éprouver. Le second chapitre est consacré aux propriétés chimiques et aux réactions de l'urine, ainsi qu'aux indications qu'on peut en tirer pour le diagnostic. Dans les troisième et quatrième, l'auteur s'occupe de l'étude des éléments normaux et anormaux de l'urine, de leur manière d'être dans l'urine normale et pathologique, de leur recherche chimique et de leur dosage par des procédés simples et expéditifs. Les cinquième et sixième chapitres sont consacrés à l'étude des sédiments urinaires et aux instructions pratiques sur la marche à suivre dans l'analyse qualitative et quantitative de l'urine. Le septième chapitre enfin s'occupe des concrétions urinaires (gravier et calculs), de leur constitution, de leur composition et de la marche à suivre pour leur examen. Cet ouvrage se termine par un tableau indiquant les variations, en vingt-quatre heures, des quantités d'urine et de ses principaux éléments dans les diverses maladies; il contient, en outre, deux planches de figures représentant la forme des différents sédiments de l'urine.

On voit, d'après cet exposé, que par son habile disposition et son peu d'étendue, cette publication est appelée à rendre de grands services à l'étude médicale. J. P.

Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, par le docteur Handvogel. — Paris, 1873. A. Delahaye.

L'auteur, trouvant que le mot de circoncision n'exprime pas d'une façon assez précise l'idée d'ablation du prépuce, propose le mot d'*orlatomie*, alliance d'un mot hébreu, *orla*, prépuce, et du verbe grec qui a été l'origine de la terminaison *tomie*, si souvent employée. L'auteur a prévu les objections des *puristes* à l'égard de ce barbarisme. Nous croyons, sans nous flatter de mériter ce reproche de l'auteur, que nous éprouverons toujours une grande répugnance à dire qu'Abraham a pratiqué sur lui et sur tous les mâles de sa tribu l'*orlatomie*, qu'il s'est orlatomisé lui-même. L'auteur propose un nouvel instrument pour la circoncision, et dont il se sert avec succès.

Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale, par le docteur Armaingaud (de Bordeaux). — In-8 de 60 pages. Paris, 1873. A. Delahaye.

Ce travail, à la fois original et intéressant, se compose de trois parties. Dans la première, l'auteur rapporte seize observations de névralgies diverses offrant toutes le point apophysaire de Trousseau, et dont quelques-unes présentent des particularités très-dignes d'attention; d'autres sont malheureusement un peu trop succinctes.

Dans la seconde partie, il cherche à établir l'existence, en tant qu'espèce morbide distincte, de l'affection décrite par les médecins anglais et américains sous le nom d'*irritation spinale*, qui a été contestée par la plupart des pathologistes français, et il montre les analogies que présente cette dernière affection, d'une part avec les névralgies accompagnées du point douloureux apophysaire et d'autre part avec les affections que le docteur Cahen a décrites sous le nom de *névroses vaso-motrices*.

Dans la troisième partie, il présente quelques considérations sur la fièvre intermittente et le goître exophthalmique, envisagés comme névroses vaso-motrices d'*origine spinale*.

Enfin, au point de vue pratique, il appelle l'attention sur un mode de traitement qui lui a paru très-efficace dans un grand nombre de maladies nerveuses, spécialement dans les névralgies rebelles et dans l'irritation spinale : ce sont des applications locales révulsives sur la colonne vertébrale.

Nous allons résumer ici les conclusions que l'auteur tire de cette étude :

1° Un grand nombre de névralgies présentent, indépendamment des points douloureux fixes que cet auteur n'a point décrits, un point douloureux siégeant au niveau d'une ou de plusieurs apophyses épineuses des vertèbres.

On constate l'existence de ce point douloureux en pressant successivement sur toutes les apophyses épineuses à partir de la première vertèbre cervicale. Il est nettement distinct du point dorsal de la névralgie intercostale; celui ci siége dans la gouttière vertébrale, celui-là sur les apophyses épineuses elles-mêmes.

2° Ce point douloureux apophysaire paraît se rencontrer surtout dans les névralgies anciennes, rebelles aux différents traitements ou récidivantes.

3° Lorsqu'il existe, les applications révulsives sur la colonne vertébrale (sangsues, vésicatoires, pommade stibiée, etc.) amènent plus sûrement la guérison des névralgies que les applications faites sur les autres points douloureux.

II. « L'*irritation spinale* est une espèce morbide distincte, constituée dans sa forme complète par la réunion de quatre phénomènes morbides principaux : points douloureux le long des apophyses épineuses, irradiations névralgiques de cette douleur rachidienne, surtout lorsqu'elle est provoquée, troubles vaso-moteurs et sécrétoires localisés dans une ou plusieurs régions du corps.

Les névralgies avec douleur apophysaire d'une part, certaines névroses vaso-motrices et hypercriniques d'autre part, semblent n'être que des formes incomplètes, des degrés différents ou des modalités diverses de cette même affection.

Le docteur Armaingaud semble disposé à admettre trois formes ou degrés principaux d'irritation spinale : A. *Irritation spinale exclusivement hyperesthésique* (névralgie avec point apophysaire). B. *Irritation spinale exclusivement vaso motrice ou sécrétoire*, ou névroses vasomotrices d'origine spinale (goître exophthalmique, ptyalisme idiopathique, etc.). C. *Irritation spinale à la fois névralgique et vaso-motrice.*

Il y a lieu d'établir, suivant lui, entre les névroses vaso-motrices, une distinction analogue à celle qui sépare les névralgies d'origine périphérique des névralgies d'origine centrale.

« Enfin, dit-il en terminant, après le succès obtenu par les révulsifs appliqués sur le point apophysaire des névralgies et de l'irritation spinale, il est rationnel de penser que les mêmes applications pourront rendre de grands services dans certaines névroses vaso-motrices, telles que le goître exophthalmique, la migraine et même dans la fièvre intermittente.

Les observations de Malone et de Stilling, en même temps qu'elles justifient la conclusion précédente, viennent à l'appui de la théorie qui localise le déterminisme vaso-moteur initial de la fièvre dans la moelle et non dans le grand sympathique.

VARIÉTÉS.

Université américaine de Philadelphie. Grades universitaires en vente. — Nos lecteurs n'ont pas oublié peut-être les diverses informations que nous leur avons données au commencement de cette année (n°s 5, 6 et 7) sur une fabrique de *diplômes de l'université de Philadelphie*, établie à Jersey et dirigée par un certain docteur Van der Yver, lequel, du reste, nous a fait l'honneur de nous écrire pour confirmer le fait et même nous faire part de ses succès. A cette époque, nous eûmes à Paris quelques relations avec un très-distingué confrère pensylvanien qui nous manifesta l'intention de prendre, à son retour dans son pays, des renseignements sur les sources de cet honnête commerce, et, s'il y avait lieu, d'essayer d'y mettre un terme. C'est sans doute aux soins de ce confrère qu'est due l'agitation qui vient de se produire à ce sujet en Amérique, et dont le New-York Times se fait l'écho dans un article traduit par l'Union médicale.

Le journal américain constate que les prétendus diplômés d'*American University of Philadelphia* produisent un double mal : d'abord en cachant leur incapacité dans des campagnes dépourvues de médecins compétents ; ensuite en provoquant une confusion entre cette *université de Philadelphie* et l'*université de Pensylvanie*, qui jouit d'une excellente renommée scientifique. Cette dernière remarque répond à une des préoccupations que nous avions exprimées (n° 7, page 101), à savoir : si la fabrique de Jersey était bien une succursale frauduleuse de la grande institution américaine. Non, elle n'a et n'a eu aucun rapport avec aucun des membres de l'université de Pensylvanie. Elle opère isolément, pour son compte propre. Mais opère-t-elle légalement? Est-il possible que légalement quelques soi-disant *délégués* confèrent à Jersey au premier venu des diplômes américains? Eh bien, oui! du moins est il sûr que cette université de Pensylvanie a une existence garantie par une charte que la législature locale lui a accordée le 26 mars 1867. On doute seulement si la charte a été abrogée; il est plus probable qu'elle ne l'a pas été, puisqu'à la suite d'une enquête faite sur les agissements de l'université par la législature de Pensylvanie, enquête que nous avons rappelée (*ibid*), le juge Agnew a rendu un jugement portant « qu'un comité de la législature n'a pas le pouvoir judiciaire de faire des investigations sur les actes d'une corporation, et de déclarer que cette corporation a été coupable d'actes illégaux ». Heureusement il ne suit pas de là que le mal soit sans remède, et le conseil communal de Philadelphie a sollicité de l'attorney général un writ pour que les actes de l'institution soient soumis à une nouvelle enquête. C'était aussi la conclusion de nos articles.

Choléra. — On mande de la Valette (Malte), le 13 novembre, au Times : « La quarantaine à l'arrivée des navires venant des ports de la Turquie et de la mer Noire est supprimée. »

— Malte, le 18 novembre. — La quarantaine établie pour les navires arrivant de Marseille et des autres ports français de la Méditerranée est réduite à trois jours.

Fièvre jaune. — La fièvre jaune continue ses ravages aux États-Unis. A Shreveport, elle s'est étendue sur les plantations avoisinantes. A Memphis, il est mort en un jour 42 personnes, et 600 malades étaient en traitement au départ du dernier courrier. Le fléau ne paraît pas en décroissance. De Washington, de Louisville et de Nashville sont arrivés des secours pour les habitants des localités infectées qui prennent la fuite afin d'échapper à la contagion.

Réorganisation de l'enseignement a l'École de médecine de Bordeaux. — Par un décret du Président de la République française, en date du 18 septembre 1873, l'enseignement est réorganisé, ainsi qu'il suit, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

1° Anatomie ; 2° physiologie ; 3° pathologie externe et médecine opératoire ; 4° pathologie interne ; 5° clinique externe (deux chaires) ; 6° clinique interne (deux chaires) ; 7° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 8° thérapeutique ; 9° histoire naturelle médicale ; 10° pharmacie et matière médicale ; 11° chimie et toxicologie.

Par un arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 24 septembre 1873, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeur de chimie et toxicologie (chaire transformée), M. Micé, professeur d'histoire naturelle médicale ;

Professeur d'histoire naturelle médicale, M. Perrens, chef des travaux chimiques ;

Professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. de Fleury, professeur de thérapeutique et matière médicale ;

Professeur de pharmacie et matière médicale, M. Métadier, professeur de chimie, pharmacie et toxicologie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Estor, agrégé.

M. Garimond, agrégé libre (section de chirurgie), est rappelé à l'activité pour trois ans à partir du 1er novembre 1873, en remplacement de M. Gayraud, qui est en congé.

M. le docteur Serre (Jean-Hubert), né à Béziers (Hérault) le 7 juin 1844, est institué agrégé stagiaire (section de chirurgie et accouchements), par suite du concours ouvert le 1er avril 1872.

Hospices de Grenoble. — Concours : 1° pour deux places de médecin-adjoint ; 2° pour deux places de chirurgien-adjoint.

L'administration des hôpitaux et hospices de Grenoble donne avis que le 2 mars 1874, il sera ouvert un concours public à deux places de médecin-adjoint et à deux places de chirurgien-adjoint.

— Un monument vient d'être élevé à la mémoire du docteur Ceccaldi, médecin inspecteur du service de santé à Evisa (Corse), sa ville natale.

Installation d'une infirmerie centrale a la prison de la Santé. — Dans la séance du 13 novembre 1873 du Conseil général de la Seine, M. le rapporteur rappelle que le Conseil a ajourné le vote du crédit demandé de 773 16 francs, afin d'entendre les explications de M. le préfet de police. Après ces explications et quelques remarques de MM. Denaul, Desouches et Loiseau, le crédit est adopté.

— M. le docteur Onimus commencera son cours sur l'*électricité médicale*, le mardi 25 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. — Les premières leçons traiteront des applications de l'électricité à la chirurgie.

État sanitaire de Paris :

Du 8 au 14 novembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 763 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 22. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 47. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 265. — Affections chroniques, 298, dont 159 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 21.

Londres : Population, 3 356 073 habitants. — Décès du 2 au 8 novembre 1873, 1832. — Variole, 1 ; rougeole, 116 ; scarlatine, 17 ; fièvre typhoïde, 25 ; érysipèle, 12 ; bronchite, 386 ; pneumonie, 128 ; dysentérie, 1 ; diarrhée, 18 ; choléra nostras, 0 ; diphthérie, 7 ; croup, 16 ; coqueluche, 49.

Sommaire. — **Paris.** Emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables. — **Travaux originaux.** Physiologie pathologique : De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. — Clinique chirurgicale : De l'asphyxie pouvant survenir pendant l'ablation des tumeurs cervicales par l'écrasement linéaire. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — **Revue des journaux.** De la puissance d'inoculabilité du virus syphilitique. — **Bibliographie.** Manuel complet de médecine légale. — Index bibliographique. — **Variétés.** Grades universitaires en vente. — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Origine de la syphilis, par E. Bassereau. In-8 de 50 pages. Paris, 1873, J. B. Baillière et Fils. 1 fr. 50

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation progressive, par T. B. Curtis, travail couronné par la commission du prix Civiale pour l'année 1872. In-8 de 112 pages. Paris, 1873, J. B. Baillière et Fils. 2 fr. 50

Nouveau dictionnaire de thérapeutique comprenant l'exposé des diverses méthodes de traitement employées par les plus célèbres praticiens pour chaque maladie, par le docteur J. C. Gloner. 1 vol. in-12 de VIII-805 pages. Paris, 1874, J. B. Baillière et Fils. 7 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 27 novembre 1873.

Académie de médecine : DE LA GREFFE ÉPIDERMIQUE : MM. J. GUÉRIN, COLIN, GIRALDÈS, LARREY. — CHOLÉRA. — ENCORE LE CHLORALUM.

La lecture du rapport de M. Moreau, dans la séance du 18 novembre, a soulevé une courte discussion qui n'est probablement que la préface d'un examen plus approfondi d'une question offrant autant d'intérêt pour le physiologiste que pour le chirurgien. Il s'agit des *greffes épidermiques*, qui, depuis la première publication de M. Reverdin, en 1869, à la Société de chirurgie, ont été acceptées par les chirurgiens, non sans subir des modifications dans le procédé opératoire.

Nous ne reprendrons pas un historique déjà exposé (voy. *Gaz. hebd.*, 1872, p. 177 et 194); mais les observations faites par MM. Colin, J. Guérin, Giraldès et Larrey, sur le titre donné par l'auteur à sa découverte, nous démontrent qu'il est nécessaire, dès maintenant, d'établir rigoureusement la valeur des termes employés. Il paraîtrait qu'un tel accord n'est pas des plus faciles, à en juger par la lecture des observations déjà si nombreuses de greffes épidermiques, dermo-épidermiques, dermiques ou cutanées; car dans bien des cas les auteurs n'ont pas nettement distingué la quantité plus ou moins grande de l'épiderme ou du derme qui a été transplantée. Les uns ont cherché à ne prendre comme élément de la greffe que l'épiderme uni à la partie active de cette membrane; mais, pour être sûr de prendre la couche de Malpighi, il est inévitable d'atteindre l'extrémité des papilles, car la couche de Malpighi n'est pas une surface plane, mais bien irrégulière, anfractueuse, hérissée de papilles dont elle suit les contours. Il résulte de cette disposition que dans la pratique on a fait des greffes ou des transplantations épidermiques comprenant à la fois la couche active et vivante de l'épiderme et quelques portions accessoires du derme; c'est à elles qu'on a donné le nom de greffes épidermiques. Certains chirurgiens ont pris une portion notable du derme, d'où le nom de greffes dermo-épidermiques. D'autres, comme M. Ollier, ont réellement transplanté le derme dans toute son épaisseur (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 194). Enfin, on a depuis longtemps employé comme moyen d'anaplastie la transplantation de toute la peau, ou greffe cutanée.

Autant il est logique de distinguer les transplantations cutanées et les greffes comprenant la plus grande partie du derme, d'avec les greffes épidermiques qui renferment la couche cornée avec une partie de la couche de Malpighi, autant il serait difficile de distinguer anatomiquement les greffes comprenant une parcelle du derme provenant de l'abrasion des papilles, d'avec la greffe constituée seulement par la couche cornée doublée de la couche muqueuse ou couche épithéliale véritablement vivante. Dans la pratique on peut distinguer en premier lieu la greffe cutanée, dans laquelle toute la peau fait partie du segment transplanté; en second lieu, la greffe épidermique, dans laquelle le tissu dermique entre en proportion aussi faible que possible, et qui comprend comme partie active la couche de Malpighi; en troisième lieu, la greffe dermo-épidermique, dans laquelle il y a à la fois une portion notable du derme et toute la couche épithéliale qui la recouvre. Cette greffe mixte a obtenu de nombreux succès dans la pratique. Des considérations opératoires de ce genre ont sans doute inspiré M. J. Guérin lorsqu'il a proposé la dénomination de greffe dermo-épidermique, dans la crainte que l'Académie ne couronnât «un travail dont le titre fait supposer qu'on puisse faire des greffes uniquement avec l'épiderme».

Si nous nous plaçons au point de vue de la physiologie pathologique, prenant en considération les recherches histologiques de Reverdin, Morat, Colrat, cette question de dénomination nous apparaît facile à résoudre. En effet, la partie active de la greffe épidermique, c'est la couche vivante de l'épi-

FEUILLETON.

Excursion médicale à Bude-Pesth.

Nous avons reçu d'un de nos collaborateurs de Paris, revenant d'un voyage en Hongrie, son pays natal, des détails dont nous extrayons les passages suivants :

L'école de médecine de Pesth est actuellement, à la langue près, exactement façonnée sur celle de Vienne. Il y a peu d'années encore, quelques cours se faisaient en latin, la plupart des autres en allemand ou dans les deux langues, germaine et magyare. Il en est autrement aujourd'hui, l'enseignement a lieu exclusivement en hongrois. Depuis que les pays de la couronne de saint Étienne ont récupéré leur autonomie, c'est le hongrois qui est la seule langue officielle de l'enseignement, de la juridiction, de la diète, etc. C'est là incontestablement une grande conquête nationale, mais on peut se demander si l'adoption exclusive de l'idiome touranien constitue bien un avantage pour les sciences, les arts et la diplomatie. Je me souviens encore de la nécessité pour quelques professeurs très-distingués, et venus de diverses provinces de l'empire, de renoncer à leur chaire pour n'avoir pas pu, du jour au lendemain, enseigner en magyare. Je ne nommerai qu'un d'entre eux, Jean Czermak (de Prague), qui cependant, à Pesth même, étant professeur de physiologie, a doté la science du laryngoscope et de la laryngoscopie, instrument et méthode; sans compter que, par un grand nombre de recherches, il avait acquis des titres sérieux à la physiologie. Cet homme éminent, jeune encore (il avait quarante-deux ans), vient de succomber à une affection qui le minait depuis longtemps. Professeur à Leipzig depuis quelque temps, il m'exprimait, chaque fois qu'il venait à Paris, ses regrets d'avoir été obligé de quitter Pesth, regrets qui doivent être bien vivement ressentis en Hongrie, maintenant que la perte est irréparable.

Il est incontestable que la langue magyare est très-riche e-

derme; non pas cette couche cornée qui est en quelque sorte un produit organique à l'état voisin de la caducité, destiné à s'échapper de l'organisme au moindre contact, mais la couche de Malpighi, dans laquelle, à la partie la plus profonde, les cellules épithéliales sont en quelque sorte adultes, à peu près cylindriques, gonflées de liquide, présentant des phénomènes osmotiques actifs, et subsistant au-dessous de la vésicule des vésicatoires. Cette couche épithéliale, qu'on ne sépare point de la couche la plus superficielle du derme dans laquelle se forment les cellules épithéliales, peut se comparer à la couche profonde qui unit le périoste et l'os, et c'est au-dessous d'elle que naissent les cellules épithéliales.

Transportez sur les bourgeons charnus d'une plaie le corps muqueux de la peau, et, pour être bien sûr de le comprendre dans la greffe, n'ayez crainte de raser ou d'abraser les papilles, et vous aurez les plus grandes chances de déterminer à la surface des bourgeons charnus l'adhérence de la greffe et la multiplication des éléments épithéliaux.

Dans ce phénomène de production épithéliale à la surface des plaies, suivant M. Reverdin, le derme ne joue dans l'adhérence du lambeau qu'un rôle secondaire, et n'en joue aucun dans la formation des îlots secondaires cicatriciels.

M. Reverdin a montré, en outre, que l'épiderme transplanté semble agir principalement par son influence en tant que tissu épithélial vivant, déterminant la néoformation épithéliale dans les cellules embryonnaires, dites aussi indifférentes, qui constituent le tissu des bourgeons des plaies. C'est donc bien dans les cellules épithéliales que l'on doit rechercher la cause productrice de la régénération épithéliale à la surface des plaies. Ce fait est d'ailleurs établi par des expériences directes, comme l'a dit M. Giraldès. D'une part, il nous paraît démontré que l'épithélium en voie de formation étant transporté sur des bourgeons charnus favorise une néoformation épithéliale; d'autre part, nous ne connaissons pas de travaux histologiques montrant que, dans les greffes dermo-épidermiques, le derme ait un rôle bien défini. Il est évident que les greffes dermiques et cutanées réussissent, on pourrait même dire qu'elles sont, à proprement parler, de véritables greffes, et que s'il fallait approfondir cette question de dénomination, nous aurions plutôt à discuter le mot *greffe* que le qualificatif *épidermique;* mais on ne peut douter, d'après l'étude du processus, que le titre de *greffe épidermique* n'exprime suffisamment la distinction nécessaire entre l'action des lambeaux épidermiques constitués par toutes les couches de l'épiderme et la partie la plus voisine du derme, et les *greffes dermo-épidermiques* dans lesquelles une forte portion du derme est ajoutée à l'épiderme. S'il est nécessaire, on admettra les trois espèces de greffes : épidermique, dermo-épidermique, cutanée; mais on se gardera d'une confusion qui serait en opposition avec les données histologiques actuelles sur le mode d'action de ces diverses espèces de greffes.

A. Hénocque.

— A l'Académie de médecine, M. Barth, auteur de l'un des rapports sur lesquels s'est établie la discussion relative au choléra, a commencé une sorte de résumé critique du débat, qu'il terminera dans la prochaine séance. C'est, en effet, le rôle ordinairement réservé aux rapporteurs; mais l'honorable académicien ne s'est-il pas un peu hâté de le prendre, si le débat n'est pas clos et si M. J. Guérin doit, comme il l'a promis, répondre à M. Chauffard? Nous désirons, pour notre part, attendre cette réponse pour aborder les importantes questions soulevées par le savant professeur de pathologie générale.

Sous ce nom de *chloralum* formé avec les noms de *chlore* et d'*aluminium*, on exploite depuis quelque temps en Angleterre une solution impure de chlorure d'aluminium, à laquelle on attribue des propriétés antiputrides et désinfectantes énergiques.

L'apparition du choléra a fait importer cette préparation en France, où on l'a préconisée comme un puissant anticholérique. Selon les importateurs ou les vulgarisateurs, il suffirait de suspendre dans son appartement des linges imprégnés de cette solution pour purifier l'air. On l'a conseillée aussi en lotions et gargarismes, étendue de quarante fois son poids d'eau.

La composition de ce *chloralum* peut parfaitement démontrer si toutes ces vertus tant vantées sont bien réelles : M. Fleck (de Dresde), qui en a fait l'analyse, l'a trouvé formé sur 100 parties de :

Eau	82,32
Chlorure d'aluminium	13,90
Chlorure de plomb	0,15
Chlorure de cuivre	0,10
Chlorure de fer	0,42
Chlorure de calcium et plâtre	3,11

---

très-cultivée; mais ces qualités mêmes constituent une véritable calamité. Des trois idiomes touraniens parlés en Europe, elle a cet avantage sur les deux autres, le turc et le finnois, de se prêter avec une merveilleuse souplesse à la terminologie des sciences modernes, et c'est justement cette aptitude même qui crée une difficulté presque insurmontable. Croirait-on que dans les sciences les plus soumises à la création de termes nouveaux, la physique, la chimie, par exemple, les Hongrois n'aient pas conservé une seule expression grecque ou latine? Il en est de même pour l'anatomie, la botanique, la physiologie. Voyez-vous d'ici l'affreuse difficulté de se mettre au courant des travaux scientifiques paraissant en Hongrie? Né dans le pays, que j'ai quitté jeune, je suis encore capable de soutenir en hongrois une conversation, de lire un roman ou une tragédie, mais il m'est presque impossible de saisir le sens d'un article d'un journal de médecine. L'Académie de Bude-Pesth crée des mots nouveaux tous les jours, et les dictionnaires de la langue datant de dix ans ne vous renseignent plus aujourd'hui suffisamment sur la terminologie scientifique. Cette particularité étrange, qui s'applique à toutes choses, crée pour la Hongrie un isolement qui, au point de vue politique, contribue sans doute à son énergie, à son originalité et je dirai même à sa grandeur dans la lutte; c'est peut-être grâce à cet isolement qu'elle a su résister aux deux colosses—slave et germain—qui tendent à l'absorber; mais, envisagé au point de vue du développement général, il est incontestable que cet isolement entrave l'essor de la nation et empêche la Hongrie d'être représentée comme elle le mérite dans le concert de la civilisation européenne. Il s'y fait cependant de bonnes et belles choses; les visiteurs de l'exposition de Vienne ont été émerveillés de ce que la partie transleithane de l'empire a produit. Ce pays a gardé son originalité en toutes choses, et même lorsqu'il imite l'étranger plus avancé en civilisation, la copie s'écarte énormément de l'original. J'ai été frappé à Bude-Pesth des nouvelles constructions, inspirées sans aucun doute des boulevards de Paris, — le haussmannisme est très en crédit

Ceci n'est qu'une composition moyenne; car nous en avons vu un échantillon dont la couleur jaune prononcée dénotait la présence d'une bien plus grande quantité de perchlorure de fer.

D'après cette composition, comment admettre que cette préparation soit douée des propriétés annoncées? Elle ne peut agir que comme une légère solution acide, capable de saturer les vapeurs ammoniacales, ou bien comme léger astringent à la manière de l'alun.

La publicité de ce prétendu désinfectant a fait bien vite naître un concurrent, l'*hypochlorite d'alumine*, composé depuis longtemps, préconisé dans la teinture ou le blanchiment des toiles. Ce dernier produit se rapproche des hypochlorites ou chlorures désinfectants; alors pourquoi chercher si loin? n'avons-nous pas sous la main et à très-bon marché un désinfectant par excellence, qui a fait ses preuves depuis longtemps, le *chlorure* ou *hypochlorite de chaux?*

J. P.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Influence du mode d'installation nosocomiale sur les maladies infectieuses et contagieuses, par Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce.

I.

L'installation hospitalière des personnes atteintes de maladies, soit infectieuses, soit contagieuses, est, à nos yeux, une des questions les plus complexes de l'hygiène nosocomiale; aussi importante pour ces malades eux-mêmes, dont elle est susceptible d'aggraver ou, au contraire, d'atténuer l'affection dans des proportions parfois inouïes, que pour la population avoisinante, dont elle peut assurer ou compromettre l'immunité, cette installation intéresse à double titre le médecin : elle l'intéresse aussi bien au point de vue du traitement de ceux qui sont atteints, qu'au point de vue de la préservation de ceux qui ne le sont pas, et constitue ainsi à la fois une question de thérapeutique et une question d'hygiène.

Il faut reconnaître, cependant, que les préoccupations inspirées au monde médical par les *desiderata* de l'organisation des services hospitaliers sont loin d'offrir toujours ce caractère de constance et d'énergie qui serait indispensable au triomphe du progrès; au retour de chaque fléau qui vient augmenter le chiffre de la population de nos hôpitaux civils, sous l'impression produite et par l'explosion des cas intérieurs, et par le surcroît habituel de gravité de ces cas comparativement à la gravité des cas extérieurs, bien des médecins expriment plus ou moins vivement leur désir d'une organisation plus en rapport avec leurs convictions scientifiques; et, pénétrés des dangers courus, soit par la population hospitalière elle-même, soit par l'ensemble des habitants de la ville, ils indiquent, dès l'apparition du mal, toutes leurs appréhensions en cas de maintien du *statu quo;* puis, à mesure que ce mal arrive à sa période stationnaire, et surtout à son déclin, on se laisse gagner par la pensée qu'il n'est plus temps, qu'il n'y a plus lieu d'appliquer les améliorations tout d'abord invoquées; peu à peu on se réconcilie avec les errements anciens, et le calme renaît entre administrateurs et médecins, pour une période plus ou moins longue, sur une question qui, plus tard, reviendra tout aussi grave, tout aussi urgente, parce que, des progrès réclamés, tout ou presque tout demeure à réaliser. Dans les intervalles des épidémies, l'étude de leur prophylaxie occupe certainement trop peu de place, au moins en notre pays: retournant à leurs travaux de prédilection, les médecins abandonnent plus ou moins complétement cette étude, pour se livrer plus spécialement à l'analyse des lésions, des symptômes observés; et l'histoire clinique de l'affection qui vient de passer sous leurs yeux y gagne plus, en général, que la science des moyens hygiéniques et sanitaires à opposer à sa réapparition et à sa puissance de diffusion lors d'un nouveau retour épidémique.

Et pourtant, que de salutaires pensées de réforme inspirées par ces fléaux eux-mêmes aux hommes qui, au lieu de se détacher de ces questions, une fois le mal disparu, ont senti combien il importait de les maintenir à l'ordre du jour pour arriver enfin à une solution, ou tout au moins à un progrès! Que de travaux faits en France depuis la fin du siècle dernier, où Tenon réclamait pour Paris la création d'un *hôpital de contagieux*, jusqu'à nos jours, où le mémoire de M. Le Fort devenait, à l'Académie de médecine, le point de départ des discours de Malgaigne, de Michel Lévy, de M. H. Larrey, et où la Société médicale des hôpitaux consacrait tant d'intéressantes séances à la discussion de ces grandes questions d'hygiène nosocomiale; séances dont les rapports de M. Vidal sur l'*isolement des malades atteints d'affections contagieuses*, de M. Bourdon sur les *maternités*, ont formulé les conclusions si sages et si autorisées.

Les conseils donc n'ont pas manqué; n'avons-nous pas eu, de plus, dans de tristes circonstances, l'exemple, réalisé à Paris même, des modifications adoptées à l'étranger pour l'installation de certaines catégories de malades? Pendant le siége de Paris, il a fallu obéir à la force des choses en adoptant des mesures encore exceptionnelles dans notre pays, en réunissant dans des asiles spéciaux les varioleux qui auraient infecté toutes nos ambulances, en installant les blessés, même en hiver, sous des tentes ou des baraques qui, ailleurs, surgissent

---

dans l'empire austro-hongrois, — mais en différant cependant et par l'architecture et par le mode des tracés et des divisions. Le nouveau quai du Danube de la capitale est véritablement grandiose, d'une beauté incomparable, mais il est triste de penser que cette ville s'est ruinée pour éblouir le voyageur arrivant par le Danube : elle a élevé des palais, mais elle a conservé son vieil hôpital municipal, qui est mal installé, mal fourni, mal aéré et fort encombré. On m'a dit qu'on projetait un nouveau bâtiment; en attendant le choléra règne en Hongrie depuis un an; il est assez intense dans la capitale, et je n'ai rien vu, ni à l'hôpital, ni dans la ville même, qui fût propre à diminuer par des mesures de salubrité l'extension du fléau. Ces mesures existent peut-être, on me l'a même affirmé, mais alors je ne comprends pas comment elles ont pu m'échapper pendant les huit jours, pendant lesquels j'ai tout visité, écoles, casernes, hospice et jusqu'au cimetière.

La maison nationale d'aliénés est située sur la rive droite du Danube, en amont et à quelques kilomètres de Bude, dans un riant paysage vignoble où l'on cultive un excellent vin de table rappelant les crus de Bourgogne. L'hospice, dont l'organisation administrative est quelque peu analogue à celle de Charenton, a l'aspect du nouvel hospice d'aliénés de Vienne : bâtiment unique se présentant par une très-grande façade, et flanqué derrière et de côtés d'espaces clos non couverts, espèces de jardins dont la totalité est très-considérable, sans que chacun d'entre eux me semble suffisamment écarter l'idée de prison. On n'ignore pas quelle est sous ce rapport la disposition ingénieuse des divisions dans les nouveaux corps de bâtiments de Charenton. Ces divisions sont entourées de murs, éloignés de la plate-forme où se trouvent les malades, par un saut-de-loup à pente très-douce, pour éviter les accidents, mais ce saut-de-loup, vu sa profondeur, permet que les murs, bâtis au fond du saut-de-loup n'arrivent pas plus haut que la plate-forme, tout en étant bien suffisamment élevés pour empêcher une évasion; de cette façon, l'individu qui se trouve sur la plate-forme ne voit point les murs, et son regard peut se porter au loin au delà de sa pri-

en tout temps, et n'attendent point, pour leur édification, de semblables calamités. Il faut parfois savoir chercher des enseignements dans les plus pénibles souvenirs; Malgaigne ne rappelait-il pas, avec raison, qu'en 1814 les abattoirs de Paris avaient été convertis en hôpitaux temporaires, moins redoutables pour leur population que les salles de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, etc.?

Dans les autres pays, du reste, la guerre a eu aussi sa part d'initiative des réformes du service hospitalier; en Amérique, les hôpitaux de bois ont survécu à la guerre de Sécession; accessibles à tous les progrès, les Américains ont adopté, en outre, en l'appliquant sur une vaste échelle, le principe de l'isolement, dans des établissements spéciaux, des malades atteints d'affections contagieuses, comme la variole, le choléra.

Pourquoi, en France, la répartition de tous les groupes si variés de la population nosocomiale ne se fait-elle encore que suivant leur distinction élémentaire en quatre catégories : *fiévreux, blessés, vénériens, femmes en couches?*

Il est un fait incontestable et que nous reconnaissons avec la plus légitime satisfaction : c'est que la disposition des nouveaux hôpitaux de Paris, leur situation excentrique, les dimensions de leurs salles, leurs conditions d'aération et de chauffage, en font des milieux que l'on ne peut en rien comparer aux anciens établissements de charité, dont ils n'offrent ni l'aspect misérable, ni les conditions d'encombrement et d'infection; quels que soient même les doutes inspirés par quelques statistiques qui ne répondent pas entièrement à ces apparences de salubrité, on ne peut contester que les asiles, élevés depuis vingt ans, soit dans Paris, soit en dehors des fortifications, comme à Vincennes, au Vésinet, ne constituent d'immenses progrès réalisés par l'administration de l'assistance publique.

Mais les espérances conçues à la vue de ces beaux et grands établissements, les éloges décernés, par le public surtout, à leur aspect monumental, ont eu pour conséquence, peut-être, d'en faire aux yeux des architectes des types immuables désormais, dont il suffirait de multiplier les reproductions, sans plus avoir à compter avec l'opinion des savants et des médecins. On comprend que cette satisfaction, quelquefois aveugle, extra-scientifique en tous cas, n'ait pu être admise par des hommes qui avaient consacré leur vie à l'étude des plus hautes questions de l'hygiène, et que Michel Lévy ait résumé, dans cette dernière phrase, la grande pensée de réforme que lui inspiraient surtout ses souvenirs de Crimée : « Je voudrais en finir avec le méphitisme séculaire des hôpitaux-monuments; je voudrais que nos baraques pussent devenir les hôpitaux de l'avenir, avec une durée de dix ans, pour être, au terme de cette période, détruites et remplacées sur d'autres terrains par des constructions nouvelles, avec les corrections que l'expérience aurait suggérées. »

Nous avouons ne pas être si radicalement ennemi des grands hôpitaux; nous pensons que, pour les maladies vulgaires, sporadiques, non contagieuses, pour les affections chroniques, et, d'une manière plus générale, pour la catégorie des individus qui ont passé l'âge des pyrexies transmissibles, il y a peut-être quelques avantages dans les installations relativement plus complètes de ces hôpitaux, où certains services, comme ceux des bains, de la dépense, etc., gagnent à être organisés sur une plus vaste échelle.

Il faut se rappeler qu'à Constantinople, et c'est des faits de Constantinople que Michel Lévy avait été surtout frappé, les germes du typhus n'abandonnèrent pas un instant notre armée, et que là, plus qu'ailleurs, la première loi d'hygiène nosocomiale était la dissémination des malades.

Notre opinion personnelle est qu'on ne peut formuler de règles générales sans tenir compte, ici comme en tout ce qui concerne les malades, de la nature et par conséquent des exigences prophylactiques et thérapeutiques de l'affection à combattre. Et s'il est établi que ces exigences sont nuisibles, suivant qu'il s'agit de typhus, de variole, de choléra, etc., on comprendra que les principes d'installation nosocomiale ne doivent point être uniquement déduits des connaissances d'hygiène banale applicables en tous lieux par les ingénieurs, les architectes, les chimistes, mais que ces principes sont, avant tout, le résultat de l'observation médicale, et doivent être, par conséquent, formulés par le médecin.

Je ne peux citer, à l'appui de cette thèse, d'opinion plus autorisée que celle dont la Gazette hebdomadaire nous fournit elle-même l'énoncé : « Si l'hygiène est tout entière dans les annales de physique et de chimie, si l'hygiène de l'homme malade ressortit, comme celle de l'homme bien portant, à l'ensemble des conditions générales que renferment les expressions de bien-être et de confort, la médecine n'a rien à revendiquer dans les applications de connaissances qui sont du domaine de tous les hommes éclairés, savants, médecins, pharmaciens. Si, au contraire, l'hygiène des hôpitaux suppose la connaissance d'une direction spéciale à donner au service suivant la nature des maladies, la médecine reprend toute son autorité; l'hygiène de l'homme malade devient une médication, et le médecin rentre en possession de son droit (Laveran, *Réflexions sur l'hygiène des hôpitaux*, in *Gaz. hebd.*, t. IX, page 215). »

Il est certain que la même hygiène ne convient pas à tous les malades; il y aurait danger, dès lors, à vouloir uniformiser, dans la pensée d'une application plus facile d'un système invariable, tant d'affections réclamant des pratiques différentes, basées sur leur différence de nature.

1° Quant on voit des varioleux, des cholériques, réunis en nombre assez considérable sans aggravation du pronostic de leur affection, il est évident que cette affection n'offre point

---

son, qui, pour si réelle qu'elle soit, n'est pas révélée au malheureux par la vue incessante de l'enceinte. Ce système n'est point pratiqué en Hongrie, et je le regrette d'autant plus que les sections de la maison que j'ai visitée me semblent trop multipliées et partant très-restreintes. A ce sujet, je n'ai pu m'empêcher de sourire de cette éternelle tendance aristocratique qui, en Hongrie, saute aux yeux dans tout et pour tout : c'est une espèce de stratification des couches sociales, avec divisions et subdivisions, qui est tout à fait caractéristique. Comme dans une maison d'aliénés il est indispensable de faire des classes suivant l'intensité et la nature de la vésanie, et qu'il existe en outre je ne sais quelle quantité de classes de prix de pension, il en résulte *seize* divisions de malades, chaque division étant séparée des quinze autres. Cela rappelle vaguement les ciels des Hindous et le passage de l'un dans l'autre après purification préalable, mais quel ciel, grand Dieu!

La maison est admirablement bien tenue, elle est presque somptueuse; les malades sont soignés avec une exquise propreté, les couloirs sont spacieux, trop peut-être, car quelques salles sont combles; j'ai vu neuf lits dans un dortoir où, à Paris, on n'en aurait pas placé plus de quatre; il est vrai que j'étais au bas de l'échelle : c'étaient les infimes.

Les cellules des agités sont mal comprises, à peine éclairées par une lucarne; elles sont, par conséquent, sombres et beaucoup trop petites; les camisoles de force sont d'un vieux modèle qu'on devrait abandonner. Si ces lignes tombent sous les yeux de l'administration de cet hospice, je l'engagerais à améliorer le sort de ses malades agités, qui très-souvent ne peuvent même pas jouir du bénéfice des bains prolongés, à cause de la pénurie de l'eau. Les moyens de coercition laissent aussi beaucoup à désirer. Sauf ces quelques côtés défectueux, l'ensemble fait une excellente impression.

On revient de Bude à Pesth par ce fameux pont suspendu qui en 1849 a résisté à l'explosion de vingt quintaux de poudre, placés par les Autrichiens sous l'une de ses têtes. Il est conçu dans des proportions gigantesques et a fort bonne

les mêmes exigences que le typhus dont la gravité est habituellement en rapport mathématique avec le chiffre des malades agglomérés dans un même établissement.

2° Quand on voit l'indifférence de certaines maladies aux conditions de température extérieure, que l'on constate même l'amélioration de santé des typhiques, en plein hiver, sous l'influence d'une ventilation excessive, de courants d'air qui tueraient un dysentérique ou un malade atteint de rougeole, on comprend que l'on ne puisse impunément placer sans distinction, sous des tentes, sous des baraques, ou au contraire dans des hôpitaux bien clos, les individus atteints des diverses maladies qui nous occupent.

3° Quand on remarque qu'en certains pays la salubrité des hôpitaux est plus considérable au centre qu'à la périphérie de la ville, à Rome, par exemple, et dans nombre de localités entourées d'une zone palustre, on hésitera à accepter, comme loi générale, la nécessité de placer ces hôpitaux, partout et toujours, dans un quartier excentrique; on comprendra que souvent il faudra compter, pour leur installation, avec des miasmes autres que le miasme humain.

4° Quand, enfin, on constate chaque jour que tel hôpital, exclusivement rempli de malades offrant tous les mêmes conditions sociales, individuelles, et morbides, comme les hôpitaux de blessés, ceux de femmes en couches, plus spécialement encore ceux d'enfants ou de soldats, sont plus enclins que les hôpitaux généraux à l'expansion et à l'aggravation de certaines maladies épidémiques, on comprendra que, dans la composition même de la population nosocomiale, il y a des éléments dont il faut tenir grand compte au point de vue des dangers qui la menacent.

Nous n'avons nullement la prétention d'épuiser cette question; nous ne voulons que la poser; et cependant voilà déjà, en ce court aperçu, quatre points de vue qui ne sont pas les seuls, mais sous lesquels doit être, suivant nous, plus spécialement examinée l'hygiène nosocomiale applicable aux maladies infectieuses et contagieuses : 1° influence du nombre des malades; 2° influence du mode d'abri donné à ces malades; 3° influence de l'emplacement choisi pour cet abri; 4° influence enfin, des conditions individuelles des sujets admis dans ces hôpitaux.

A ces divers égards, nos observations et nos recherches sont bien insuffisantes encore, et nous réclamons l'indulgence de tous ceux qui auront à les compléter et, sans doute, à les modifier. Nous tenons seulement à faire remarquer qu'à elles seules elles établissent déjà cette indéniable vérité, que le médecin a qualité, avant tous, pour arriver, en ces questions, à une solution rationnelle et scientifique, solution qui est le corollaire intime d'une connaissance que lui seul possède, celle de la maladie à combattre. Nous croyons avoir démontré ailleurs que le régime sanitaire avait accompli son plus grand progrès lorsque les hommes réellement compétents s'étaient réunis pour en exposer les bases (art. Quarantaines du *Dictionnaire encyclopédique*); il est un progrès que ce régime doit faire encore, c'est l'étude spéciale des exigences prophylactiques de chacune des affections qu'il doit entraver; je crois avoir prouvé à quelles conséquences parfois redoutables peut mener la confusion des méthodes à opposer à chacune d'elles.

Il en est de même pour l'hygiène hospitalière; cette question a fait bien des progrès depuis que l'étude en a été entreprise par des cliniciens, par des hommes témoins chaque jour de l'influence nosocomiale sur le réactif que seuls ils connaissent, l'organisme malade; Le Fort, dans ses études de 1862 et de 1869, avait su devancer les terribles enseignements de la guerre; et, tout récemment, un de nos collègues les plus distingués de l'armée, Ch. Sarazin, vient de traiter ce sujet avec la compétence la plus absolue. Ici encore un progrès reste à accomplir; il faut, après l'établissement des règles générales d'hygiène hospitalière, pénétrer assez avant dans l'étude de chaque maladie infectieuse et contagieuse pour déterminer, s'il est possible, les règles particulières applicables d'une manière spéciale à ceux qui en sont atteints.

Nous nous bornerons, en cet article, à étudier plus spécialement l'influence, en ces diverses affections, de l'agglomération des malades, et du mode d'installation nosocomiale adopté, remettant à un autre travail l'étude des influences de l'emplacement des établissements hospitaliers, et des conditions individuelles des malades.

II.

On sait combien d'inconvénients ont été reprochés, et à juste titre, aux réunions considérables de malades dans un même établissement, et les avantages relatifs de leur répartition dans des locaux restreints, bien aérés, suffisamment éloignés les uns des autres pour ne point s'influencer réciproquement.

Certaines circonstances peuvent s'opposer cependant, et s'opposent journellement, dans la pratique, à une multiplication et à une dissémination trop considérable de ces locaux : la nécessité même de sauvegarder la population d'une grande ville des atteintes d'une maladie contagieuse, la facilité plus réelle de la direction administrative et médicale d'établissements moins nombreux et plus importants, l'existence préalable de bâtiments suffisamment isolés et disposés pour être transformés en centres hospitaliers dès l'explosion d'une épidémie, peuvent plaider en faveur de la réunion d'un nombre plus ou moins grand de malades atteints de cette épidémie, sinon dans un local unique, au moins dans un petit nombre d'hôpitaux spéciaux.

Quelles sont, parmi les affections transmissibles, celles pour lesquelles l'agglomération des malades offre le plus d'inconvé-

---

mine sur cet immense fleuve qui sépare les deux parties de la ville, Bude et Pesth, lesquelles ne constituent qu'une seule commune.

Je ne tairai pas le très mauvais état de la voirie de la capitale et de ses environs. Sauf dans quelques rues de parade qui sont couvertes d'asphalte, le pavé est partout détestable. La poussière vous aveugle dans la ville et dans le petit bois qui touche à la ville. Celui-ci serait fort joli si la poussière n'avait pas tué la végétation et rendu l'air irrespirable, sans compter qu'un lac artificiel disposé très-approximativement dans le genre de celui du bois de Boulogne est tellement négligé, que les émanations putrides vous étouffent à distance. Je me suis enquis si cette partie de la ville n'était pas exposée aux fièvres paludéennes, et il me fut répondu affirmativement par plusieurs habitants.

Au milieu du Danube s'étalent deux îles d'inégale étendue, couvertes d'une végétation luxuriante; un pont, en voie de construction, les mettra en communication avec la capitale; actuellement, ce sont de grands bateaux-mouches qui y amènent en été la foule innombrable des promeneurs. L'île Marguerite, la plus grande des deux, appartient à l'archiduc Joseph, qui y a fait exécuter des plantations, des squares, des jardins d'un goût exquis. On a su tirer parti de cette merveilleuse végétation, qui naguère encore était presque entièrement abandonnée à elle-même. Vers l'une des extrémités de l'île jaillit une source d'eau sulfureuse, extrêmement abondante, utilisée au profit d'un grand établissement thermal luxueusement installé. Je n'ai rien vu, ni en France, ni en Allemagne, qui pût être comparé aux bains de cette île Marguerite : de grandes piscines de marbre entourées de salons somptueusement décorés, des halles couvertes, des salles de réunion, et tout ce qui peut constituer le confort, l'agrément et l'utilité s'y trouve réunis, — mais le restaurant y est détestable. Une disposition naturelle fort curieuse, c'est de voir le surplus des eaux sulfureuses et bouillantes se jeter directement dans le Danube par cascades énormes le long

nients, celles, au contraire qui semblent relativement peu influencées par cette agglomération, lorsque, bien entendu, les locaux occupés sont assez vastes pour parer aux dangers de l'encombrement?

Les faits signalés, depuis quelques années, à la Société médicale des hôpitaux, spécialement par MM. Seux, Vidal, Isambert, Brouardel, établissent l'innocuité réciproque des varioleux réunis, même en nombre assez considérable, dans le même établissement.

J'ai eu occasion d'apporter à l'appui de ces opinions les preuves que m'a fournies à cet égard l'hôpital de varioleux installé à Bicêtre pendant le siége de Paris; d'après la relation de cette épidémie (Léon Colin, *la Variole au point de vue épidémiologique et prophylactique*, Paris, 1873), il est évident que l'accumulation, en quelques mois, de près de 8000 varioleux dans un établissement unique, dont toutes les salles étaient contiguës les unes aux autres, n'a produit aucun danger nouveau ni pour les malades, ni pour le personnel hospitalier, ni pour la population environnante. Et cependant nulle part l'atmosphère n'a dû jamais être saturée d'une quantité aussi considérable de germes contagieux.

Preuve nouvelle que dans les maladies nettement virulentes à cause bien spécifique, à évolution pour ainsi dire déterminée à l'avance, le sort de l'individu atteint dépend de l'énergie avec laquelle s'est imprimé en lui le germe contagieux plutôt que des circonstances au milieu desquelles il subit son affection.

Je serais disposé, sans me permettre la moindre affirmation à cet égard, à admettre également pour la scarlatine une certaine indépendance, entre l'extension et la gravité de cette affection d'une part, et d'autre part les conditions nosocomiales imposées aux malades. Les observations, spécialement faites en Angleterre, indiquent la fréquence relative de cette affection dans certains districts élevés, bien aérés, apparemment salubres; si nous considérons, en outre, que, dans nos climats, la scarlatine est, des fièvres éruptives, celle qui est la plus commune en été, c'est-à-dire à l'époque où l'aération est le plus facile, et où se réduisent à leur minimum les conditions génératrices des miasmes de l'encombrement, nous reconnaîtrons peut-être aussi à cette affection un certain degré d'indifférence aux influences du milieu hospitalier.

Nous n'en dirons point autant de la rougeole, qui nous paraît dépendre, moins exclusivement que les deux affections précédentes, de la puissance seule ou de la nature du virus dont elle est le résultat; faisons remarquer d'abord combien, relativement à la variole et à la scarlatine, la rougeole est subordonnée, dans ses formes et sa gravité, à certaines circonstances extérieures banales, la rigueur de la température atmosphérique, par exemple; nous avons rappelé récemment l'influence de cet élément météorologique sur l'apparition du catarrhe suffocant qui vient donner aux épidémies de rougeole un caractère exceptionnel de gravité; des faits d'un autre genre, les seuls à mettre en cause ici, nous permettent de constater également l'aggravation de ces épidémies dans des hôpitaux trop peuplés; aux faits signalés dans la thèse de M. Oyon (*Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris;* thèse inaug., Paris, 1874) et qui démontrent cette aggravation chez des enfants, nous pouvons ajouter les observations recueillies sur des adultes en 1861, au Val-de-Grâce; dans un mémoire intitulé : DES INFLUENCES NOSOCOMIALES SUR LA MARCHE ET LA GRAVITÉ DE LA ROUGEOLE (*Gaz. hebd.*, 1861), M. Laveran, alors médecin en chef de cet hôpital, rapportait à l'encombrement des salles par le retour de l'armée d'Italie, la gravité exceptionnelle de cette épidémie, dont la mortalité s'éleva au chiffre énorme de 40 sur 125 malades, mortalité décuple de celle que cette affection occasionne en moyenne dans notre armée (3 morts sur 100 malades). Faisons seulement observer ici que cette gravité des cas résultait, d'après M. Laveran, non pas de l'influence réciproque des malades atteints de rougeole, mais de l'insalubrité générale du Val-de-Grâce par le fait d'une accumulation considérable de blessés, de dysentériques, etc.; tandis que, pour MM. Ferrand (*Union médicale*, 23 octobre 1873) et Oyon (thèse citée), l'aggravation de la rougeole aux Enfants-Assistés de Paris tiendrait à l'agglomération, dans une même salle, des individus atteints de cette affection, et à la saturation de l'air par les produits morbides spécifiques, à la condensation du miasme morbilleux.

Mais, parmi les maladies contagieuses, celles que nous devons plus spécialement opposer à la variole, au point de vue du danger des agglomérations hospitalières, ce sont évidemment celles dont le développement originel lui-même reconnaît pour cause principale les émanations de l'organisme, et en particulier les miasmes de l'encombrement; il est inutile d'insister sur les dangers des réunions de malades atteints de typhus, de pourriture d'hôpital, de fièvre puerpérale; nous ne citerons qu'un exemple de ce danger pour les typhiques : En Crimée, on vit disparaître presque entièrement le personnel, médecins, infirmiers et malades de certaines ambulances encombrées (370 décès sur 375 typhiques à l'ambulance Goutt!!) (Félix Jacquot, *Typhus de l'armée d'Orient*, p. 156), tandis que, dans nos hôpitaux de France, ce même typhus donnait une mortalité égale ou même inférieure à celle de la fièvre typhoïde (14 décès sur 100 malades au Val-de-Grâce en 1856).

Le choléra doit-il être placé parmi les affections notablement influencées par la réunion des malades? D'après son mode le plus probable de transmission, nous avons ici à redouter, comme dans les réunions de dysentériques et de blessés, l'influence pathogénique d'une quantité considérable de sécrétions morbides; cette influence pernicieuse nous semble

---

de grands rochers. J'ignore si cet établissement, au point de vue médical, est appelé à un grand avenir, mais il est certain qu'il attire journellement, et à juste titre d'innombrables visiteurs.

Les autorités médicales les plus saillantes de la capitale sont : M. Bokai, de l'hôpital des Enfants; M. Korányi, professeur de pathologie interne; les deux Kovacs et M. Lumnitzer, chirurgiens de l'hôpital municipal; M. Koller; M. Hermann, qui vient de publier une monographie sur l'albuminurie dans le choléra; M. Lenhossek, professeur d'anatomie, l'auteur très-connu de travaux histologiques sur la moelle.

Un fait pénible à constater c'est l'état florissant de la doctrine d'Hahnemann. Je vous ai déjà dit, il y a quelques mois, que l'homœopathie a obtenu des chaires à la Faculté, et j'ai exprimé mes regrets de ce que les professeurs de cette école n'aient pas eu le courage de donner leur démission en masse devant l'avénement du mensonge érigé en principe, et de protester ainsi contre les décisions du ministre. Sauf ce point noir, l'impression que produit le corps médical est excellente; on sent partout le travail, l'honnêteté et le respect de la profession. K.

CHOLÉRA. — Au Havre, depuis quinze jours, aucun cas n'a été signalé et les services spéciaux qui avaient été organisés à l'hôpital ont été supprimés. Les mesures de quarantaine existent toujours à titre de précaution, mais elles ont été réduites.

— On écrit de Romo, le 21 novembre : « Le prétendu choléra dont nous avons été menacés a totalement disparu. Pas un seul cas n'a été constaté depuis quinze jours. C'était une fausse alerte. »

— Les ravages que le choléra a causés cette année en Hongrie sont effrayants. D'après des relevés officiels, il y a eu dans le courant de cette année 433 245 cas de choléra; sur ce chiffre, 247 718 personnes ont guéri, 182 549 sont mortes et 2978 sont restées en traitement.

La Croatie, l'Esclavonie, les anciens Confins militaires ne sont pas compris dans ces relevés, ni les victimes que l'épidémie a emportées lorsqu'elle éclata à la fin de 1872 à Bude et dans la Haute-Hongrie.

incontestable à l'égard des personnes qui vivent au voisinage des cholériques; toute restreinte qu'elle soit jusqu'à ce jour, l'épidémie actuelle nous a donné des preuves nouvelles du danger couru par les habitants des salles d'hôpital trop voisines de celles qui sont consacrées à ces malades; c'est ainsi que se font la plupart des cas intérieurs.

Quant à l'aggravation de l'état des malades eux-mêmes, par le fait de leur agglomération, nous hésitons à l'admettre, et pour différentes raisons: 1° dans les épidémies de choléra, la mortalité à domicile est aussi considérable que celle des malades traités aux hôpitaux (j'excepte de ces derniers, bien entendu, les cas intérieurs dont on connaît l'extrême gravité, mais dont le pronostic est influencé surtout par l'affaiblissement antérieur de l'organisme); 2° on n'a jamais noté ici, comme pour les affections typhiques, de rapport constant ni même habituel entre la gravité de la maladie et le nombre plus ou moins considérable de cholériques admis dans un même hôpital; tel établissement secondaire a reçu quatre ou cinq cas seulement qui tous ont été mortels, tandis que dans tel autre, où le service spécial est alimenté par de nombreuses entrées, la mortalité a dépassé à peine la moitié du chiffre des admissions; 3° enfin les épidémies les plus intenses de choléra sont celles qui ont frappé, non point les populations urbaines, relativement agglomérées soit dans les maisons, soit dans les hôpitaux, mais les caravanes ou les armées en campagne, vivant sous des tentes ou en plein air, dans des conditions relatives de dissémination et d'aération, au milieu desquelles s'atténuent en général, au contraire, les épidémies de typhus; sous ce rapport, le choléra se rapproche davantage des maladies entraînées ou exagérées par l'influence du sol, comme les fièvres palustres, que des affections produites par le miasme humain, spécialement par celui de l'encombrement (voy. Laveran, *loc. cit.*).

A ces considérations, ajoutons les renseignements fournis récemment à la Société des hôpitaux par M. Fournier (séance du 10 octobre 1873), renseignements d'après lesquels l'agglomération des cholériques dans des hôpitaux spéciaux n'a offert, en Allemagne, aucun inconvénient.

Le fait, cité par Michel Lévy, de l'amendement notable de l'épidémie à Gallipoli, à Varna, par l'installation sous des tentes bien aérées, des malades auparavant réunis en grand nombre dans des hôpitaux, s'appuie sur des documents irrécusables; mais cependant, avant de conclure d'une manière définitive à la supériorité des tentes sur les constructions ordinaires pour les cholériques, il faut tenir compte de ce qu'étaient les établissements hospitaliers de Constantinople « installés, dit Michel Lévy, dans des maisons turques délabrées, enserrées dans le labyrinthe des constructions de la ville », ou bien encore « dans quelque caserne offrant la figure d'un quadrilatère; à chaque angle de cette caserne, des latrines à la turque répandant au loin une horrible puanteur, et enveloppant tout l'édifice dans la sphère de leurs émanations; à l'intérieur, point d'étages plafonnés; ceux-ci sont remplacés par des galeries étroites ou travées, où sont placées les couchettes; les malades, à tous les étages, respirent le même air! »

Par l'installation de tentes et de baraques pour les cholériques, on soustrayait donc les malades à des foyers miasmatiques intenses comme il ne s'en forme jamais dans nos hôpitaux, et de plus on limitait les progrès de l'épidémie en éloignant du reste de la population nosocomiale les malades atteints de cette épidémie; on supprimait ainsi la cause principale de développement des cas intérieurs, et, suivant l'expression de M. Michel Lévy, on imposait au fléau la barrière du vide.

Mais, pour le cholérique lui-même, nous hésitons à considérer son installation sous la tente comme préférable à sa réunion à d'autres cholériques dans des hôpitaux plus considérables et bien installés: « En 1851, à Oran, dit M. Cazalas (L. Cazalas, *Maladies de l'armée d'Orient*, p. 262), nous avons été témoin de la facilité avec laquelle la réaction, une fois obtenue, se maintenait dans les salles d'un hôpital confortablement installé. Dans la Dobrutscha et à Varna, nous avons été frappé de l'incertitude et des écarts de la réaction, du retour fréquent de celle-ci à l'état algide sous les tentes ou en plein air. »

Les tentes ou les baraques ne doivent donc être consacrées au traitement des cholériques qu'à la condition, aujourd'hui réalisable du reste, d'être installées de façon à éviter deux dangers plus difficiles à écarter ici que dans tout autre établissement hospitalier: 1° danger du sol, qui peut devenir le réceptacle de la matière et du contage cholériques; 2° danger des variations de température, qui ont une influence incontestable sur la gravité de cette affection et qui, dans le choléra comme dans la dysentérie, ont une importance qui domine peut-être, suivant nous, celle de l'aération. Peut-on, encore une fois, comparer ces deux affections au typhus, où la question de l'aération est tellement la principale que, durant l'hiver 1813, pendant la retraite de Russie, on remarquait une amélioration immédiate chez les malades qu'on enlevait des ambulances pour les mettre en route sur des fourgons découverts!

Voilà donc bien des faits déjà qui nous prouvent que toutes les affections contagieuses ne sont pas influencées de la même manière, ni par l'agglomération des malades ni par le mode de construction de l'établissement où ils sont placés.

Loin de nous la pensée de prétendre qu'il faille créer, sur des modèles divers, des établissements spéciaux pour chacune des maladies infectieuses et contagieuses. Mais encore est-il bon de savoir reconnaître, dans les établissements hospitaliers qu'on possède déjà ou qu'on doit élever, quels sont ceux qui se prêteront le mieux à une installation conforme aux exigences de chacune de ces affections.

Il est certain que, pour nous comme pour tous, il n'existe aucune affection dans le traitement de laquelle la première condition de l'hygiène hospitalière ne soit la salubrité la plus absolue du milieu où seront placés les malades.

Mais encore est-il indispensable de savoir, autant que faire se pourra, comment chaque affection modifiera ce milieu, souvent aux riques du malade ou de ses voisins; et, pour démontrer par un exemple actuel le côté pratique de cette question, nous dirons que tels bâtiments situés à la périphérie de Paris, comme les postes-casernes, nous sembleraient, en cas d'urgence, avantageux pour l'installation, soit des cholériques, soit des varioleux; tandis que, d'avance, nous déclarerions cette installation mauvaise pour des typhiques, pour des blessés, qu'il serait utile cependant de transférer, eux aussi, loin du centre de la ville, mais en leur assignant des locaux, tentes ou baraques, qui leur assurent les conditions les plus complètes d'aération et de dissémination.

Syphiliographie.

Troubles nerveux syphilitiques chez l'homme; névralgies, par le docteur Charles Deshayes, médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen (service de M. Paul Levasseur).

En lisant, il y a quelque temps, les belles et savantes leçons de M. le docteur Fournier, professeur agrégé à la Faculté, reproduites dans la Gazette hebdomadaire, sur les troubles nerveux syphilitiques de la période secondaire chez la femme, je restai non point dans le doute, car il n'était plus permis de douter de la vérité des faits en présence d'observations si précises, mais je m'étonnai, à bon droit ce semble, que de tels désordres pathologiques, des troubles nerveux aussi accentués, aussi fréquents, eussent été jusqu'à notre époque ou ignorés ou passés sous silence.

Je me promis donc de rechercher de mon côté, le cas échéant, la présence de ces troubles nerveux, leur fréquence chez la femme, leur rareté chez l'homme. Nous étions loin, à la vérité, de nous attendre à rencontrer ces cas, je dirais volontiers aussi communs chez celui-ci, n'était le nombre trop

restreint de mes observations, et cela dans un service de médecine ordinaire qui ne compte, à côté d'un grand nombre d'hommes, que huit lits de femme, mais les uns et les autres non vénériens. Or, il y a quelques jours seulement, et en même temps, trois de nos malades hommes, entrés pour des accidents étrangers à la syphilis, en apparence du moins, nous ont présenté des troubles nerveux à caractère surtout névralgique et très-manifestement syphilitiques.

Sans vouloir contester que la syphilis de la femme diffère surtout, comme l'enseigne le savant professeur de Lourcine, par les troubles nerveux de la période secondaire; que cette diathèse affecte chez elle une allure propre, une physionomie toute particulière; que les troubles nerveux secondaires sont cent fois plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme que chez l'homme, et enfin que sous ce rapport une disparité complète et remarquable distingue un sexe de l'autre, j'ai peine à croire cependant que chez celui-ci la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime ou légère vers le système nerveux. J'admets volontiers que chez la femme, nature plus impressionnable, elle crée un état de souffrance générale plus grande de ce système, mais je suis porté à croire que la syphilis, ce Protée aux mille formes, pour affecter sans doute des allures différentes dans les deux sexes, n'en apporte pas moins chez l'homme des troubles considérables de tout le système nerveux. Je dis plus : il serait possible que bon nombre de névroses, dont la cause première nous échappe si souvent, que certaines névralgies en particulier ne reconnaissent d'autre origine chez l'homme que la syphilis.

A l'appui de cette assertion, je citerai trois observations que j'ai recueillies moi-même avec la plus grande attention. Mais auparavant un mot sur l'époque d'apparition de ces névralgies.

L'action perturbatrice, ajoute M. Fournier, qu'exerce la syphilis sur le système nerveux, appartient presque exclusivement à la période secondaire. C'est la vérole jeune qui ébranle, qui excite de la sorte ce système; la vérole vieillie, tertiaire, le laisse bien plus calme, bien plus indifférent. La vérole secondaire, chez la femme du moins, est essentiellement nerveuse, et elle l'est bien plus qu'à tout autre âge, bien plus notamment qu'à une période éloignée de la maladie. Pour nous, il ne nous est point permis, en présence surtout de trois faits seulement, de classer la névralgie syphilitique dans telle ou telle période; d'autant moins que de nos trois malades l'un portait une vérole toute récente et les deux autres une vérole très-ancienne. Mais nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que cette distinction de période secondaire et tertiaire, si nette, si claire pour la plupart des syphiligraphes modernes, nous a toujours paru et nous paraît surtout aujourd'hui, à mesure qu'avec l'étude et l'observation nos convictions tendent à s'établir, nous paraît, dis-je, parfois un peu arbitraire, sujette à de nombreuses anomalies, et qu'à notre avis les termes de vérole vieille et de vérole jeune seraient préférables.

D'un autre côté, je retrouve dans mes notes l'observation d'une névralgie sciatique, recueillie sur une femme de trente ans à la campagne, qui a contracté il y a sept ans des accidents spécifiques non douteux et qu'elle avoue elle-même (chancre, plaques muqueuses à la gorge et à l'anus, etc.). Cette femme, qui depuis s'est très-bien portée (je la soigne depuis deux ans et n'ai jamais remarqué en elle la moindre manifestation syphilitique), nous accusa en 1872 une névralgie sciatique gauche des plus douloureuses, bientôt suivie d'un amaigrissement très-notable des muscles de la jambe et de la cuisse du même côté et d'une diminution très-marquée de la sensibilité cutanée à la piqûre (anesthésie), avec plusieurs points d'hyperesthésie par places, à la piqûre comme à la pression; malade chez laquelle tous les moyens habituellement employés contre la sciatique avaient complétement échoué, et qui guérit complétement après l'administration à haute dose (4 à 6 grammes par jour) de l'iodure de potassium.

Or, c'était bien là un cas de névralgie sciatique syphilitique plutôt à la période tertiaire que secondaire.

Voici maintenant les faits qu'il m'a été donné d'observer à Rouen :

Obs. I. *Pleurodynie syphilitique ; période secondaire.* — Damourette, vingt-neuf ans, entré le 21 mars 1873, salle Saint-Ambroise, n° 16. Bonne constitution; pas de maladies graves antérieures; n'a jamais eu d'attaque rhumatismale. Cet homme affirme n'avoir jamais contracté la moindre affection vénérienne, ni dans le passé, ni dans le présent; mais il porte actuellement, sur la muqueuse de la lèvre supérieure, au niveau du raphé médian, une large plaque muqueuse, à fond légèrement grisâtre, un peu indurée et de forme circulaire. Rien aux parties génitales. Cette plaque muqueuse résulte-t-elle d'un chancre transformé *in situ?* C'est probable. Ce qui est certain, c'est qu'elle existe. De plus, on constate à la région sous-maxillaire gauche un énorme ganglion, du volume d'une grosse noix, peu douloureux à la pression, mobile, ayant débuté, dit le malade, quelques jours seulement avant la plaque muqueuse. Aucun autre signe de syphilis.

Le malade est entré à l'hôpital non point pour l'ulcération de la lèvre supérieure, à laquelle il attache très-peu d'importance, mais seulement pour une douleur des plus vives, occupant toute la région sous-mammaire gauche, s'étendant en arrière jusqu'à la ligne médiane et en avant jusqu'à l'épigastre. Douleur vague, sans trajet nerveux limité et sans points de renforcement; pression douloureuse sans anesthésie ni hyperesthésie; respiration gênée par suite de la douleur, mais rien à l'auscultation ni à la percussion. Température, 37 degrés. Diagnostic, pleurodynie. Traitement, sinapismes.

La douleur persiste aussi vive les deux jours suivants.

Le 23 mars, notre attention se trouve appelée sur la lèvre supérieure, où nous constatons seulement alors l'existence de la plaque muqueuse. Traitement : toucher la plaque deux fois par jour avec une solution de sublimé (10 centigrammes pour 40 grammes d'eau); à l'intérieur, une pilule de protoiodure d'hydrargyre de 5 centigrammes.

Le 24, diminution très-sensible de la douleur du côté gauche.

Le 25, la douleur a disparu comme par enchantement.

Le 3 avril, la plaque muqueuse est en voie de réparation. La douleur n'a pas reparu, et le ganglion sous-maxillaire a diminué de la moitié de son volume primitif.

Il nous est impossible de retenir plus longtemps le malade, qui n'était entré que pour sa pleurodynie. Nous l'engageons à continuer son traitement chez lui.

Réflexions. — Il est difficile, à notre avis, de nier et le caractère syphilitique et la nature névralgique de cette pleurodynie. De plus, le malade était bien dans la période secondaire.

Obs. II. *Contracture et névralgies syphilitiques; anesthésie incomplète.* — Duval, trente-deux ans, charbonnier. Entré le 12 mars 1873. Constitution robuste, intelligence développée. A contracté à plusieurs reprises divers accidents vénériens. Traité une première fois à Grenoble en 1859, pour un chancre. Se rappelle très-bien avoir pris alors du sirop de Cuisinier et du mercure. Pas d'accidents secondaires consécutifs. Jusqu'en 1866, santé parfaite. Mais à cette époque le malade contracte de nouveau un chancre, bientôt suivi d'un bubon qui aurait suppuré. Traitement mercuriel à l'Hospice général de Rouen.

Six mois après, nouveau chancre avec bubon. Traité en ville. Depuis sept ans, Duval s'est bien porté et n'a remarqué aucune manifestation syphilitique, si ce n'est un pityriasis versicolor qui couvre toute la région thoracique et les deux bras, et dont le malade se préoccupe fort peu.

Le 12 mars, Duval entre à l'hôpital pour une douleur atroce dont le début remonte à quelques jours seulement, et qui siége principalement dans le corps du biceps gauche. Le malade ne peut préciser lui-même l'endroit fixe de cette douleur; pour lui, ce serait surtout dans les muscles et jusque dans l'os du bras qu'elle siégerait. Rien dans l'épaule; mais au niveau du coude et dans toute la région périarticulaire de cette articulation, de même qu'au poignet, le malade ressent également des douleurs, moins vives cependant, lesquelles, aussi bien que dans le biceps, s'exaspèrent dans les mouvements de flexion. Entre l'articulation du coude et celle du poignet, c'est-à-dire dans tout l'avant-bras, aucune douleur. La douleur principale, qui, avons-nous dit, a son siége dans le corps du biceps, devient insupportable au moindre mouvement du bras, tandis que la pression n'y fait rien. Pas de délimitation fixe, aucun trajet régulier de cette douleur, qui est telle par moments que le malade ne peut plus porter le plus petit objet à sa bouche sans souffrir atrocement.

L'examen et la palpation du bras et de l'avant-bras ne révèlent rien d'anormal sur le trajet des vaisseaux comme ailleurs, ni tumeur, ni fluctuation, ni exostoses. Le volume du bras n'est point augmenté, et la force contractile musculaire semble être restée intacte.

Aucun trouble de sensibilité cutanée du côté du bras, où il y aurait plutôt un peu d'hyperesthésie. Mais la peau de tout l'avant-bras, principalement à la région antérieure, est manifestement moins sensible à la piqûre. Il y a une légère *anesthésie* de toute cette région. Aucun engorgement appréciable des tendons. On note à la partie interne et inférieure du bras, deux ou trois petits corps mobiles, probablement ganglionnaires, complétement en dehors du trajet des vaisseaux, situés sous la peau, du volume d'un petit pois. Le malade ne peut préciser l'époque de son apparition, mais très-certainement, s'ils ont quelque rapport avec l'affection actuelle, ils en sont l'effet et non la cause.

Le bras droit n'offre rien de particulier.

Ce malade, qui n'a jamais eu de rhumatisme, soit musculaire, soit articulaire, est d'abord traité, du 12 au 27 mars, par une application successive de deux vésicatoires volants et des émollients. Mais la douleur, loin de diminuer, augmente chaque jour.

La présence du pityriasis nous fait alors interroger le malade au point de vue de la syphilis, et aussitôt il nous raconte très-volontiers toutes ses étapes vénériennes.

Le 27 mars, traitement : 1 pilule de protoiodure d'hydrargyre de 5 centigrammes, le matin; 1 gramme d'iodure de potassium, le soir. Dès le lendemain, diminution très-sensible de la douleur.

3 avril. Les jours suivants, celle-ci disparaît si rapidement que le malade, émerveillé, se dit complétement guéri le 3 avril. En effet, non-seulement il n'existe plus la moindre douleur, mais les mouvements sont redevenus aussi libres que dans le bras droit. L'anesthésie de l'avant-bras a complétement disparu, ainsi que sa névralgie péri-articulaire du coude et du poignet. Le pityriasis lui-même a cédé à l'influence de lotions faites avec de la fleur de soufre mouillée; les petits ganglions seuls persistent.

Le malade refuse de rester plus longtemps à l'hôpital. Il nous promet de continuer en ville son traitement mixte.

Réflexions. — Il est impossible, chez ce malade, de ne point admettre la syphilis comme la cause unique de ces diverses névralgies; le passé de ce garçon, l'influence si éloquente du traitement spécifique, ne laissent aucun doute dans notre esprit à ce sujet.

Pour ce qui est de la période de sa diathèse syphilitique, qu'il en soit encore à la période secondaire ou qu'il arrive à la période tertiaire, il n'en est pas moins clair que sa vérole est une vieille vérole.

Obs. III. *Arthralgie scapulo-humérale syphilitique.* — Langlois, quarante-cinq ans, infirmier à l'Hôtel-Dieu, salle 13, n° 3. Rentre à nouveau, le 12 mars 1873, dans le service où déjà il a été traité à plusieurs reprises pour de la bronchite chronique. Râles ronflants dans toute la poitrine. Emphysème pulmonaire. N'a jamais eu de rhumatismes.

Le 26 mars, le malade a été pris la nuit, dans l'articulation scapulo-humérale droite, d'une douleur aiguë, très-vive, s'exagérant par la pression et par les mouvements devenus impossibles. Ni épanchement, ni gonflement au niveau de l'articulation. Toute la région péri-articulaire est douloureuse; lancements par moments. Rien dans les autres articulations.

Le malade porte sur la peau des deux bras, aux avant-bras et aux jambes, des taches nombreuses de couleur cuivrée, sans saillie ni desquamation, ni prurit; les unes de la largeur d'une pièce de 50 centimes, d'autres plus petites; elles seraient, au dire du malade, le résultat de boutons apparus seulement il y a six semaines (ecthyma probable ; nous n'étions point alors attaché au service). Dans les deux aines, petits ganglions mobiles et indolents. Enfin, Langlois raconte volontiers qu'à l'âge de seize ans il eut des chancres et un bubon suppuré, pour lequel il fut traité à l'Hospice général de Rouen, où il prit de la liqueur de Van Swieten (M. le docteur Blanche). Sortit guéri six semaines après. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-neuf ans, Langlois n'avait pas contracté de nouveaux accidents, si ce n'est une blennorrhagie il y a huit ans, à la suite de laquelle survint un rétrécissement qui existe encore. Depuis trois ou quatre ans déjà, notre malade ressentait par moments quelques douleurs dans cette articulation, surtout, dit-il, quand il se couchait mal; mais jamais elles n'avaient été aussi aiguës qu'aujourd'hui.

Le 1er avril, en présence d'accidents syphilitiques aussi évidents, nous avons aussitôt institué le traitement mixte : protoiodure d'hydrargyre, 5 centigrammes le matin; iodure de potassium, 1 gramme le soir.

3 avril. Depuis trois jours, diminution très-marquée de la douleur; les mouvements spontanés ou provoqués, qui étaient très-pénibles et presque impossibles, se font avec plus de facilité.

Le 6 avril, il ne reste qu'un peu de roideur articulaire, laquelle existait déjà auparavant.

Nous n'avons noté aucun trouble du côté de la sensibilité cutanée.

Réflexions. — Là encore, bien qu'on puisse admettre à la rigueur chez ce malade une arthralgie ancienne de cause obscure, il me semble qu'on est en droit d'affirmer que sa névralgie a été cette fois sinon causée, du moins très-influencée par la diathèse syphilitique, puisqu'à partir du traitement spécifique la douleur disparaît aussitôt. L'existence d'une vérole vieillie n'est pas non plus douteuse.

Concluons que les troubles nerveux syphilitiques de la période secondaire ou tertiaire se rencontrent encore assez fréquemment chez l'homme, et affectent chez lui surtout la forme névralgique.

Je me propose de compléter ce travail en y apportant de nouveaux faits.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 17 novembre 1873. — Présidence de M. de Quatrefages.

Action de l'eau pure sur divers métaux. Note de M. *Chevreul.* — Le savant académicien rappelle les expériences qu'il a faites autrefois touchant l'action des eaux de pluie et des eaux chargées de sels sur le plomb et le zinc. Ces expériences confirment celles de M. Dumas et de M. Belgrand.

Étude sur la bière; nouveau procédé de fabrication pour la rendre inaltérable, par M. *L. Pasteur.* — Cette communication, qui remplit neuf pages du Bulletin, ne pourrait être analysée ici. Disons seulement que M. Pasteur, par un procédé particulier de fabrication et en se servant d'un levain pur (qu'on ne trouve nulle part dans les brasseries) parvient, dès le moment où l'infusion de houblon est achevée et où, conséquemment, tous les germes de la maladie du moût sont détruits, à empêcher l'introduction de nouveaux organismes

« En résumé, dit l'auteur, la bière faite dans les conditions que je viens d'indiquer, logée selon l'usage dans des tonneaux goudronnés récemment, ou mise en bouteilles, se conserve indéfiniment, même dans une étuve de 20 à 25 degrés centigrades. Loin d'éprouver avec le temps quelque altération, elle paraît plutôt s'améliorer par un effet de vieillissement naturel, analogue à celui qu'offrent les vins, qui se conservent sans se détériorer. »

Pistacia terebinthus et phylloxera. — M. *Balbiani* présente des remarques sur le premier de ces insectes, et MM. *Cornu*, *Faucon*, *Petit* et *Beaume* sur le second.

Choléra. — M. *Pellarin* adresse, par l'entremise de M. Ch. Robin, une réponse aux observations présentées par M. *H. Blanc* (p. 1005 de ce volume) sur les déjections cholériques considérées comme agent de transmission du choléra.

L'auteur revient sur les assertions contenues dans sa note du 15 septembre dernier (p. 634 de ce volume); il examine de nouveau les principales divergences qui existent entre ses opinions et celles de M. H. Blanc, et cherche à établir la part qui doit revenir à chacun dans les questions de priorité qui se rattachent à la détermination des agents de transmission du choléra.

— M. *Déclat* adresse un mémoire intitulé : « Nouveaux résultats de l'application de la nouvelle méthode de traitement du choléra; quelques explications sur l'emploi de cette méthode. »

Ces communications seront soumises à l'examen de la commission du legs Bréant.

Action de l'eau de Seine et de l'eau de l'Ourcq sur le plomb. — L'auteur dans ses expériences précédentes ne s'était servi que d'eau de l'Ourcq. Depuis il a expérimenté avec l'eau de Seine et l'eau distillée. On sait qu'il s'agit de l'action de ces eaux sur des grains de plomb enfermés dans des flacons.

« Il résulte de toutes ces expériences : 1° que l'eau de Seine et l'eau de l'Ourcq attaquent le plomb, mais plus lentement

que l'eau distillée; 2° que l'action est d'autant plus rapide que le plomb est plus divisé; 3° que l'action se produit plus rapidement avec du plomb ayant déjà servi qu'avec du plomb neuf; 4° que le produit de l'action de l'eau de Seine et de l'eau de l'Ourcq sur le plomb est formé de carbonate de plomb et de carbonate de chaux, et que ces eaux, après la réaction, ne renferment pas de plomb dissous, ou seulement une quantité infinitésimale. »

L'auteur ajoute : « La théorie que j'ai donnée de l'action des eaux calcaires sur le plomb en grenaille est applicable aux tuyaux; seulement, ici, l'action doit être très-lente. Le carbonate de chaux et le carbonate de plomb se déposent sur le métal et forment un vernis préservateur, et lorsque le plomb est complétement recouvert, un nouveau dépôt de carbonate de chaux peut se produire si l'eau est très-calcaire. On conçoit que dans ces conditions l'eau arrive à sa destination dans un état de pureté absolue. En est-il de même de l'eau sortant des tuyaux nouvellement posés? Ici encore, l'eau ne doit pas, par suite de la présence du carbonate de chaux, contenir du plomb en dissolution; mais l'eau ne peut-elle pas, surtout au début de la pose et dans les premiers temps, entraîner mécaniquement des particules de plomb carbonaté? »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'état des services de M. le docteur *Monot*, qui a l'intention de concourir pour le prix de 1500 francs décerné chaque année par l'Académie de médecine. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Calvados pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département de la Haute-Loire. (*Même commission.*) — *c*. Un exemplaire du rapport de M. le docteur *Simonin* sur la marche des services de la vaccine et de l'assistance médicale gratuite dans le département de Meurthe-et-Moselle pendant l'année 1872. (*Commission de vaccine.*) — 4° Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1871 dans le département de la Manche. (*Même commission*)

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. le docteur *Leven* sur la physiologie et la pathologie de l'estomac. (*Accepté.*) — *b*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Barnes* à l'occasion de sa nomination au titre de correspondant étranger. — *c*. Deux lettres de candidature de MM. *Desormeaux* et *Maurice Perrin* pour la section de pathologie chirurgicale. — *d*. Une note de M. le docteur *Sedan* sur la vaccine en Algérie. — *e*. L'état des vaccinations pratiquées par M. le docteur *Panis* dans le département de la Marne pendant l'année 1872.

M. *Bergeron* dépose sur le bureau le premier Bulletin de la Société protectrice de l'enfance du département de la Seine-Inférieure.

M. *Devilliers* offre à l'Académie, au nom de M. le docteur *Brochard* : 1° un ouvrage intitulé : GUIDE PRATIQUE DE LA JEUNE MÈRE OU L'ÉDUCATION DU NOUVEAU-NÉ; 2° un opuscule intitulé : L'OUVRIÈRE MÈRE DE FAMILLE.

M. *Amédée Latour* présente, au nom de M. le docteur *Pietra-Santa*, une brochure sur la crémation des morts en Italie.

M. *Bouillaud* offre en hommage à l'Académie le travail qu'il a lu à l'Académie des sciences (séance du 29 septembre 1873) et qui a pour titre : NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ANALYSE ET LA THÉORIE DU POULS A L'ÉTAT NORMAL ET ANORMAL.

M. *Ch. Robin* dépose sur le bureau un ouvrage de M. le docteur *E. Lantier* sur la conservation des membres blessés par les armes à feu perfectionnées.

COMITÉS SECRETS. — Après le dépouillement de la correspondance, M. *Colin* présente quelques observations à propos des comités secrets. Il arrive souvent qu'à la fin des séances, au moment où l'on renvoie le public pour discuter ou voter en famille les conclusions du rapporteur, les académiciens ne sont plus en nombre suffisant, et dans certains cas on pourrait avec raison attaquer les décisions de l'Académie. M. Colin demande que, dans ce cas, on remette le vote à la prochaine séance.

M. *Larrey* appuie en partie cette proposition; il pense même qu'il vaudrait peut-être mieux, dans l'intérêt des candidats et de l'Académie, que tout se passât en public.

Quoi qu'en dise M. Depaul, qui en sa qualité de président défend naturellement le règlement et repousse la proposition, il y a là quelque chose à faire.

Après cet incident, qu'on s'empresse du reste d'étouffer au plus vite, la parole est donnée à M. Barth pour continuer la discussion sur le choléra.

CHOLÉRA. — M. *Barth* se propose, dans un discours en trois parties, de rechercher ce qui est admis sans conteste sur cette grave question du choléra, de signaler, de discuter ce qui est encore incertain et d'indiquer enfin les recherches à faire.

Il expose aujourd'hui les deux premiers chefs de son argumentation.

Il est un certain nombre de points sur lesquels tout le monde est d'accord, contagionistes ou non-contagionistes, partisans de la spontanéité ou de l'importation.

Ainsi, tout le monde admet que le choléra peut se présenter sous deux formes principales : la cholérine et le choléra; que la première manifestation du mal est une diarrhée sans douleur plus ou moins abondante et précédant de plusieurs heures ou de plusieurs jours les accidents cholériformes.

On est même d'accord sur l'ensemble des symptômes : diarrhée, crampes, refroidissements, cyanose, aphonie, soif vive, douleur épigastrique, dysurie ou anurie, amaigrissement rapide, altération profonde des traits, facies caractéristique.

Tous reconnaissent aussi que les déjections alvines jouent le principal rôle dans la maladie, à tel point qu'on révoque en doute les quelques cas de choléra sec signalés de temps à autre dans les épidémies cholériques.

Enfin, un dernier point non contesté, c'est que, lorsque la maladie tend à guérir, la période algide est toujours suivie d'une réaction plus ou moins vive qui peut être salutaire, mais qui peut aussi emporter le malade.

Jusque-là tout le monde s'entend, mais où l'accord cesse, c'est quand on arrive à la nature et à la genèse du choléra.

Qu'est-ce, en effet, que le choléra? C'est une névrose ganglionnaire, dit l'un; un typhus, dit l'autre, une fièvre pernicieuse, une fermentation spéciale, reprend un troisième; ou bien un empoisonnement miasmatique, dit un quatrième. Autant d'auteurs, autant d'opinions.

Même désaccord sur la nature du choléra sporadique et du choléra indien. Ils se ressemblent tellement, suivant les uns, qu'il est complétement impossible de les différencier. La ressemblance n'est pas si grande, répond-on par la voix de M. Chauffard, et l'on peut facilement les distinguer l'un de l'autre.

Ainsi, le choléra sporadique est une affection bénigne, se montrant surtout chez les gens affectés d'autres maladies. Sa diarrhée est accompagnée de douleurs d'entrailles, et les déjections sont noirâtres. Il survient surtout dans la saison chaude et sous l'influence de causes appréciables. Le choléra sporadique, enfin, est tout individuel et nullement transmissible.

Le choléra indien, au contraire, est essentiellement grave, souvent foudroyant, et frappe les individus en pleine santé, même les plus robustes. La diarrhée est sans coliques, les selles blanchâtres et riziformes. Il apparaît en toute saison, aussi bien en hiver qu'en été et sans cause appréciable; enfin il atteint en même temps un grand nombre d'individus et paraît être le plus souvent transmissible.

Même indécision, même incertitude sur les causes qui peuvent engendrer le choléra. Les partisans de la spontanéité ont invoqué successivement les conditions hygiéniques, topographiques, météorologiques ou telluriques (humidité, sécheresse, état électrique de l'air, constitution du sol, etc., etc.). Toutes ces conditions peuvent jusqu'à un certain point favoriser la marche et les progrès du choléra, mais elles sont insuffisantes pour le créer de toutes pièces.

L'idée à laquelle on se rattache de préférence aujourd'hui, c'est que le choléra est une affection *sui generis* originaire de l'Inde et qui, partie des bords du Gange en 1817, a envahi peu à peu le monde entier.

Comment s'est-il propagé? Ici encore plusieurs théories sont en présence : M. Joly fait jouer le principal rôle à l'eau, aux rivières et aux grands fleuves. Pour d'autres, ce sont des courants atmosphériques qui transportent à distance les miasmes cholériques. D'après M. J. Guérin, il faut tenir compte de la constitution atmosphérique. Suivant une théorie plus généra-

lement acceptée, c'est l'homme lui-même qui emporte et transporte avec lui les germes de la maladie. Les faits sont là, en effet, pour prouver que, partout où l'homme a passé, le choléra s'est déclaré, et que jamais la vitesse du fléau n'a dépassé la vitesse des moyens de transport de l'homme.

Quant aux faits de contagion, les partisans de la spontanéité du choléra et les non-contagionistes n'y voient que des coïncidences; ils citent à ce propos des faits négatifs qui ne prouvent rien et n'ôtent rien à la valeur des faits de contagion évidente, car les partisans de la contagion n'ont jamais dit que le choléra était toujours contagieux; ils reconnaissent que cette contagion dépend de certaines conditions locales, atmosphériques ou individuelles, que nous ne connaissons malheureusement pas encore.

En résumé, de ces trois théories : spontanéité, transmission par l'eau ou les courants atmosphériques et transmission par l'homme, c'est à cette dernière que se rattache M. Barth, comme étant la plus logique, la plus rationnelle et la seule qui soit d'accord avec les faits.

— L'Académie devait entendre une lecture de M. Warlomont; mais le temps ne le lui a pas permis. Elle s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Charcot sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Nous publierons le mémoire de M. Warlomont.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE L'ISCHÉMIE CHIRURGICALE DANS LES AMPUTATIONS. — DE L'INFLAMMATION DES TACHES DE LA CORNÉE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RÉGÉNÉRATION DU CRISTALLIN. — EXTROVERSION DE LA VESSIE. — HERNIE CONGÉNITALE ÉTRANGLÉE CHEZ UN ENFANT DE TROIS MOIS. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. *Demarquay* présente, au nom de M. *Esmarch*, membre correspondant étranger, une brochure sur un nouveau genre de compression des vaisseaux pendant les amputations. A Vienne, M. Demarquay a vu pratiquer une amputation de Pirogoff; grâce au nouveau système de compression, le malade n'a pas perdu vingt gouttes de sang. Dans une amputation de jambe au tiers inférieur, le malade n'a pas perdu trente gouttes de sang. Un enfant avait une tumeur fibro-vasculaire volumineuse sur la partie externe du bras droit; M. Demarquay fit la compression d'Esmarch et enleva la tumeur; le petit malade n'avait pas perdu 4 grammes de sang.

Pour faire cette compression, on prend une bande élastique en tissu de soie et caoutchouc, de la ouate et un taffetas gommé s'il y a plaie; la ouate est destinée à remplir les creux. On applique la bande avec soin, en commençant par l'extrémité du membre. Cette compression peut être supportée vingt à trente minutes sans trop de souffrances. On a ainsi chassé le sang de l'extrémité du membre vers le tronc; alors on prend un tube de caoutchouc, avec lequel la racine du membre est serrée, pour empêcher le sang de revenir. Il suffit alors d'enlever la bande élastique par la partie inférieure jusqu'au point où doit se faire l'amputation. M. Esmarch a appliqué cette compression sur deux membres à la fois sans inconvénient pour l'économie.

— M. *Giraud-Teulon* lit deux rapports sur des communications faites à la Société par M. Gayat, docteur en médecine à Lyon, candidat au titre de membre correspondant.

Dans la première de ces communications, il s'agit des analogies que l'auteur croit avoir reconnues entre les taies superficielles de la cornée et les cicatrices cutanées, au point de vue des prédispositions offertes par les unes et les autres aux récidives inflammatoires. L'épithélium altéré de la cornée y offrirait un terrain tout prêt pour les inflammations, comme on peut l'observer dans les mêmes dispositions aux récidives inflammatoires offertes par les cicatrices de la peau. L'analogie histologique déterminerait l'analogie pathologique.

C'est ainsi que l'auteur se rend compte de la reproduction des ulcères à vésico-pustules sur des points déjà atteints de la cornée, et qu'il a observée dans quatre observations jointes au mémoire.

Ce point de vue paraît logique, mais il faudrait un plus grand nombre d'observations pour qu'il acquît force de loi.

— Dans sa seconde communication, M. Gayat fait connaître à la Société les résultats de quatorze expériences qu'il a entreprises pour vérifier les assertions de la physiologie expérimentale sur la régénération du cristallin, problème qui a éveillé l'attention des chercheurs. On connaît à cet égard, en particulier, les travaux de MM. Milliot et Philippeaux. Les recherches nouvelles de M. Gayat confirment les faits reconnus par ces auteurs plutôt que leurs conclusions. « Oui, dit-il, chez les jeunes mammifères (lapins), la capsule peu entamée et demeurant en place reproduit, après la sortie de la lentille, un autre corps plus ou moins transparent, et formé, comme l'ancien, de tubes cristalliniens plus ou moins purs. Cela n'a rien d'étonnant pour qui connaît l'histologie de la capsule et quand on considère la période presque embryonnaire encore de la vie de ces jeunes animaux. Mais dans ces nouveaux produits de prolifération par l'endothélium de la capsule, l'ordre et la régularité, les lois optiques font défaut, et s'il y a lentille produite elle est loin de remplacer celle qu'on a extraite. »

Si de ces expériences on passe à ce qui se voit chez nos cataractés, la prétendue régénération du cristallin ne serait donc qu'un leurre, car la régularité et la transparence y feront bien autrement défaut. Les expériences nouvelles de M. Gayat ont donc le mérite de rendre à la physiologie expérimentale ce qui lui appartient, et à la chirurgie ce qui pourra lui être utile. Au lieu de chercher à obtenir une régénération de la lentille extraite, le chirurgien devra, au contraire, se défendre contre cette reproduction. A cet effet, il ouvrira le plus largement possible la capsule, car son intégrité paraît favoriser la régénération.

— M. *Cazin* (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation d'extroversion de la vessie; opération. (Commission composée de MM. Marjolin, Tarnier et Dubreuil.)

— M. *Guéniot* communique un fait de hernie congénitale étranglée chez un enfant de trois mois. Cet enfant portait depuis un mois dans l'aine droite une tumeur du volume d'un marron, de consistance élastique et translucide. Le testicule de ce côté était encore dans la cavité abdominale. L'enfant eut une bronchite, toussa beaucoup; la tumeur descendit suivie par le testicule. Depuis lundi dernier, vomissements incessants, ventre ballonné, torpeur, état général très-mauvais. Au-dessus de la tumeur on trouvait un cylindre très-dur allant se perdre dans l'abdomen. L'enfant était mourant. M. Guéniot fit l'opération suivante : incision sur la tumeur dans le sens longitudinal, ponction de la tunique vaginale dans le point où était le liquide; écoulement de ce liquide, muqueux et épais. On rencontre alors le testicule et l'épididyme, et au-dessus l'intestin brun, étranglé, en dehors de l'orifice cutané du canal inguinal. Débridement en haut et en dedans; réduction. Le doigt sentait alors l'orifice tranchant de l'anneau. L'enfant mourut dans la soirée avec des vomissements fécaloïdes.

A l'autopsie, l'intestin grêle est distendu; les anses sont agglutinées entre elles par la péritonite; le gros intestin est affaissé. Une anse de l'intestin grêle pénétrait dans le canal inguinal sur la longueur de 2 centimètres environ; cette anse était restée étranglée dans la portion interne du canal, après le débridement à l'orifice cutané.

M. *Marjolin*. Les hernies étranglées sont excessivement rares avant le quinzième mois. Ce chirurgien en a vu deux à trois cas qu'il a pu réduire.

M. *Panas*. Dans la hernie congénitale, il peut y avoir deux étranglements; c'est la portion rétrécie du canal péritonéal qui est l'agent d'étranglement. Parfois on a réduit l'intestin avec la cause de l'étranglement. Il y a six ans, M. Panas a vu

à l'hôpital Saint-Antoine une hernie étranglée chez une petite fille de six mois: le sac contenait l'ovaire, la trompe et une anse intestinale.

— M. *Notta* présente un uréthrotome qu'il a fait fabriquer par M. Charrière; c'est une sonde métallique aplatie, contenant une lame qu'on peut faire saillir de l'intérieur. M. Notta a fait cinquante opérations avec cet instrument. Il dilate d'abord le canal avec des bougies; arrivé à 3 millimètres, il remplace les bougies par la sonde Béniqué. Si le rétrécissement est dilatable, il continue l'emploi de ces sondes. Si le rétrécissement n'est plus dilatable, on passe l'uréthrotome. Immédiatement après on installe une sonde à demeure de 8 à 9 millimètres pendant trois jours, puis on continue la dilatation. Les seuls accidents observés ont été : une orchite, un abcès pelvien, un accès de fièvre. La durée du traitement est de vingt à trente-cinq jours.

— M. *Cruveilhier* présente les pièces provenant d'un individu mort à la suite de la kélotomie. L'étranglement datait de vingt-quatre heures. Œdème des bourses et du bas-ventre. Opération. Le chirurgien ouvre une poche contenant de la sérosité sanguinolente et des pseudo-membranes; il crut à une adhérence de l'intestin avec le sac, d'autant plus que des gaz s'étaient échappés avec le liquide. M. Cruveilhier débrida et laissa les choses dans le même état. Le malade mourut quelques jours après. L'étranglement n'avait pas été levé et le sac n'était pas ouvert. L'intestin était rompu, ce qui explique la présence des gaz. L'étranglement tenait au collet du sac. M. Cruveilhier avait ouvert un ancien sac herniaire.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1873.— PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

DE LA CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE : M. HAYEM. — LE MONSTRE DOUBLE CHRISTINE MILLY : M. BERT.—LE MERCURE EST UN POISON MUSCULAIRE : M. RABUTEAU. — DE L'OSSIFICATION DE L'OS MALAIRE : M. HAMY. DIMINUTION DE L'URÉE COÏNCIDANT AVEC DES ACCÈS FÉBRILES : M. REGNARD.

M. *Hayem* présente des préparations et des dessins qui démontrent les lésions de la cirrhose hypertrophique, affection très-peu connue et dont un seul exemple aurait été publié en France par MM. Ball et Ollivier en 1867. La cirrhose hypertrophique est, comme son nom l'indique, une cirrhose avec augmentation de volume du foie; elle se distingue en outre à l'œil nu des autres formes de cirrhose par l'aspect lisse des coupes du foie, qui est tout à fait différent de l'aspect granuleux observé dans la cirrhose ordinaire et de l'aspect lobulé de la cirrhose syphilitique. Les caractères fondamentaux de la cirrhose hypertrophique sont constitués par l'épaississement diffus de la trame conjonctive existant non-seulement entre les lobules hépatiques, mais aussi à l'intérieur des lobules, par la congestion et la dilatation énorme des vaisseaux, enfin la conservation des cellules hépatiques qui ne sont pas infiltrées de graisse ni de granulations pigmentaires. C'est une hépatite diffuse chronique périphérique et interstitielle par rapport aux lobules.

En outre, le tissu conjonctif subit une transformation particulière fort curieuse, il représente une sorte de tissu adénoïde comparable au tissu adénoïde situé sous la muqueuse intestinale.

Au point de vue séméiologique, l'hypertrophie considérable offre une grande importance; dans l'une des deux observations de M. Hayem, on fit la ponction du foie croyant à l'existence d'un kyste du foie; dans l'autre, on se proposait la ponction lorsque la mort est survenue.

M. *Bert* communique des observations prises sur le monstre double du sexe féminin qui est en ce moment exhibé à Paris, et connu sous le nom de la négresse à deux têtes ou Christine Milly, le point le plus intéressant de cette communication est la constatation de la sensibilité croisée dans les membres inférieurs. Nous revenons sur ce sujet dans un autre article. (Voy. *Variétés*.)

M. *Rabuteau* présente une série de conclusions sur l'action toxique des sels métalliques, dont il développe l'une des plus importantes. Les sels de mercure agissent comme les autres poisons métalliques, sels de cuivre, strontium, baryum, etc. Lorsque'on injecte quelques milligrammes de sublimé corrosif ou d'iodure double de mercure et de sodium sous la peau d'une grenouille, on observe le ralentissement de la circulation, la paralysie des mouvements, l'arrêt du cœur. Il n'y a pas action toxique sur le système nerveux, puisque lorsqu'on isole une patte en laissant le nerf sciatique comme seul moyen de communication, l'action paralysante du sel de mercure ne s'exerce pas sur les muscles de la patte isolée.

M. *Hamy* démontre que l'os malaire se développe par trois points d'ossification, l'un vers l'apophyse, l'autre dans la portion orbitaire, le dernier dans la partie inférieure de l'os. Le point apophysaire se retrouve chez l'hippopotame. Les observations de M. Hamy sur le développement des os de la face lui ont démontré que les notions actuelles sur le sujet sont fort incomplètes.

M. *Regnard* présente les résultats d'une étude prolongée des variations de la quantité d'urée chez un malade atteint de calculs biliaires, avec coliques hépatiques et accès fébriles. L'urée au moment des accès diminuait tandis que la température s'élevait. Le nombre des accès a été de trente et un, et le malade fut observé de juin à octobre, ce qui a permis d'établir des courbes démontrant ce phénomène qu'il est difficile d'expliquer. M. Regnard a observé, en même temps que l'urée diminuait, des cristaux de leucine et de tyrosine, mais l'analyse chimique n'a pu être dirigée dans le but de doser la quantité de ces substances qui paraissaient d'ailleurs trop peu abondantes pour qu'on ait pu croire au remplacement, dans l'urine, de l'urée par la tyrosine et la leucine.

Dans cette séance, M. Malassez a été élu membre titulaire par 29 voix sur 30 membres présents.

A. HÉNOCQUE.

REVUE DES JOURNAUX.

Observation de leucocythémie splénique traitée par des inhalations d'oxygène, par le docteur N. B. SIZER.

OBS. — Ce cas recueilli dans le service du docteur E. C. Seguin (*Presbyterian Hospital* de New-York), a trait à une femme de vingt-neuf ans, qui souffrait déjà depuis près de deux ans. Dix mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'était aperçue de la présence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche. Jamais elle n'avait eu de fièvre intermittente, quoiqu'elle ait habité longtemps un pays marécageux. A son entrée (11 novembre), le docteur Sizer constate une anémie profonde, un amaigrissement extrême et une augmentation considérable du volume de la rate qui descend jusque dans la fosse iliaque, et s'étend transversalement à 2 pouces au delà et à droite de l'ombilic. Les limites du foie ne peuvent pas être précisées. La malade se plaint d'une sensation de plénitude dans la tête.

Le 1er janvier, à la suite de frictions mercurielles, la rate a manifestement diminué de volume, mais la céphalalgie persiste.

Le 13, l'examen microscopique du sang révèle une augmentation numérique des globules blancs qui sont, en effet, presque aussi nombreux que les globules rouges.

Le 14, inhalations d'oxygène (environ 25 litres par jour), et 15 centigrammes de sulfate de quinine, trois fois par jour.

Le 18, après quatre jours d'inhalations oxygénées, la céphalalgie persiste, mais la rate semble avoir diminué de volume.

Sauf une épistaxis et un abcès de la glande vulvo-vaginale, nous ne trouvons dans cette observation aucun autre incident à noter avant la mort de la malade qui succombe quelques jours après (28 janvier).

A l'autopsie, le tissu du foie est grisâtre et ramolli. Sa surface est tachetée d'arborisations d'un rouge pâle. La rate pèse 16 livres et demie et mesure 14 pouces de haut en bas et 9 pouces dans son diamètre transversal. Sa surface est d'une couleur brune rougeâtre marbrée à la

coupe, son parenchyme est ferme et parsemé de noyaux hémorrhagiques.

Les veines spléniques et hépatiques sont remplies de caillots brunâtres. Les corpuscules de Malpighi sont hypertrophiés et la pulpe splénique tout entière est infiltrée de globules blancs; on trouve aussi un abondant dépôt de pigment autour des corpuscules. Mais il est impossible de constater la présence des prétendues tumeurs leucémiques.

Le cœur contient dans ses cavités de gros caillots bruns grisâtres.

Le rein droit pèse 10 onces, le gauche 8. Ces deux organes présentent une zone blanchâtre entourant les pyramides. Rien d'anormal dans les autres organes.

Après avoir reproduit l'observation rapportée par le docteur Sizer, malgré ses nombreuses lacunes, nous allons signaler les points qui lui ont paru dignes d'appeler l'attention.

En premier lieu, chez cette malade, la température est restée au-dessous de la normale pendant tout le cours de son affection. Elle était en moyenne de 100° (Farenheit) avec des exacerbations vespérales de 1° à 3° F.

Le pouls, en général, était fréquent (100 pulsations en moyenne), de plus, il offrait quelques intermittences. Le tracé sphygmographique qui accompagne cette courte observation montre une grande impulsion systolique à sommet arrondi et un dicrotisme très-marqué. La systole semble plus forte après les inhalations d'oxygène.

Enfin, les urines ont été soigneusement analysées par le docteur Sizer pendant les quatre derniers jours, et nous allons présenter ici le résultat de ses recherches uroscopiques qui nous semblent mériter quelque intérêt :

	1er *jour.*	2e *jour.*	3e *jour.*	4e *jour.*
	c. cubes	c. cubes	c. cubes	c. cubes
Quantité nycthémérique	1091	1091	1327	1268
Densité............	1011	1013	1013	1011
Parties solides.......	27 p. 1000	31 p. 1000	31 p. 1000	25
Urée..............	19,9	21,6	23,2	18,2
Acide urique........	1,83	1,86	2,84	1,68

(*Archives of scientific and pratical medicine*, n° 5, 1873, New-York).

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par John Hughes Bennett, professeur de physiologie, d'histologie et de clinique médicale à l'Université d'Édimbourg. Édition française traduite sur la 5e édition anglaise et annotée par le docteur P. Lebrun, médecin de l'Institut ophthalmique du Brabant. — 2 vol. in-8 de plus de 600 pages. Paris, 1873, G. Masson. — Prix : 25 fr.

(Fin. — Voyez le numéro 46.)

Le chapitre consacré à la tuberculose renferme quelques points à noter. L'auteur considère le tubercule comme un exsudat pouvant se verser dans tous les tissus vasculaires, de la même manière et par le même mécanisme que dans l'inflammation; seulement, dit-il, par suite du manque d'énergie vitale, il se trouve hors d'état de passer par les mêmes transformations et aboutit à des productions organiques imparfaites et avortées, ou plus fréquemment n'a d'autre résultat que la décomposition ou l'ulcération. C'est pour les mêmes raisons, ajoute-t-il, que l'on voit des inflammations manifestes, après avoir passé à la chronicité en même temps qu'il se manifestait de la faiblesse, dégénérer en offrant tous les symptômes et les phénomènes généraux de l'inflammation.

En vertu de ces prémisses, l'auteur arrive à la conclusion thérapeutique suivante : c'est que si l'on parvient à soutenir les fonctions nutritives, il n'y a pas de raison pour que le tubercule, une fois formé, ne soit pas graduellement absorbé et pour que la tendance à de nouveaux dépôts ne s'arrête pas tout à fait. — «Pour ramener la santé, il faut rendre à la nutrition les éléments qui lui manquent : on y parviendra en ajoutant directement et simplement à l'alimentation une huile animale, c'est-à-dire des principes indispensables à la formation des molécules elles-mêmes, et entre tous ces agents, le docteur Bennett place au premier rang l'huile de foie de morue dont il a été un des premiers en Angleterre à proclamer les heureux effets (1851); il attribue même à la publication de son premier mémoire sur ce sujet, la décroissance notable de la mortalité causée par la phthisie durant les neuf années qui suivirent.

Trois chapitres intéressants d'anatomie pathologique générale terminent la deuxième section de cet important ouvrage. Ils sont consacrés à l'étude générale des tumeurs (*morbid growths of the texture*), des dégénérescences et des concrétions. Les nombreuses figures intercalées dans le texte et représentant les spécimens de chacune de ces diverses productions morbides aident puissamment le lecteur à comprendre le texte et à suivre l'auteur dans ses descriptions toujours très-exactes mais parfois trop sommaires. Dans ces 200 pages se trouve condensé en effet un véritable traité d'anatomie et de physiologie pathologiques générales que l'élève aussi bien que le praticien pourront souvent consulter avec fruit. Mais c'est surtout à ce dernier que s'adresse la section III; elle a pour titre *Thérapeutique générale*, et renferme des considérations du plus grand intérêt et de la plus haute portée cliniques. En effet, comme le professeur Bennett a soin de le faire observer tout d'abord, pour apprécier convenablement les moyens dont la science médicale dispose pour la guérison et le soulagement des malades, il est nécessaire de fixer notre attention sur plusieurs particularités importantes, telles que l'influence du moral sur le physique, la marche naturelle des maladies, les conséquences du perfectionnement du diagnostic et des progrès de la pathologie. C'est en grande partie pour n'avoir pas su faire attention à ces points, comme aussi pour avoir follement dédaigné leurs effets sur les principes généraux de traitement, qu'il règne de nos jours tant d'incertitudes et de controverses au sujet de l'action des remèdes.

La méthode à suivre en thérapeutique consiste, selon lui, à rechercher : 1° combien de temps il faut à une maladie abandonnée aux seules ressources de la nature, dans des circonstances favorables, pour arriver à la guérison; 2° quelle marche elle suit dans le cas contraire; 3° enfin, ces deux questions résolues, jusqu'à quel point des remèdes sont capables d'abréger sa durée. « Si chaque jeune praticien, ajoute-t-il, voulait consacrer sa vie à l'élucidation consciencieuse de la marche naturelle d'une seule maladie, il aurait fait plus, au bout de sa carrière, pour sa pratique médicale, que n'ont pu en accomplir des siècles d'essais empiriques. »

L'auteur, en terminant cette première partie, se déclare de plus en plus convaincu que toutes les incertitudes, au sujet de l'établissement futur d'une médecine scientifique, ne se dissiperont qu'alors qu'on aura approfondi dans tous ses points la théorie de l'organisation moléculaire, puis il résume de la façon suivante les principes sur lesquels repose sa thérapeutique ou plutôt celle que l'on pourrait appeler la thérapeutique de l'avenir.

1° Le traitement empirique qui repose sur une autorité aveugle et le traitement expectant, lequel ne repose non plus que sur une aveugle foi dans la nature, sont tous deux erronés.

2° La connaissance de la physiologie et de la pathologie est le fondement réel et le commencement indispensable d'une étude correcte de la thérapeutique.

3° Le but réel de toute expérience, digne de ce nom, doit être de déterminer comment les lois, dont la découverte a suivi le progrès des sciences de la physiologie et de la pathologie, peuvent être utilisées pour la guérison des maladies.

La seconde partie de cet ouvrage est beaucoup plus difficile à analyser, car elle ne renferme presque exclusivement que des observations, suivies de commentaires judicieux, qui pourront être consultées assurément avec fruit par les cliniciens, mais dont la lecture soutenue est parfois fatigante. C'est à la

fois le mérite et le défaut de cette œuvre, de renfermer un recueil aussi complet de faits bien observés mais présentés sous une forme aride et monotone. Aussi serons-nous bref sur cette seconde partie, qui ne comprend cependant pas moins de douze cents pages. Fidèle au programme que nous nous sommes tracé, nous n'en ferons ressortir que les points principaux, que les idées originales et les aperçus nouveaux qu'elle présente.

La section IV, consacrée aux maladies du système nerveux, mérite d'être lue avec attention; deux articles intéressants y sont traités avec un soin extrême: en premier lieu la pathologie des ramollissements cérébraux et spinaux, en second lieu les symptômes ophthalmoscopiques dans les maladies du système nerveux. Après avoir analysé attentivement de nombreux cas de ramollissement cérébral, l'auteur arrive à conclure qu'ils se produisent de six manières différentes: 1° par infiltration d'un exsudat entre les éléments nerveux; 2° par rupture mécanique de ces mêmes éléments à la suite d'extravasations hémorrhagiques, réunies en foyer ou infiltrées dans de petits points isolés; 3° par dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses indépendamment de toute exsudation; 4° par simple imbibition séreuse, ce qui relâche l'union des cellules et des tubes nerveux; 5° par violence mécanique, en ouvrant la boîte crânienne; 6° enfin par putréfaction. A ces divers modes pathogéniques, on pourrait ajouter une septième forme de ramollissement qui se rencontre dans la substance grise de la corde spinale dans les cas d'atrophie musculaire progressive. C'est la forme moléculaire décrite par Lockart-Clarke.

En face de cette multiplicité des formes du ramollissement, le professeur Bennett, insiste sur la nécessité de l'emploi du microscope pour en établir la nature, et il termine cette étude anatomo-pathologique par les deux propositions suivantes qui en résument pour ainsi dire les points essentiels :

« 1° Les pathologistes, dit-il, ont souvent confondu le ramollissement produit durant la vie et dépendant d'une maladie, avec celui qui est simplement le résultat de changements posthumes ou de violences mécaniques; 2° nonobstant les recherches les plus consciencieuses et la présence, durant la vie, des symptômes de ramollissement les mieux marqués, la maladie organique, bien qu'existant en réalité, a souvent échappé à l'observation.»

Dans la cinquième section, l'auteur passe en revue les diverses maladies du tube digestif et consacre un court mais judicieux paragraphe à la pathologie générale et au traitement de la dyspepsie suivi d'observations relatives aux accidents produits par les sarcines. Le perchlorure de fer lui paraît être le meilleur médicament à administrer en pareil cas. Signalons aussi une étude anatomo-pathologique assez détaillée du carcinome stomacal, de la dysentérie et de l'entérite. Les deux sections suivantes ont trait aux maladies des voies circulatoires et respiratoires. Nous avons déjà signalé les opinions de l'auteur sur le traitement et la pathologie de la pneumonie aiguë et de la phthisie pulmonaire; aussi n'y revenons-nous que pour recommander à nouveau la lecture de ces deux importants chapitres.

Les maladies des voies génito-urinaires et celles du système tégumentaire ne nous arrêteront pas longtemps, nous noterons toutefois un intéressant paragraphe sur la pathologie du mal de Bright ainsi qu'une note additionnelle du traducteur relative à la rétinite albuminurique, car nous avons hâte d'arriver au chapitre capital de ce second volume, et en particulier au sujet qui a le plus puissamment contribué à illustrer le nom du professeur Bennett : nous voulons parler de la leucocythémie ! Le lecteur trouvera dans les cinquante pages consacrées à cet important sujet, la meilleure description qui ait encore été tracée de cette maladie et la revendication à la fois la plus modeste et la plus légitime que jamais inventeur ait faite pour une découverte injustement contestée. L'auteur passe ensuite en revue, sous le chef, maladies du sang, la chlorose et l'anémie, la pyohémie, la glycohémie, la fièvre continue, la fièvre rémittente infantile, la fièvre intermittente, les fièvres éruptives, la diphthérie (nous ne pouvons omettre ici une courte mais intéressante note du traducteur sur la paralysie diphthéritique), la syphilis, le rhumatisme et la goutte, le scorbut, la polydipsie, l'urémie, enfin la polysarcie et l'obésité. Les développements que nous avons donnés à notre analyse ne nous permettent malheureusement pas d'entrer dans de plus détails sur la dernière partie de cette œuvre vraiment gigantesque par l'étendue et le nombre des sujets qui s'y trouvent traités, autant que par la multiplicité même des opinions personnelles émises par l'auteur qui a voulu prouver, en terminant son livre par une étude de déontologie médicale, qu'il n'était pas seulement un pathologiste érudit, un savant clinicien, un novateur hardi, mais encore un médecin consciencieux et honnête, connaissant aussi bien les secrets de son art que les devoirs de sa profession.

Dr Labadie-Lagrave.

Leçons élémentaires d'hygiène, par le docteur H. Parrot, médecin de l'hôpital et des prisons de Périgueux. — 1 vol. in-12. Paris, Paul Dupont.

Ce livre est la reproduction de leçons faites aux élèves du lycée de Périgueux, en exécution de l'arrêté pris le 6 mai 1872 par M. J. Simon, alors ministre de l'instruction publique, et au sujet duquel on se souvient qu'il avait demandé l'avis de l'Académie de médecine. Nous avons, pour notre part, combattu cette innovation, et les raisons que nous avons données alors nous semblent encore bonnes aujourd'hui. Il y a plus, si quelque chose pouvait nous confirmer dans notre opinion, ce serait le livre que nous avons sous les yeux. Et pourquoi? parce que ces leçons étant conçues et exécutées avec beaucoup d'art, rédigées dans la forme simple et correcte qui convenait aux disciples, donne la plus haute mesure de ce qu'on peut attendre d'un enseignement rigoureusement conforme, comme l'est celui-ci, au programme ministériel. Or, dès que le professeur veut sortir de ces notions banales d'hygiène qui sont vraiment de la monnaie courante dans toutes les classes de la société, il lui faut bon gré mal gré recourir à la physique et à la chimie que les élèves connaissent peu, ou à la physiologie qu'ils ignorent absolument. Sans doute, il fait preuve d'une dextérité remarquable dans la manière dont il réduit à leur plus simple expression les données de la physiologie, afin de les rendre plus aisément intelligibles; mais alors ce ne sont plus guère que des *abstractions* dont l'élève ne peut se former qu'une idée vague et, livré à lui-même, tirera vraisemblablement des déductions erronées. Nous imaginons malaisément, par exemple, ce qu'il a appris quand on lui a dit que, chez l'homme et les animaux, on distingue la *vie de relation* et la *vie de nutrition*, et que, pendant le sommeil, la première seule de ces deux vies est éteinte. Il savait cela d'avance ou l'aurait appris sans maître, et sans se croire pour cela un grand clerc; mais dès qu'on lui inculque la notion à titre scientifique et qu'on en poursuit devant lui certaines conséquences, croyez que son esprit ira plus loin que votre enseignement et ne tardera pas à se fourvoyer. Croyez également que vous ne lui parlerez pas impunément des moyens de rendre « la plasticité » aux muscles. De ce mot il fera une chose, une chose à sa fantaisie, et sera bien sage si plus tard, dans les salons, il ne fait pas de *plasticité* une enseigne de son savoir.

Notre distingué confrère de Périgueux nous pardonnera une critique qui ne s'adresse pas à lui et qui laisse entiers, nous l'avons dit plus haut, nos éloges pour le talent dont il a fait preuve dans l'accomplissement d'une œuvre délicate.

VARIÉTÉS.

Congrès de Vienne. — Les quarantaines et la prophylaxie.

M. le docteur Caminhoa, délégué du gouvernement du Brésil et vice-président de la section des quarantaines au troisième Congrès internationnal (Vienne), a bien voulu nous communiquer un très-important mémoire qu'il a lu à ce Congrès, sur les questions ressortissant aux travaux de la section. La longueur de ce mémoire, dont on ferait un petit volume, ne nous permet pas de le publier intégralement; mais nous extrayons avec plaisir les passages qui se rapportent le plus directement aux questions actuellement débattues à l'Académie de médecine.

La pensée de l'auteur, qui s'inspire surtout du savant article Quarantaines publié par le professeur L. Colin dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, peut se résumer comme il suit : Contre la propagation du choléra et autres maladies infectieuses, les lazarets sont, en partie du moins, impuissants. Il n'y a pas lieu pourtant de les supprimer; mais il faut s'occuper surtout de déterminer les foyers, les points de départ des épidémies, les conditions qui les entretiennent et les moyens de les éteindre. Or, toutes les épidémies commencent par des foyers, depuis la grande peste décrite par Thucydide jusqu'au choléra actuel. On sait donc toujours sur quels points doit porter l'action prophylactique.

I. — Les quarantaines.

... Qu'est-ce que nous devrions voir en pratique aujourd'hui dans les villes maritimes à l'égard des navires qui arrivent?

Les autorités sanitaires doivent demander les papiers et la patente, s'informer s'il y a eu quelques cas de maladie contagieuse pendant la traversée.

Si la patente est brute, mais que pendant le voyage (de moins de dix jours) il ne soit pas arrivé quelque cas, le navire reste (selon le pays) de cinq à huit jours en quarantaine, et les passagers, bagages, etc., vont dans le lazaret pendant le même temps. Là ils doivent être désinfectés. Voilà ce qui est exigé par les lois.

Mais, messieurs, est-ce ainsi que les choses se passent en réalité? Non, certainement.

Les canotiers du lazaret, qui sont aussi directement sous la rigueur de la loi, communiquent avec la population, achètent les objets que les passagers leur demandent, et quelquefois les apportent eux-mêmes!

Dans le port de Montévidéo, le malheureux passager est envoyé dans la petite île de la Libertad, à quelques mètres de la côte, pendant le nombre de jours que l'officier de santé détermine. Là se trouve le lazaret (qui n'est absolument pas digne de ce nom); il y manque même ce qui devrait être indispensable.

A Buenos-Ayres la chose est encore pire, parce que les hommes et les dames qui arrivent d'un port suspect sont transportés avec leurs hardes pêle-mêle dans un ponton, où il n'y a aussi même pas ce dont ne peuvent se passer les plus pauvres gens!

La responsabilité des gardes est immense!

Mais que voyons-nous arriver au lazaret?

Les marchands de fruits, de biscuits, etc., s'approchent des infectés sous prétexte de vendre leurs marchandises, et offrent leurs services ; il va sans dire si on les paye bien et argent comptant. Ceux qui veulent en profiter s'exposent à une forte amende et partent durant la nuit pour le port le plus voisin ou le plus convenable, pendant que le garde dort ou que son attention est détournée par les autres passagers, qui simulent un désordre ou quelque autre chose capable de le distraire. Mais généralement les gardes sont bons princes et ne croient pas aux effets salutaires des quarantaines; ils sont les premiers à dire : « Faites ce que vous voudrez, mais ne me compromettez pas ».

Venons à d'autres faits; parlons d'un autre port où le service est très-sévère, parce qu'on exige la quarantaine pour les navires provenant de ports infectés, quoiqu'ils aient dépensé dix-huit ou vingt jours pour la traversée : c'est Lisbonne!

Vous savez que cela est contraire à la disposition de l'article 64 du règlement sanitaire international, dont le Portugal est un des signataires. Voici l'article :

« En patente brute de fièvre jaune, sans accidents pendant la traversée, *si cette traversée a été de plus de dix jours*, les marchandises seront soumises, par mesure d'hygiène, à une simple aération sans déchargement.

» S'il y a eu des accidents, ou si la traversée a été de moins de dix jours, les marchandises *pourront être l'objet des mêmes mesures qu'en patente brute de peste*, c'est-à-dire *débarquées au lazaret purifiées ;* mais cette mesure sera facultative et laissée à l'appréciation de l'autorité sanitaire. »

Dans tout autre pays, excepté le Portugal et les républiques de la Plata, il me paraît que cela n'arrive jamais; l'Italie, par exemple, qui est aussi accusée de sévérité, respecte ce point-là, comme vous l'avez entendu de l'honorable M. le professeur Castiglione, très-digne représentant du gouvernement italien.

En Portugal, on admet encore pratiquement la provenance suspecte, contrairement à l'article 3 de la convention du 30 février 1853, et à l'article 26 du règlement international du 27 mai 1853, dont ce royaume a été un des signataires.

« Art. 3. — A partir de la mise à exécution de la présente convention, il n'y aura plus que *deux patentes : la patente brute* et *la patente nette ;* la première pour la *présence constatée de maladie ;* la seconde pour l'absence attestée de maladie. La patente constatera l'état hygiénique du bâtiment. Un bâtiment en patente nette, dont les conditions seraient *évidemment mauvaises et compromettantes*, pourra être assimilé, par mesure d'hygiène, à un bâtiment en patente brute et soumis au même régime. »

Art. 26 du règlement sanitaire. — « Conformément aux dispositions de l'article 3 de la Convention, *la patente ne pouvant être que nette ou brute, l'autorité sanitaire devra toujours se prononcer sur l'existence ou la non-existence de la maladie au point de départ.* Le doute sera interprété dans le sens de la plus grande prudence, *et la patente sera brute.* »

Ici les autorités portugaises peuvent encore alléguer en leur faveur qu'elles sont d'accord avec la deuxième partie de l'article; mais nous avons cité l'article 64 du même règlement sanitaire, et vous avez vu qu'*après dix jours de traversée les navires doivent avoir la libre pratique.* Donc, pourquoi les passagers arrivés, par exemple, du sud de l'Amérique après dix-huit à dix-neuf jours, dans les cas qui peuvent être regardés comme suspects sont-ils soumis à une quarantaine de cinq jours au moins?

Les pays des faits et de la pratique utile, comme l'Angleterre, la Belgique, etc., n'exigent des quarantaines (de trois à cinq jours) que dans les cas très-positifs de maladies épidémiques transmissibles à bord pendant les voyages courts. Mais supposons un instant, messieurs (sans espoir que cela arrive), que la vigilance à Lisbonne, en Espagne et en Italie, puisse être complète, et que la quarantaine soit faite à la rigueur pendant les huit ou quinze jours. Les passagers qui veulent le plus tôt possible arriver là-bas et qui ne veulent pas faire quarantaine, payent le passage pour Bordeaux, où ils restent quelquefois trois jours en observation (au plus), ou pour Southampton, ou pour Liverpool, etc., où il n'y a pas des quarantaines du tout; de ces ports-là ils reviennent à Madrid, en Italie ou à Lisbonne, soit par mer, soit par les chemins de fer, après avoir en quelques heures débarqué au continent sans entrer au lazaret. Et cependant les autorités sanitaires affirmeraient que la communication avec les nouveaux venus des lieux suspects a été complètement évitée.

Cela arrive après tous les voyages des paquebots provenant de l'Amérique.

A quoi servent les quarantaines rigoureuses dans les républiques de la Plata, comme nous avons dit ? Les individus qui sont pressés d'arriver à Montévidéo ou à Buenos-Ayres passent, par les moyens que j'ai indiqués déjà, à un autre port quelconque moins rigoureux, comme Salto, Concordia, etc., où ils s'embarquent sur les bateaux à vapeur qui descendent et qui communiquent librement avec tous les autres ports. D'autres fois ils s'embarquent sur les cutters qui font la contrebande et qui croisent à l'embouchure de la Plata; ceux-ci déposent dans un lieu convenable les nouveaux venus, qui quelques heures après sont assez confortablement logés dans un hôtel, pendant que les autorités sanitaires croient que tous les infectés sont au lazaret ou au ponton.

Je n'excepte pas non plus l'Espagne ni l'Italie, où, *mutatis mutandis*, les choses se passent de même.

Je ne laisserai pas de parler aussi du Brésil. Là, il n'y a pas de lazarets proprement dits et organisés; les quarantaines sont faites suivant moi *pro formula*, parce que tout le monde sait que les passagers qui sont en isolement se promènent et vont partout où il leur plaît.

Une des choses inévitables, là comme partout, est la complaisance des gardes.

La Jurujuba (à Rio-de-Janeiro), Monte-Serrate (à Bahia) et autres soi-disant lazarets dans les différents ports du Brésil, ont de bonnes et faciles voies de communication avec les villes qui sont à quelques kilomètres de distance; ce qui facilite encore plus la communication des infectés. Au Brésil, il n'est pas surprenant que cela arrive, puisque généralement on n'a aucune confiance aux moyens de séquestration connus.

Vous voyez donc, messieurs, qu'aujourd'hui il n'y a pas de quarantaines régulières, ni même dans les pays les plus quarantainistes, puisque les

individus provenant des pays infectés communiquent partout et avec le dehors et que, nonobstant cela, les épidémies sont beaucoup moins meurtrières. A quoi donc attribuer cela? Quant à moi je l'attribue aux moyens hygiéniques partiels.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LE ROSSIGNOL A DEUX TÊTES : CHRISTINE-MILLY.

Le monstre double qui est en ce moment exhibé à Paris et qui appartient au genre *pygopage* de Geoffroy Saint-Hilaire, représente deux individus unis par la région fessière, bien que ces individus affirment être une seule et même personne, du sexe féminin, ayant nom Christine-Milly, née d'un père blanc et d'une négresse, âgée actuellement de vingt-deux ans. Les détails que nous indiquons ont été signalés par M. Bert à la Société de biologie. Dès longtemps d'ailleurs, des médecins américains ont donné des renseignements d'autant plus importants à connaître, qu'il est difficile actuellement d'infliger à cette double jeune personne fort bien élevée des questions que sa pudeur américaine ne pourrait entendre.

Imaginez deux jeunes négresses réunies seulement par le bassin, deux têtes, deux poitrines complètement séparées jusqu'à la région lombaire, puis séparées de nouveau à la hanche, présentant par conséquent quatre membres inférieurs. La réunion ne se fait qu'au niveau de la première vertèbre lombaire jusqu'à la région sacrée, où il n'existe qu'un seul sacrum. Des recherches antérieures ont démontré qu'il n'existe qu'un seul sacrum, un seul rectum, un anus, une vulve et un vagin, mais deux méats urinaires, deux vessies, deux clitoris et deux hymens. Lorsqu'on a eu autrefois l'occasion de sonder les vessies, on a observé qu'elles étaient indépendantes; on présume qu'il y a deux utérus.

Les deux corps ainsi réunis forment actuellement, par suite des attitudes acquises, un angle de 90 degrés. Les deux individus qui composent Christine-Milly ont le même caractère; ils offrent un développement intellectuel qui surprend les observateurs, et malgré leur dénégation on trouve une indépendance complète des deux têtes, c'est-à-dire des deux intelligences. Elles parlent plusieurs langues : l'une peut parler en anglais tandis que l'autre parle en allemand; l'une se tait tandis que l'autre parle; elles peuvent suivre diverses occupations étrangères l'une à l'autre, mais elles se réunissent pour la marche. Les deux jambes médianes s'avancent simultanément, puis les jambes extérieures. La danse est exécutée d'une autre manière ; dans la valse, les jambes homonymes s'avancent ensemble. Il est certain que, dans les attitudes diverses, l'habitude a joué un rôle très-difficile à apprécier ; il en est de même pour beaucoup d'actes dont l'étude serait fort intéressante. La faim, la soif, se font ressentir à l'heure habituelle des repas ; la défécation est unique, mais on ne sait pas si la miction est simultanée.

Un fait assez remarquable est l'existence de rêves ou mieux de cauchemars communs ; la migraine chez l'une est ordinairement suivie de migraine chez l'autre.

L'histoire pathologique est fort incomplète; elles ont eu ensemble la fièvre intermittente, elles ont été vaccinées toutes deux et portent des traces de vaccin ; le pouls n'est pas synchrone, il est plus fort chez l'une que chez l'autre à la radiale, mais le pouls pédieux est le même chez les deux.

Un fait remarquable est que, tandis que les mouvements des membres inférieurs sont parfaitement distincts, la sensibilité y est commune, la tête gauche apprécie les pressions sur les deux membres droits et réciproquement; de sorte qu'on peut considérer les deux têtes, les deux troncs supérieurs, comme des demi-individus ayant leur indépendance par rapport aux fonctions de relation, mais dont les parties inférieures sont uniques pour le sacrum et le rectum, et distinctes cependant pour les membres inférieurs. Ceux-ci ne sont plus aussi indépendants que les parties supérieures; il y a des communications vasculaires et nerveuses qui établissent une union intime entre les parties inférieures depuis la première vertèbre lombaire. La vulve ainsi que l'anus, uniques, sont entre les deux régions supérieure et inférieure le point de cette union. La concordance des caractères est une union psychologique bien difficile à apprécier, mais qui pourrait être l'origine d'observations les plus curieuses.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Nous n'avons pu annoncer plus tôt la séance de rentrée de l'École, avec distribution des prix aux élèves, et qui a eu lieu le 5 novembre. Nous trouvons dans l'INDÉPENDANT DE L'OUEST un récit détaillé de cette solennité. Il ressort de l'allocution de M. le professeur Laennec que dans le courant de l'année scolaire 1872-1873, 342 inscriptions ont été délivrées à 57 aspirants au titre de docteur, 20 aspirants au titre d'officier de santé, 1 aspirant au titre de pharmacien de première classe, 24 aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe, Le nombre des auditeurs inscrits a donc été de 102.

Les élèves qui se sont signalés dans les examens sont MM. Dureau, Fleury, Gaudicheau, Ménager, Meignan, Gerbier et Lebec. Voici les noms des élèves qui ont obtenu des prix : PREMIÈRE ANNÉE. 1er *prix*, M. Gerbier; 2e *prix*, M. Hervéhou; 3e *prix*, madame Ribard. — DEUXIÈME ANNÉE. 1er *prix*, MM. Lebec et Gaudicheau; *accessits*, MM. Michelon et Dupas. — TROISIÈME ANNÉE. *Prix*, à M. Camus. *En pharmacie*, des prix ont été accordés à MM. Meignan et Ballu.

AUX MÉDECINS HONNÊTES. — Nous recevons la lettre suivante :

Protégé par plusieurs de vos confrères pour une partie de ma clientèle, je suis poussé par eux à venir solliciter de vous le même service. J'ai été engagé à faire comme beaucoup de pharmaciens vis-à-vis des médecins qui leur envoient leurs malades, c'est-à-dire vous faire une part dans mes bénéfices, ce qui est de toute justice. Aussi mon essai *m'ayant réussi auprès de quelques médecins*, je crois bon de l'étendre... J'ai donc l'honneur, monsieur le docteur, de vous offrir une participation de 20 pour 100 sur le prix brut du travail fait par votre intermédiaire...

A. BERNARD,
Dentiste, 14, rue Montmartre.

NÉCROLOGIE. — La médecine militaire vient de faire une perte considérable dans la personne de M. le docteur Sabin Papillon, ancien médecin principal de 1re classe, décédé vendredi dernier à Belfort. Cet honorable confrère, père de M. Fernand Papillon, à la fois distingué dans la médecine et dans la philosophie, était en retraite depuis 1853 par suite d'une cécité presque complète qui l'avait obligé à quitter prématurément le service. Mais on n'a pas perdu, dans le corps de santé militaire, le souvenir de ses hautes capacités, et tous ceux qui s'occupent de l'hygiène militaire savent avec quel talent et quelle sollicitude il a traité les questions relatives au campement, à la ventilation des hôpitaux et des casernes, etc. Ses obsèques ont eu lieu vendredi, au milieu d'une grande assistance. M. le docteur Chaland, médecin-major au 42e de ligne, a prononcé sur la tombe du défunt un discours où il a rappelé les services et les mérites de l'homme qui vient d'être ravi à l'estime et à l'affection de tous ceux qui l'ont connu.

— M. le docteur Louis Molas, chevalier de l'ordre d'Isabelle, président de la Société locale des médecins du Gers, vient de mourir à Auch, le 14 novembre 1873, à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

— M. Claude Bernard commencera son cours au Collége de France le mercredi 3 décembre, à une heure et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera particulièrement du sang et de la circulation.

— Le docteur Sichel commencera le lundi 1er décembre prochain, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours élémentaire d'ophthalmologie, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

ERRATUM. — Dans l'article du dernier numéro sur les GRADES UNIVERSITAIRES EN VENTE, page 760, première colonne, lignes 27 et 28, au lieu de « cette université de *Pensylvanie* », lisez : « cette université de *Philadelphie* ».

Du 14 au 21 novembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 824 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 22. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 50. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra, 4. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 356, dont 157 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 53. — Causes accidentelles, 13.

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : De la greffe épidermique. — Choléra. — Encore le chloralum. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : Influence du mode d'installation nosocomiale sur les maladies infectieuses et contagieuses. — Syphiliographie : Troubles nerveux syphilitiques chez l'homme; névralgies. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Observation de leucocythémie splénique traitée par des inhalations d'oxygène. — **Bibliographie.** Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine. — Leçons élémentaires d'hygiène. — **Variétés.** Congrès de Vienne. — Les quarantaines et la prophylaxie. — Le rossignol à deux têtes : Christine-Milly. — **Feuilleton.** Excursion médicale à Bude-Pesth.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique médicale.

DE LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE ÉTRANGLÉE, par le docteur E. VALLIN, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les observations de hernie intestinale à travers le diaphragme sont encore assez rares pour que leur publication présente quelque intérêt. La terminaison de ces hernies par étranglement, et surtout par étranglement de l'épiploon, est un accident insolite; la science n'en compte qu'un petit nombre d'exemples. Le plus souvent, ou pour mieux dire toujours, le diagnostic ne s'achève que sur la table de l'amphithéâtre, et l'autopsie ne manque jamais de provoquer la surprise. Quoique la lésion soit au-dessus des ressources de l'art, et que ces faits rentrent dans la catégorie des curiosités pathologiques, il n'est peut-être pas inutile de chercher à mieux connaître leur histoire.

Dans l'observation qui va suivre, un homme vigoureux, jusque-là d'une excellente santé, succomba, après treize jours d'une constipation invincible, et par les progrès de l'asphyxie, à des accidents d'obstruction ou d'étranglement intestinal. A l'autopsie, on trouva la plèvre remplie par une anse du côlon extrêmement distendue, et par la masse entière du grand épiploon enflammé. L'étranglement était récent; la hernie de l'intestin, au contraire, était ancienne, irréductible, et l'on pouvait s'étonner de la bonne santé que le malade avait gardée jusque-là. Cette hernie avait lieu par une très-petite fissure, congénitale ou graduelle, du foliole gauche du diaphragme. L'anse herniée présentait des traces évidentes d'inflammation, d'infiltration sanguine et de ramollissement de la muqueuse. Le mode de formation de la hernie, la comparaison avec les observations analogues, paraissent fournir matière à quelques considérations utiles.

OBS. — Le 19 mai 1873, l'ambulance d'El-Milah évacuait sur mon service, à l'hôpital de Constantine, le nommé Louis Régnier, âgé de vingt-cinq ans, soldat au 3e régiment de zouaves. Cet homme, bien conformé, très-vigoureux, n'ayant jamais été malade, se disait atteint depuis six jours d'une constipation opiniâtre. Il accusait des coliques très-violentes, mais l'apparence générale était excellente. Les commémoratifs restaient négatifs. Aucun symptôme morbide n'était directement constatable, à tel point que, en raison de la mauvaise conduite antérieure de cet homme, on n'était pas très-éloigné, en l'évacuant, de le soupçonner de simulation.

Le 19, à l'arrivée à l'hôpital, nous le trouvons dans l'état suivant : Facies excellent, fièvre nulle; langue blanche, cotonneuse, humide; anorexie; soif vive; point de météorisme ni de tuméfaction de la région cæcale ou iliaque gauche; le ventre est souple, la palpation non douloureuse, cependant le malade accuse de violentes coliques revenant par crises; en outre, il prétend n'avoir pas eu de selles depuis six jours, malgré plusieurs purgatifs. Les orifices inguinaux, cruraux et ombilical sont parfaitement libres. 1gr,50 de poudre de racine de jalap, ingérée sous nos yeux, n'amène dans la journée aucune évacuation.

Le 20, même état. Météorisme presque nul, pas de vomissements. On administre, le matin, 30 grammes d'huile de ricin avec 2 gouttes d'huile de croton tiglium. Le soir, il n'y a pas eu de selle, malgré un lavement purgatif avec décoction de séné et sulfate de soude.

Le 21, pas de changement. On introduit très-profondément dans le rectum une sonde œsophagienne, qu'on laisse en place plus d'un quart d'heure, et par laquelle on injecte un nouveau lavement purgatif. Le soir, une pilule d'extrait de belladone de 10 centigrammes. Insuccès.

Le 22, facies altéré, coliques atroces, quelques nausées sans vomissements; soif ardente; langue très-blanche, cotonneuse; météorisme commençant à la région épigastrique; pas d'évacuation alvine; fièvre nulle. Un excitateur électrique est introduit dans le rectum; l'autre rhéophore, muni d'une éponge mouillée, est appliqué sur la paroi abdominale et sur la langue; deux séances d'électrisation, d'une durée de cinq minutes, sont ainsi répétées sans succès dans la journée. Le soir, sonde œsophagienne dans le rectum et lavement huileux, qui amène une selle demi-molle, peu copieuse.

Le 23, le météorisme a notablement augmenté. L'anxiété est assez grande, le facies hippocratique, la peau froide, la langue fraîche, l'habitus est cholériforme; des vomissements bilieux se sont reproduits plusieurs fois dans la journée; mais sans odeur fécale; la constipation est opiniâtre. La réalité d'un étranglement, ou tout au moins d'une obstruction intestinale, est évidente, mais il est impossible de reconnaître le siége précis, la cause et la nature de cette obstruction. On essaye encore l'introduction de la sonde œsophagienne et l'injection par cette sonde d'un lavement avec décoction de tabac (1 gramme de feuilles pour 200 grammes d'eau).

Le 24, le météorisme est considérable, étendu également à tout l'abdomen, et la palpation, non plus que la percussion, ne permettent de reconnaître aucune collection gazeuse localisée. Le diaphragme est

---

FEUILLETON.

Visite à la Faculté médicale de Leipzig.

Leipzig est en ce moment la plus grande université allemande; Berlin ne vient qu'en seconde ligne pour le nombre des étudiants, et dans un rang bien inférieur encore pour ses hôpitaux et ses laboratoires. Sans pouvoir énumérer toutes les causes de cette curieuse prééminence, il est permis de regarder comme la source principale de la grandeur de l'université de Leipzig les immenses biens-fonds qu'elle possède et l'emploi intelligent de ses revenus, qui lui ont permis de construire des palais à la science et d'avoir comme professeurs des hommes de grand mérite. La Faculté de médecine a surtout bénéficié de cette situation exceptionnelle; ses bâtiments forment maintenant presque un quartier aux portes de la ville, où se trouvent les laboratoires de physiologie, de chimie, l'institut pathologique et l'immense hôpital-baraque. Seule, l'anatomie descriptive fait encore cause commune avec les autres facultés au centre de la ville, dans l'Augusteum, mais on lui prépare tout près du laboratoire de physiologie un grand bâtiment qui doit être terminé pour l'hiver. Il y a deux professeurs d'anatomie normale : l'un, le professeur Braun, est chargé spécialement de l'anatomie des régions; l'autre, le professeur His (de Bâle), enseigne l'anatomie descriptive et l'embryogénie. Ses travaux sur l'embryogénie ont fait époque dans cette science; aussi son cours sur le développement est-il très-suivi. Les coupes, fixées à de petits microscopes portatifs, circulent dans l'auditoire pendant la leçon, et l'auteur démontre ensuite, sur une belle série de modèles en cire faits d'après ses indications, les diverses phases du développement. Ces modèles en cire sont importants pour l'étude elle-même. Le professeur His m'a dit n'avoir saisi qu'après la construction des figures en cire certains détails incompréhensibles par les coupes seules.

fortement soulevé, l'anxiété très-grande. Le malade a une soif ardente, et l'ingestion des liquides provoque immédiatement le vomissement; les matières vomies n'ont aucun caractère fécaloïde. La constipation persiste. Il y a eu un peu de délire pendant la nuit, mais le jour le malade a toute sa connaissance; il a le pressentiment de sa fin prochaine. Glace à l'intérieur et sur l'abdomen; nouveau lavement avec feuilles de tabac (2 grammes en décoction).

Le 25 au matin, l'oppression est extrême; on entend à distance des râles trachéaux. Le malade a toute sa connaissance, il est très-vigoureux et la résistance sera longue. Le doigt introduit profondément dans le rectum trouve une ampoule rectale très-dilatée, capable de loger une grosse orange, mais entièrement vide; une sonde œsophagienne introduite le plus loin possible, est ajustée sur le bec d'un flacon d'eau de Seltz : à deux reprises on injecte ainsi brusquement dans la journée le contenu d'un siphon, qui s'écoule rapidement par la sonde laissée en place. On perçoit à distance des bruits amphoriques et métalliques des plus manifestes, qu'on attribue simplement au conflit des gaz et des liquides dans les anses intestinales distendues. A la fin du jour, les progrès de l'asphyxie augmentent, subdélirium, gargouillements trachéaux. Nouveau lavement avec 2 grammes de tabac. Mort le 26, à deux heures du matin.

Autopsie. — Dilatation considérable de tout l'intestin grêle. Pas d'épanchement fécal ni séreux dans la cavité péritonéale. Le côlon transverse est adhérent par un enduit visqueux et tenace à la grande courbure et à la face supérieure de l'estomac, ainsi qu'aux anses voisines de l'iléon. La séreuse du côlon transverse est parsemée de plaques peu épaisses d'exsudat inflammatoire. Le grand épiploon a disparu, nous le retrouverons tout à l'heure dans la cavité pleurale. Le rectum, l'S iliaque, le côlon descendant sont très-pâles, vides, de la grosseur du petit doigt, ne contenant ni gaz, ni matières; ils contrastent par leur exiguïté et leur teinte avec la distension et l'état congestif du reste de l'intestin. Le côlon transverse, volumineux et violacé, disparaît brusquement au niveau de son extrémité gauche; il semble être très-adhérent au centre du foliole phrénique gauche, et la continuité avec le côlon descendant semble interrompue. C'est surtout en suivant de bas en haut le côlon que cette disposition et cette discontinuité sont frappantes, car le centre phrénique paraît intact, et il est impossible au premier abord de reconnaître l'étroite fissure par où s'est faite la hernie. On incise alors la cage thoracique, et le sac pleural gauche paraît complétement rempli par une anse intestinale distendue qui fait effort contre ses parois et a refoulé le poumon le long du rachis. La hernie correspond à l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant; cette masse paraît s'implanter immédiatement sur le diaphragme, et en promenant le doigt à la base du pédicule on ne perçoit aucune solution de continuité. La poche incisée contient une grande quantité de gaz (plus d'un litre) et 300 grammes environ d'un liquide diarrhéique très-clair, mais point de matières solides. Le doigt, introduit dans le chef descendant, pénètre assez facilement dans la partie sous-diaphragmatique du côlon descendant, qui continue sa direction; au contraire, la communication entre l'autre chef et le côlon transverse est rendue presque impossible par le coude que forment les portions sus- et sous-diaphragmatiques de cet intestin au niveau de l'orifice herniaire.

Le diaphragme, détaché de ses insertions costales, est incisé suivant un rayon qui aboutit au pédicule étranglé. On tombe ainsi sur une boutonnière étroite dont chaque côté a 3 centimètres de longueur, avec un écartement de 12 ou 13 millimètres; cet orifice est nettement limité par un bord nacré, fibreux, très-aminci, mais lisse et mousse; ses deux extrémités se rejoignent par une couche arrondie et non point à angle aigu; ce bord, sur l'anneau incisé et complétement développé, mesure 65 millimètres de longueur. Cette fente est située un peu en dehors et en arrière du centre du foliole membraneux gauche; en avant et en arrière, les fibres musculaires s'insèrent à 2 centimètres; en dehors, elles s'insèrent sur le bord même de la fissure. Le diaphragme ne présente en ce point aucune trace d'inflammation, de déchirure récente : en examinant par transparence le foliole aponévrotique, on trouve un autre point situé à 3 centimètres en arrière de la perforation, où les membranes extrêmement amincies semblent réduites aux deux feuillets séreux adossés. Les bords de l'orifice sont intimement adhérents, sur les deux tiers de leur pourtour, à la surface de l'anse herniée; il faut le scalpel pour détruire cette adhérence sans amener de perforation. A ce niveau, les deux chefs de l'intestin présentent un sillon très-étroit, profond, presque circulaire, déterminé par la compression et l'atrophie des membranes; la muqueuse elle-même a subi cette atrophie, et elle a disparu sur une bande de 1 millimètre, où l'intestin, vu par transparence, semble réduit à sa séreuse. L'espace compris entre ces deux sillons mesure exactement 34 centimètres, c'est-à-dire la longueur de l'anse herniée. La partie où l'adhérence est interrompue, entre l'anneau constricteur et l'intestin, laisse passer un cordon charnu, dur, du volume d'un gros crayon : c'est l'origine de l'épiploon gastro-colique, lequel se retrouve en entier dans la plèvre; il forme une masse rougeâtre, teintée de gris sale, parenchymateuse, ayant presque la dureté et la friabilité d'un poumon passant à l'hépatisation grise. Cette masse représente au moins le volume de deux grosses oranges; elle se compose de lamelles festonnées, agglutinées entre elles par un exsudat grisâtre, mais qui peuvent être déplissées, et mesurant au moins 1 centimètre d'épaisseur; on la comparerait assez bien, comme volume et comme aspect, au mésentère du veau cuit. Ces replis du péritoine adhèrent par un exsudat glutineux à la plèvre pulmonaire; celle-ci à ce niveau est violacée, mais paraît peu enflammée; il n'existe aucun épanchement dans sa cavité. Le poumon, refoulé le long du rachis comme dans les cas de pleurésie avec épanchement abondant, est réduit au quart de son volume, compacte et splénisé, mais complétement perméable par l'insufflation. Le paquet entéro-épiploïque remplissait tout le sac pleural et faisait effort contre ses parois; après l'incision de l'intestin et l'évacuation du contenu, il représentait encore le volume de la tête d'un enfant de six mois. La surface externe du côlon est injectée, violacée, parsemée de petites plaques blanchâtres. Cette péritonite localisée est surtout marquée dans sa partie sus-diaphragmatique; en amont, la teinte livide et l'exsudat se retrouvent encore, mais avec une intensité décroissante; le côlon descendant, au contraire, est pâle, exsangue, revenu sur lui-même. La muqueuse de l'anse herniée rappelle complétement, au moment où on l'incise, l'aspect du kyste pleural dans les cas d'empyème; le déplacement de l'organe, sa teinte grise, l'enduit mucopurulent, ses anfractuosités, rendraient l'erreur possible. Débarrassée de son enduit par le lavage, la muqueuse apparaît avec une teinte acajou, augmentée d'épaisseur, ramollie; çà et là on voit de grandes plaques hémorrhagiques, teintées de gris par une sorte d'exsudation blanchâtre; à ce niveau, la muqueuse s'enlève en détritus par le grattage et ne laisse qu'une bouillie rougeâtre. En quelques points, le ramollissement a été plus complet; la muqueuse altérée a disparu; il reste, non pas une ulcération, mais une perte de substance, au fond de laquelle les couches musculeuses sont à nu; on dirait que la muqueuse a été dissoute par des sucs digestifs, comme on l'observe dans l'estomac après les morts subites pendant la digestion; à ce niveau, l'amaigrissement est des plus marqués quand on regarde par transparence : les membranes restantes sont très-ramollies, et ce ramollissement explique sans doute une large perforation,

---

Parmi les nouveaux bâtiments académiques qui bordent l'Hospital-Strasse, le plus célèbre et le premier en date est l'*Institut physiologique*, construit sur les données du professeur Ludwig et inauguré par lui. La physiologie moderne, aspirant de plus en plus à être une science exacte, empruntant à la physique et à la chimie leurs procédés, demande beaucoup de place et une instrumentation assez compliquée que ne peut se procurer facilement chaque savant. A Leipzig, on a eu soin d'annexer au laboratoire de physiologie un cabinet de physique, un laboratoire de chimie et une salle de microscopie qui sont sous la direction générale du professeur Ludwig, avec des hommes spéciaux qui s'en occupent. Je croirais volontiers que le secret du nombre et de l'importance des travaux physiologiques allemands tient à l'unité de direction d'une part, et de l'autre à l'association dans un même bâtiment d'hommes spéciaux pouvant se prêter un appui mutuel.

Le professeur Ludwig donne la plus grande partie de son temps à son enseignement : tout en dirigeant lui-même toutes les expériences et proposant le plus souvent les sujets d'étude, il fait faire la plupart des travaux aux élèves. Ce travail en commun ne nuit pas autant qu'on pourrait le croire à l'originalité du disciple; ce qui manque le plus aux jeunes travailleurs, ce n'est pas toujours l'idée, ce sont les moyens de l'exécuter. C'est la technique qui est la pierre d'achoppement de beaucoup de jeunes expérimentateurs. De plus, l'influence personnelle du maître est un des grands mobiles de l'enseignement médical en Allemagne, et l'on ne peut pas dire que l'originalité des travaux en ait beaucoup souffert. La biographie de Louis montre d'ailleurs en France, d'une façon éclatante, que parmi les hommes célèbres ceux-là seuls font école qui se donnent à leurs élèves et repassent avec eux tous les jours le sentier qu'ils avaient gravi tout seuls péniblement. Bien des élèves de Ludwig sont actuellement professeurs en Allemagne et en Russie, et plusieurs d'entre eux ont fait des travaux importants. L'Institut physiologique est si bien connu en France depuis le rapport de notre émi-

du diamètre d'une pièce de 5 centimes, située sur la portion sous-diaphragme du côlon transverse, à 20 centimètres de l'étranglement; l'intégrité de la séreuse aux bords de cette rupture, l'absence d'épanchement fécal au voisinage ne permettant guère de douter que cette déchirure n'ait eu lieu pendant les manœuvres, cependant très-douces, de l'autopsie. Toutes ces altérations ont leur maximum d'intensité au voisinage de l'étranglement inférieur; elles manquent tout à fait à quelques centimètres plus bas sur le côlon descendant; on les retrouve encore assez loin dans tout le côlon transverse. Ce dernier, au-dessous du diaphragme et en amont de l'obstacle, contient une grande quantité de matières fécales, moulées, de consistance normale; la partie herniée ne renferme, nous l'avons dit, que du liquide diarrhéique et des gaz : au-dessous de l'étranglement, le côlon descendant est complétement vide.

Le péritoine de la cavité abdominale est à peine enflammé; les anses voisines de la hernie sont légèrement adhérentes entre elles par un enduit glutineux, mais la teinte est normale, et il n'y a aucun épanchement séreux dans le petit bassin.

Nous avons dit que la plèvre était saine et ne contenait point de sérosité; quelques adhérences unissaient l'épiploon étranglé à la plèvre pulmonaire, qui en ces points était injectée et livide. Les autres organes sont sains.

Quelle a été, dans ce cas, l'évolution de la lésion anatomique? Si nous avions à préciser l'affection à laquelle a succombé le malade, nous dirions : « Hernie irréductible, ancienne, d'une anse volumineuse du côlon transverse à travers une fissure étroite du diaphragme; étranglement par le passage accidentel ou progressif de tout l'épiploon gastro-côlique à travers le même orifice, et par l'inflammation consécutive de l'entéro-épiplocèle. » La hernie était évidemment ancienne; tout le prouve : les adhérences étroites qui unissaient l'intestin avec le pourtour de la boutonnière phrénique, le sillon profond et l'amincissement à ce niveau de toutes les tuniques intestinales, l'absence complète d'inflammation ou de déchirure récente, aussi bien sur l'aponévrose perforée que sur le pédicule. La hernie était depuis longtemps fixée de la sorte et irréductible. Reste à savoir si la perforation du diaphragme était congénitale ou accidentelle, traumatique : la distinction de ces espèces est une question très-discutée, dont la solution est fort souvent impossible, comme l'a fait voir M. Cruvelhier (*Traité d'anatomie pathologique*. — *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Diaphragme (*Hernie du*), par Armand Després. — Duguet, thèse de Paris, 1866). On a dit que les hernies congénitales possèdent un sac, tandis que les traumatiques n'en ont pas; mais l'existence d'un sac, même dans les hernies congénitales, est si rare, que ce caractère perd toute sa valeur. L'inspection du foliole phrénique gauche chez notre malade permet de supposer de quelle façon la hernie s'est produite : nous avons vu qu'au voisinage de la boutonnière le diaphragme présentait en deux ou trois places un amincissement très-marqué; en l'examinant par transparence, il semblait à ce niveau réduit à ses deux feuillets séreux; il est probable qu'à une époque relativement ancienne un des points amincis a cédé; il s'est produit une éraillure qui s'est agrandie, et par laquelle l'anse du côlon s'est insinuée peu à peu; le tassement des bords de l'orifice s'est accompli en même temps que les adhérences s'établissaient, et malgré l'étroitesse relative de cette boutonnière, la perméabilité du canal digestif a été maintenue. C'est ce qu'on appelle la hernie graduelle, et il est sans intérêt de savoir, croyons-nous, si cette éraillure initiale existait avant la naissance ou s'est formée depuis. Il n'est pas besoin de dire que la fissure est éloignée de tous les orifices normaux qui traversent le diaphragme. La hernie a eu lieu à gauche; c'est le cas le plus fréquent, on devrait dire que c'est la règle, si l'on ne confondait pas sous le nom commun de hernie les véritables hernies ou pincement d'organes avec les larges déchirures laissant passer le foie, l'estomac tout entier, etc.; ce sont là des éventrations, ce ne sont plus des hernies.

On peut s'étonner que le malade ait vécu longtemps en bonne santé, malgré cette disposition précaire des parties. Ce militaire, avant de passer aux zouaves, avait servi longtemps aux infirmiers, à l'hôpital de Constantine; il se livrait fréquemment à des excès qui l'avaient fait renvoyer à son corps et qu'il supportait parfaitement. La continuité du canal a été assurée tant que l'anse herniée a seule occupé l'orifice; il est vraisemblable que les mouvements d'élévation et d'abaissement du diaphragme, que les contractions péristaltiques du côlon ont, à un moment, entraîné l'épiploon gastro-côlique, lequel a passé en totalité dans le thorax; la compression des vaisseaux a produit la stase sanguine, l'œdème, l'inflammation de toute cette masse; l'orifice herniaire est devenu insuffisant, et l'étranglement a eu lieu. Il nous paraît difficile d'expliquer autrement le mécanisme des accidents.

Nous avons dit quel énorme volume avait le bloc herniaire; l'épiploon y contribuait pour une très-grande part. Dans les hernies inguinales ou crurales étranglées, l'épiploon est presque toujours sans altération notable. M. Gosselin (*Leçons sur les hernies abdominales*, Paris, 1865, p. 118 et 313) dit ne l'avoir jamais trouvé sérieusement enflammé, en particulier dans les cas d'épiplocèle dit étranglé; il n'a constaté que de la congestion, une teinte violacée, etc. Ici, au contraire, l'épiploon était charnu, considérablement épaissi et ressemblant assez au tissu du pancréas pour que nous nous demandions si la confusion n'a pas été faite quelquefois. Dans une observation du docteur Norris (*Sur un cas de hernie diaphragmatique accompagnée d'étranglement*, in *The med.-chir. Review*, 1837, et *Gaz. méd.*, 1837, p. 552), laquelle a beaucoup d'analogie avec la nôtre, il est dit, par exemple : « A l'autopsie, on ne trouva dans l'abdomen ni l'arc descendant du côlon, ni le pancréas... en ouvrant la poitrine, on voit un gros paquet intestinal de 7 à 8 pouces de longueur au côté gauche de cette cavité, con-

---

nent doyen M. Würtz, que je ne vous le décris point en détail.

L'*Institut pathologique* est tout récent; c'est un joli pavillon à un étage, situé à l'extrémité de l'enclos de l'hôpital. La salle d'autopsie, au rez-de-chaussée, est la plus belle que j'aie vue jusqu'à présent; elle possède le seul luxe qui convienne à une pareille destination, la lumière et l'eau; des tuyaux de caoutchouc munis de robinets déversent l'eau sur chaque table de dissection et permettent, mieux que le pot à eau traditionnel, de laver les organes à mesure qu'ils sont extraits. Chaque autopsie est faite et dictée à un élève par le professeur d'anatomie pathologique ou l'un de ses assistants, comme dans toutes les universités allemandes. Au rez-de-chaussée sont aussi les salles de microscopie et le laboratoire pour la préparation des pièces. Les collections, qui, malgré leur date récente, sont déjà assez considérables, se trouvent au premier étage. Je vous signale dans le musée une division très-utile pour l'enseignement; celui-ci se compose de deux parties : l'une, le musée proprement dit, comprend toutes les pièces rares ou intéressantes qui sont renfermées sous clef dans des vitrines; l'autre, musée d'étude, est plus particulièrement destiné aux étudiants et comprend plusieurs spécimens des lésions les plus fréquentes, qui sont à leur disposition. Les grands hôpitaux de Paris commencent, je le sais, à avoir leurs musées, grâce à l'initiative privée de quelques chefs de service; mais les élèves en profitent peu, et nombre de pièces se perdent, parce que personne ne s'en occupe ou qu'il manque une direction suffisante. Si, comme cela se fait à Londres, un des médecins dans chaque hôpital était spécialement chargé par l'administration de l'enseignement de l'anatomie pathologique et de la direction du musée, Paris, qui a été le berceau de cette science, aurait en peu d'années les plus belles collections pathologiques.

Le professeur d'anatomie pathologique, le docteur Wagner, est connu en France par sa collaboration aux Éléments de pathologie générale d'Uhle et Wagner; il est l'auteur de plusieurs travaux micrographiques dont le plus intéressant, à

jointement à l'épiploon et à tout le pancréas... L'intestin a contracté des adhérences aux bords de l'ouverture du diaphragme. L'épiploon et le pancréas sont très-épaissis. » Il n'y a pas d'explication plus complète, et il est bien invraisemblable que le pancréas, bridé contre le rachis par un feuillet distinct du péritoine, adhérent au duodénum, très-profondément placé et peu mobile, puisse passer avec le côlon transverse à travers une ouverture du diaphragme qui n'a qu'un pouce de diamètre. Nous serions porté à penser que le changement de consistance et de volume de l'épiploon enflammé a donné le change au docteur Norris, qui a cru voir le pancréas. Peut-être en est-il ainsi dans plusieurs autres observations, où le pancréas est signalé parmi les parties herniées à travers le diaphragme. Mais nous savons le danger des appréciations *à posteriori*; maintenant que nous n'avons plus les pièces sous les yeux, que dirions-nous si l'on venait prétendre que c'est nous, au contraire, qui avons pris le pancréas pour l'épiploon enflammé?

Les symptômes d'étranglement se sont développés d'une façon lente et tardive. C'est le 22, c'est-à-dire au moins le neuvième jour de l'obstruction, et quatre jours avant la mort, que les nausées, le météorisme, l'altération du facies, ont apparu; les accidents, en outre, n'ont pas eu la gravité si frappante dans les hernies inguinales ou crurales étranglées; les vomissements, assez rares et tardifs, n'ont jamais eu le caractère fécaloïde. En compulsant les observations analogues, nous avons généralement constaté la rareté des vomissements stercoraux et l'apparition tardive des symptômes d'étranglement. Peut-être y a-t-il là quelque chose de spécial aux hernies du gros intestin, dont la sensibilité réflexe serait moins vive; il est probable que la valvule de Bauhin a empêché le reflux des matières fécales dans l'intestin grêle et l'estomac. Le peu de ressources dont nous disposons ne nous a pas permis de rechercher comment se comportent à ce point de vue les hernies inguinales du côlon transverse, dont il existe quelques observations.

Mentionnons encore la tolérance très-grande de la plèvre, qui ne contenait ni l'épanchement mentionné dans la plupart des cas (observation de Copeman, *Gaz. méd.*, 1855, p. 533; — de Thompson, *Gaz. méd.*, 1848, p. 687), ni les adhérences au voisinage de la hernie.

Quant au diagnostic, nul indice ne nous a mis sur la voie. L'obstruction intestinale était évidente, et la nécessité d'y remédier promptement a absorbé toute notre attention. La lésion était évidemment au-dessus des ressources de l'art, et l'insuccès des lavements de tabac et des injections forcées d'eau gazeuse ne prouve rien contre la valeur, quelle qu'elle soit, de ces agents thérapeutiques.

Chirurgie.

Notes chirurgicales : Tumeurs du cou ; amygdalotomie ; trachéotomie ; polype du larynx, par le docteur Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

(Suite. — Voyez le numéro 47.)

POLYPE DU LARYNX ; SECTION DU THYROÏDE ; ABLATION ; GUÉRISON.

Obs. — Dans le courant de septembre 1870, une femme de trente-deux ans, souffrante et amaigrie, se présenta à la consultation de l'hôpital se plaignant de troubles respiratoires. Nous la fîmes admettre dans notre rang de la salle Saint-Paul, et dès le lendemain, après l'avoir plus longuement interrogée que la veille, nous acquîmes la certitude qu'il existait chez elle un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Rien dans ses antécédents ne pouvait fournir une indication sur la nature de cet obstacle. Pourtant elle toussait, et ses crachats étaient parfois striés de sang. A l'auscultation, la respiration était rude, et elle était affectée d'un enrouement persistant depuis un an. Mais ce qui la préoccupait surtout, et avec raison, c'étaient des accès de suffocation qui se reproduisaient depuis deux mois tous les huit ou dix jours, et pendant lesquels sa respiration était tellement gênée qu'il lui semblait être sous le coup d'une mort prochaine. Actuellement, sa voix, à demi éteinte, s'entend à peine au delà d'une distance de huit ou dix pas. A l'examen laryngoscopique, on constate une tumeur relativement volumineuse, arrondie, d'une coloration légèrement plus foncée que celle des parties voisines. Elle siége à droite, au niveau de l'ouverture glottique qu'elle couvre dans les trois quarts de son étendue. A chaque mouvement inspiratoire, elle plonge dans cette ouverture pour en ressortir pendant l'expiration, et à plus forte raison si la malade s'efforce d'émettre des sons aigus. On ne peut découvrir ni son pédicule ni son point d'implantation.

Après avoir fait plusieurs tentatives par la voie bucco-pharyngienne demeurées infructueuses, soit par défaut d'habitude de ces sortes d'opération, soit par intolérance de la muqueuse au contact du doigt et des pinces, je me résolus, après une crise à laquelle j'avais assisté, d'enlever la tumeur par une ouverture pratiquée au larynx. Je choisis, d'après les observations de M. Krishaber et d'autres, consignées dans le travail de M. Planchon, la section du cartilage thyroïde.

La malade endormie, je pratiquai une incision, non pas verticale, mais transversale, ayant la forme d'une courbe à concavité supérieure, la partie la plus déclive de la courbe étant située à égale distance du bord supérieur et du bord inférieur du cartilage thyroïde. J'agis ainsi dans la pensée que cette forme d'incision me permettrait facilement d'ajouter à la division du thyroïde celle de la membrane hyo-thyroïdienne, si je le jugeais nécessaire le cas échéant, pour atteindre et extraire une tumeur que je savais volumineuse et dont j'ignorais le point précis d'implantation. Je pus me dispenser de toucher à la membrane hyo-thyroïdienne; je me contentai, après avoir suspendu l'éthérisation, de diviser lentement avec le bistouri le cartilage thyroïde dans toute sa hauteur. En écartant les lèvres de la plaie, on entrevoyait la tumeur assez imparfaitement pendant l'inspiration. Je la saisis à plusieurs reprises avec des pinces à griffes, mais sa consistance ne permettait pas à la prise d'être suffisamment solide. Du reste, pendant ces tentatives il s'écoulait du sang dans le larynx qui gênait les manœuvres, excitait la toux et me faisait craindre de pincer les cordes vocales. En dehors de ces tentatives,

---

mon avis, est l'Étude de la transformation fibrineuse de l'épithélium dans la diphthérie du pharynx et du larynx (*Arch. der Heilkunde*, 1856). Il est chargé en même temps de la policlinique et est un des médecins consultants du roi de Saxe ; la séparation entre la science et la pratique ne paraît donc pas aussi tranchée à Leipzig que dans d'autres universités allemandes.

L'hôpital, qui a été reconstruit il y a deux ou trois ans, se compose de quatorze grandes baraques, si l'on peut donner ce nom à des pavillons fort élégants qui sont reliés entre eux par une grande galerie couverte et donnent de l'autre côté sur le jardin. Chaque baraque repose sur une base de pierre d'un mètre environ de hauteur; cette espèce de rez-de-chaussée sert exclusivement à la prise d'air pour la ventilation de la salle; dans les baraques de Dresde, on a eu la bonne idée d'y établir un calorifère; il chauffe beaucoup mieux la baraque que les grands poêles de Leipzig, qui, en hiver, donnent, paraît-il, une chaleur insuffisante. La ventilation se fait en outre directement par le toit, qui est ouvert sur les côtés comme dans le système de baraques adopté à Paris au Cours-la-Reine pendant la guerre; des vitres mobiles permettent en hiver de se garantir du froid pendant une partie du jour. Chaque baraque contient de vingt à vingt-quatre lits, une chambre d'isolement, un cabinet de bains, une petite cuisine et des lieux d'aisances qui sont dans la salle même; disposition qui n'a aucun inconvénient, grâce au système d'*earth-closet*, emprunté à l'Inde anglaise, qui annihile toute espèce d'odeur et d'exhalaisons; chaque cabinet renferme une certaine quantité de terre désinfectante (*moule's earth*), qui se mêle aux excréments et est renouvelée à mesure qu'elle est entraînée avec les déjections. Les médecins de l'hôpital se louent beaucoup de ce système, et les étrangers, qui ne peuvent réprimer un mouvement de surprise en voyant les closets si près des malades, sont forcés d'avouer que leur odorat ne les en avait point avertis (voyez docteur Buchanan, *On the dry-earth system of dealing with excrement in the 12th Report of the medical officers of the privy Council*, 1869. — London, 1870).

la respiration était normale, nullement gênée, comme on la voit après l'ouverture de la trachée, chez certains enfants atteints de croup avant l'introduction de la canule. Pour toutes ces raisons, je remis la suite de l'opération au lendemain.

J'avais assisté à une opération de Follin, à l'hôpital du Midi, qui, pour extraire un polype du larynx, avait fait la section de la membrane hyo-thyroïdienne. Pendant le cours de cette opération, durant laquelle ses recherches étaient rendues vaines par le sang qui s'écoulait dans l'arbre aérien, ce chirurgien émettait l'avis — M. Verneuil, qui était présent, doit s'en souvenir — qu'il aurait dû la pratiquer en deux temps. Dans un premier temps il serait arrivé sur la membrane hyo-thyroïdienne, — je ne sais si dans sa pensée celle-ci devait être divisée, — et le lendemain, la plaie étant parfaitement exsangue, il aurait extrait le polype.

La journée de ma malade fut bonne, et vingt-quatre heures après ma première intervention je pus amener, avec le petit doigt glissé dans le larynx, le polype, que j'apercevais bien mieux que la veille à chaque inspiration, et dont l'adhérence à la muqueuse laryngienne avait peut-être été affaiblie par les tractions précédemment effectuées avec la pince.

Tout se passa à souhait, et un mois après la plaie était complétement cicatrisée. Je ne sus découvrir avec le laryngoscope aucun changement ni dans la forme ni dans la coloration des cordes vocales, quoique le timbre et l'intensité de la voix fussent restées dans le même état qu'avant l'opération, sans aggravation ni amélioration. Mais la respiration était absolument naturelle, et la malade, revue huit mois après, n'avait eu aucun de ces accès de dyspnée qui l'avaient amené à réclamer notre secours.

La tumeur avait le volume d'une cerise de moyenne grosseur; elle était arrondie, résistante, et c'est à peine si l'on pouvait constater le point où était situé le pédicule; ses coupes, dont j'ai conservé quelques préparations, démontrent qu'elle appartient à la classe des sarcomes. En effet, elle est uniquement formée d'éléments cellulaires dont la plupart ont une forme un peu allongée. Sur quelques points cependant on trouve de vrais corps, soit fusiformes, soit embryonnaires. Nulle part on ne remarque de disposition fasciculée. La substance intercellulaire est peu abondante et granuleuse. Les coupes ont porté transversalement sur un certain nombre de glandes dont l'épithélium paraît sain. La tunique externe des vaisseaux, assez nombreux du reste, se confond avec les éléments voisins, disposés concentriquement à leur axe.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

45° congrès des naturalistes et des médecins allemands (Session de 1872, tenue à Leipzig)

(Fin. — Voyez le numéro 40.)

DIAGNOSTIC DES MALADIES CÉRÉBRALES. — ÉTUDE SUR LES BARAQUEMENTS. — ROSÉOLE ET ROUGEOLE. — DIPHTHÉRIE. — INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES GROSSES ARTÈRES DE LA BASE DU CERVEAU. — MALADIE DU SEL. — INFLUENCE DU DÉCUBITUS DORSAL SUR L'AMPLIATION THORACIQUE ET PULMONAIRE. — TRACÉ GRAPHIQUE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES.

Dans un précédent numéro, nous avons donné un court résumé des principaux travaux présentés au 45° Congrès des naturalistes et des médecins allemands, il nous reste encore pour en terminer l'énumération, à dire quelques mots des communications suivantes :

Le professeur *Halla* (de Prague) à propos du *diagnostic des maladies cérébrales*, signale quelques cas d'alalie et d'aphasie, et rapporte le cas d'un malade profondément cachectique chez lequel on avait supposé l'existence d'une hémorrhagie cérébrale. A la nécropsie, on trouva un ramollissement cérébral dû à l'embolie où à une thrombose de l'artère sylvienne gauche.

Le professeur *Thomas* (de Leipzig) lit une lettre du professeur Wunderlich, datée d'Ems, sur les *baraquements*. Il fait remarquer qu'on n'a pas observé un seul cas de fièvre typhoïde dans les ambulances, tandis que la maladie n'était pas rare dans les hôpitaux. Les pneumonies et les pleurésies traitées dans les baraques semblaient avoir une marche plus favorable. Il n'en était pas de même des rhumatismes. — Les phthisiques et les emphysémateux paraissaient se trouver mieux dans les baraques que dans les hôpitaux. Le professeur Thomas fait lui-même un discours sur la *roséole*. Un des caractère distinctifs de l'éruption rubéolique est de se faire par poussées successives, tandis que l'éruption morbilleuse arrive à son maximum d'intensité sur tous les points du corps. En second lieu, l'examen de la température peut offrir également un élément précieux de diagnostic. Dans la roséole, la température ne présente qu'une ascension faible et éphémère tandis que la rougeole se caractérise par une fièvre qui dure six à sept jours et dont la marche est en général régulière, comme le témoignent les tracés thermiques qu'il présente à ses collègues.

Enfin, le catarrhe et l'engorgement ganglionaire sont moins intenses dans la roséole et ne peuvent pas, dans tous les cas, servir de base au diagnostic différentiel.

Il appelle aussi l'attention sur la durée inégale d'incubation dans les deux maladies, très-courte dans la roséole, très-longue pour la rougeole. — Pour ces motifs, dit-il en terminant, les deux maladies ne peuvent et ne doivent pas être confondues; comme dernier argument en faveur de cette assertion, il invoque l'absence d'immunité réciproque à la suite d'épidémies de rougeole ou de roséole.

Les docteurs *Müller Seitz* et *Rinecker* confirment en tous points cette opinion.

Le professeur *Mosler* parle du *collapsus après la diphthérie*. Il range cette affection parmi les maladies infectieuses et décrit sa marche dans les cas qu'il a observés.

Parmi les lésions constatées à l'autopsie, il signale une dilatation considérable des cavités cardiaques avec amincissement de leurs parois et dégénérescence graisseuse de la fibre charnue du cœur. Nous sommes heureux de voir nos recherches anatomo-pathologiques, faites au commencement de l'année

---

L'eau arrive dans chaque baraque; au centre de la salle se trouve un grand lavabo avec un robinet d'eau froide et un robinet d'eau chaude. La salle s'ouvre sur une antichambre qui communique avec la galerie. Le service, qui était toujours un des grands obstacles au système des baraques, est ainsi fort simplifié. Deux ou trois seulement sont séparées des autres et sont destinées aux maladies contagieuses (*Isolir-Baracken*).

La partie centrale de l'hôpital est en pierre; c'est l'ancien bâtiment qui est réservé maintenant exclusivement aux pensionnaires qui ont des chambres séparées. Les baraques constituent la clinique; sous la direction du professeur Thiersch pour la chirurgie et du professeur Wunderlich pour la médecine. La Maternité est en ville, l'hôpital ne reçoit point de femmes en couches.

Le professeur Thiersch est l'auteur d'une importante monographie sur le cancer épithélial (*Ueber den Epithelialkrebs namentlich der Haut*; Leipzig, 1865); il a été le premier à soutenir l'origine épithéliale du cancer; Billroth et Waldeyer n'ont fait que reprendre et développer la même idée, qui aujourd'hui est admise par un grand nombre d'anatomo-pathologistes; c'est une généralisation hardie, qui a l'avantage de s'appuyer sur la clinique autant que sur l'examen microscopique.

Je ne fais que vous signaler du même auteur une modification ingénieuse du procédé par plissement de Nélaton pour la guérison de l'hypospadias, dont j'ai vu de beaux résultats dans le service, et un article sur la cicatrisation des plaies dans l'ENCYCLOPÉDIE CHIRURGICALE de Pitha et Billroth.

Dans les douze derniers mois, le professeur Thiersch a pratiqué 266 opérations sanglantes sérieuses (du mois d'août 1872 au mois d'août 1873) et n'a pas perdu un seul opéré de pyohémie, comme il l'indiquait dans une communication faite à la Société médicale de Leipzig; pendant mon séjour tandis qu'avant la construction des baraques il perdait en moyenne par an de 40 à 50 amputés d'infection purulente. Ce magnifique résultat, qu'on ne peut attribuer seulement au mode de pan-

1872, confirmées par ce savant observateur, qui ne paraît pas en avoir eu encore connaissance ou n'a pas cru devoir les mentionner. Il est cependant regrettable que le docteur Mosler ait passé sous silence les noms des médecins français auxquels il empruntait la majeure partie des matériaux de son travail. Cet acte de probité scientifique n'eût rien enlevé à sa gloire et aurait même rehaussé son mérite à nos yeux. Mais laissons là ces réclamations inutiles, quoique légitimes, et passons au mémoire du docteur Heubner relatif à l'influence qu'exerce la *syphilis sur les grosses artères de la base du cerveau.* L'auteur rapporte à cet égard une très-intéressante observation d'artérite basilaire que nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici. Nous nous bornerons à présenter le résumé des lésions microscopiques artérielles constatées à la nécropsie : le tronc de l'artère basilaire aussi bien que les parois de la parotide gauche étaient épaissis. La tunique externe de ces vaisseaux présentait une abondante infiltration do petits noyaux en tout semblables aux granulations des syphilomes. Indépendamment de l'altération de la membrane externe, il y avait une prolifération morbide analogue dans la tunique interne du vaisseau qui rétrécissait considérablement son calibre. La membrane musculaire semblait intacte; cependant un examen attentif permit de constater çà et là quelques noyaux semblables à ceux de la tunique adventice.

On pourrait rapprocher de ce cas, que le docteur Heubner croit unique dans la science, une intéressante observation communiquée à la Société anatomique par le docteur Blachez en 1863 ; nous ne le rapportons ici que pour mémoire : un officier d'artillerie, âgé de quarante-deux ans, atteint de syphilis tertiaire, est emporté par une hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire. A la nécropsie, on trouve ce vaisseau renflé à sa partie moyenne et terminale, présentant le volume d'une grosse plume d'oie. Les parois sont épaissies et comme infitrées d'une matière granuleuse, blanchâtre et d'aspect fibreux. Vers sa partie latérale droite, il offre une petite ouverture à bords irréguliers, de 2 ou 3 millimètres de diamètre. Ce fait se trouve rapporté par le docteur Lancereaux dans son remarquable Traité de la syphilis.

Le docteur *Natanson* (de Warschau) décrit ensuite, sous le nom de *maladie du sel*, un état morbide caractérisé par l'augmentation du chlorure de sodium dans les sécrétions. La peau, dit-il, est parfois recouverte d'une poussière blanchâtre, dans laquelle sont contenues des hémies de chlorure de sodium et des cristaux de chlorure d'ammonium. Les malades se plaignent d'un goût salé dans la bouche ; les lèvres sont sèches ; la langue cependant est lisse et humide. La soif est extrême. Cet état se rencontre en général chez la femme, mais on peut aussi l'observer chez l'homme.

Telles sont les principales données de ce travail, dont l'originalité, qui ne peut échapper à personne, inspire le désir de le voir approfondi et décrit avec plus de détail par son auteur.

Le professeur *Bartels* (de Kiel) fait une très-courte communication au sujet de *l'influence du décubitus dorsal sur l'ampliation thoracique et pulmonaire.* Dans la position couchée, la capacité des poumons serait diminuée, selon lui, et la paroi précordiale élevée formerait une légère voussure.

Enfin le docteur *Riegel* présente un instrument destiné à donner le *tracé graphique des mouvements respiratoires* et que nous ne ferons que signaler, car il se rapproche à bien des égards du pnéographe imaginé dans ces dernières années par les docteurs Bergeon et Kastus. Quoique la description de l'appareil inventé par le docteur Riegel soit très-succincte, nous croyons cependant son application assez difficile, et partant, de nouveaux perfectionnements nous semblent nécessaires avant que cet ingénieux appareil fasse partie de l'arsenal, déjà si encombré, du clinicien.

D[r] Labadie-Lagrave.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Prix. — MM. Milne Edwards et Ch. Robin sont adjoints à la section de médecine et chirurgie pour juger le concours du prix de physiologie de la fondation Lacaze.

Conserves alimentaires. — M. *Ch. Tellier* informe l'Académie qu'il vient d'organiser des expériences permanentes pour la conservation de la viande fraîche par l'application du froid : il sollicite la nomination d'une commission pour examiner les résultats obtenus. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, Peligot, Bouley.)

Phylloxera. — M. *Ch. O'Keenan* adresse une note sur l'emploi de l'acide sulfureux pour détruire le phylloxera. (Renvoi à la commission.)

Fractures du fémur. — M. *Hennequin* soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. Cloquet, une note sur l'allongement du fémur dans le traitement de ses fractures par la méthode et l'appareil dont il est l'auteur. (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Galéga. — M. *Gillet-Damitte* adresse de nouveaux documents concernant les propriétés lactigènes du *Galega.* L'auteur ajoute, aux documents déjà fournis par lui, quatre observations nouvelles, faites par M. *Ceresoli* et par M. *Goubeaux.* (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Conduites des eaux.—M. *J. Rouby* adresse une lettre relative

---

sement, doit donner à réfléchir à tous les constructeurs d'hôpitaux futurs. Cette statistique se maintiendra-t-elle ? avons-nous affaire à une série, ou, comme le prédisent certains critiques de mauvais augure, les baraques finiront-elles au bout d'un certain temps par s'infecter, et le meilleur système consisterait-il vraiment dans des baraques de bois qu'on brûlerait tous les dix ans ? En attendant, l'expérience présente ne permet pas d'attribuer au mode de pansement seul l'honneur du résultat; jamais, à ma connaissance, les statistiques de Lister, de Rose, de A. Guérin, n'ont été aussi belles, quoique relativement aux statistiques précédentes elles aient déjà paru superbes. Le professeur Thiersch avait d'ailleurs introduit à Leipzig le pansement de Lister dès l'année 1867; il l'avait employé exclusivement avec toute la rigueur et la ferveur d'un croyant, et les résultats étaient loin de valoir ce qu'ils sont aujourd'hui. Cette année-ci, il a employé concurremment avec le pansement Lister les pansements à l'air libre recommandés par le professeur Rose (de Zürich). Il nous a présenté une dizaine d'amputés guéris les uns par la méthode de Lister, les autres par celle de Rose; les moignons obtenus par la première méthode sont incomparablement plus réguliers et plus beaux, mais les statistiques de Rose sont, paraît-il, meilleures; aussi, dans un milieu infecté, le professeur Thiersch préférerait encore le pansement à l'air libre; la conicité du moignon presque fatale dans les amputations de cuisse par cette méthode serait corrigée à la fin, alors que les granulations envahissent et recouvrent l'os, ou que la nature s'est débarrassée de l'extrémité osseuse nécrosée. Si le milieu extérieur est sain comme à Leipzig, Thiersch n'hésite pas à supprimer le pansement Lister vers le troisième ou le quatrième jour, car à ce moment la barrière plastique qui bouche les orifices absorbants du tissu conjonctif est formée, comme dans le pansement à l'air libre ; on peut mieux surveiller la plaie au point de vue des hémorrhagies secondaires possibles; on hâte aussi singulièrement la cicatrisation, qui est fort lente sous la gaze phéniquée. La grande objection

aux effets toxiques produits par une eau qui avait parcouru des conduits de plomb.

Cette lettre sera soumise à l'examen de M. Belgrand.

Candidatures. — M. *E. Baudelot* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. *Nélaton*. (Renvoi à la section.)

Amylamine (propriétés de l'). Note de M. *Dujardin-Beaumetz*. — Il résulte des recherches de l'auteur que le chlorhydrate d'amylamine ($C^5H^{14}AzCl$) administré à l'intérieur produit l'abaissement de la température et du pouls. Chez le cobaye, le chien, le lapin, cet effet est obtenu par de faibles doses introduites sous la peau (de 1 à 20 centigrammes, suivant l'animal). A doses plus élevées, il survient des convulsions et la mort.

Chez l'homme, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, on observe aussi cette diminution du pouls et de la température, abaissement qui peut être de 10 à 20 pulsations par minute dans l'espace d'une heure. « Nous avons, dit l'auteur, appliqué ces propriétés dépressives du chlorhydrate d'amylamine sur le pouls et la température au traitement de la fièvre, et particulièrement de la fièvre typhoïde, et, dans dix cas où cette médication a été employée, nous avons toujours constaté d'une manière manifeste cet abaissement du pouls et de la température, et le résultat obtenu nous a paru avantageux. Si l'on vient maintenant à comparer l'action physiologique du chlorhydrate de triméthylamine à celle du chlorhydrate d'amylamine, on voit que ce dernier, s'il ne possède pas l'action sédative et calmante sur le système nerveux que possède la triméthylamine, jouit du moins d'une action beaucoup plus marquée sur le pouls et sur la température, et que son action toxique est beaucoup plus considérable que celle du chlorhydrate de triméthylamine, de même que celle du chlorhydrate d'ammoniaque. »

Hôpitaux. — M. le général *Morin* présente à l'Académie, de la part de M. *Douglas-Galton*, un mémoire intitulé : On the Construction of Hospitals, dans lequel l'auteur discute, avec l'autorité d'une grande expérience, toutes les conditions d'établissement des hôpitaux.

Ce travail, imprimé en anglais, sera soumis à l'examen de MM. Morin et Larrey.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de l'Eure, ainsi qu'une demande de récompense en faveur des principaux vaccinateurs du département. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de l'Orne et une demande de récompense en faveur de M. *Renault*, pour le zèle dont il a fait preuve pour la propagation de la vaccine. (*Même commission.*) — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente-Inférieure pendant l'année 1872. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans le département de Lot-et-Garonne. (*Même commission.*)

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. *Mathieu*. — *b*. Un état des vaccinations pratiquées à Bayonne, par M. le docteur *Hoursolles*, pendant l'année 1873. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Boudon* sur la taille hypogastrique avec suture vésico-pariétale. (*Renvoyé à la commission du prix Barbier pour l'année* 1874). — *d*. Une lettre de M. *Jules Bouteiller* sur le choléra à Rouen. — *e*. Un mémoire de M. le docteur *Commailles*, intitulé : Étude microscopique sur le vaccin de la génisse.

M. *Larrey* offre en hommage à l'Académie un ouvrage intitulé : La Corse et son recrutement, étude historique, statistique et médicale, par M. le docteur *Corta*.

M. *Demarquay* dépose sur le bureau un travail de M. le docteur *Harzé* sur l'assistance des blessés et les hôpitaux,

M. *Chauffard* présente, de la part de M. le docteur *Marius Carre*, un mémoire intitulé : De la maladie causée par la canne de Provence et de sa nature parasitaire ; De l'eczéma produit par l'Oidium arundinis.

Académie au grand complet; 83 académiciens présents! On a rarement occasion de voir tant d'illustrations réunies; aussi le public suit-il avec intérêt l'appel des noms et cherche avec curiosité MM. Ricord, Claude Bernard, Dumas et bien d'autres qu'on ne voit guère ici que les jours d'élection.

Communication. — Avant de procéder à cette élection, M. *le président* rend compte de la démarche qu'il a faite auprès du nouveau ministre de l'instruction publique qui daignait recevoir les députations des grandes académies de France. Comme à l'ordinaire, M. le président a parlé à M. le ministre des besoins de l'Académie et surtout de l'état précaire de sa bibliothèque; comme à l'ordinaire aussi, M. le nouveau ministre a répondu qu'il aviserait; il prenait bonne note de la chose, viendrait lui-même visiter l'Académie et tout le monde serait content; mais autant en emporte le vent, car de nos jours les ministres passent si vite qu'ils ont à peine le temps de promettre.

Élection. — Après cette communication qui excite une légère hilarité dans l'illustre assemblée, on procède à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : MM. Empis, Laboulbène, Parrot, Lancereaux, Cornil et Auguste Voisin.

Au premier tour, la majorité absolue étant de 42, M. Laboulbène, qui avait failli la dernière fois l'emporter sur M. Charcot, obtient 41 suffrages; M. Empis, 35; M. Parrot, 4; MM. Lancereau et Cornil, chacun 1.

Personne n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour, et les mystères du scrutin enlèvent 5 voix à M. Empis, qui n'obtient plus que 30 suffrages; M. Laboulbène est nommé par 49 voix.

Prix d'Ourches. — Après cette opération, l'Académie se vide, et il ne reste plus que les habitués pour entendre le rapport de

contre le pansement de Lister est le temps matériel que nécessitent les précautions nécessaires pour en assurer le succès; aussi en temps de guerre est-il impossible à appliquer rigoureusement. Le pansement ouaté du docteur Alphonse Guérin, qui n'a pas réussi à détrôner Lister en Allemagne, me semble avoir beaucoup d'avenir pour la chirurgie militaire; il est facile à appliquer et permet plus que tous les autres de transporter les amputés loin du champ de bataille sans toucher au pansement.

Le professeur Wunderlich fait ses cliniques au lit du malade; je n'ai pas besoin de dire que le thermomètre et les courbes de température jouent un rôle considérable dans son service; que le pronostic et le diagnostic se règlent sur le nombre de degrés qu'a atteints la colonne de mercure. C'est le thermomètre également qui décide du nombre de bains froids à donner aux typhiques. On les baigne en général chaque fois que le thermomètre dépasse 39°,8; les complications pulmonaires, y compris la pneumonie, ne sont point une contre-indication pour Wunderlich; le bain abaisse la température, fait contracter les vaso-moteurs et force les malades à faire des inspirations profondes qui facilitent l'hématose. Quelle que puisse être l'explication, le fait est que le traitement par l'eau froide pour les affections thoraciques fébriles n'a pas les dangers qu'on serait tenté de lui attribuer. Les deux contre-indications absolues à l'eau froide dans la fièvre typhoïde sont, pour Wunderlich, les hémorrhagies intestinales et la néphrite albumineuse. Les baignoires pouvant être facilement roulées dans chaque salle près du lit des malades, les bains ne compliquent pas trop le service; on en donne en général de quatre à cinq dans les vingt-quatre heures aux typhiques; mais on va quelquefois jusqu'à huit à une température de 20 degrés centigrades.

J'ai vu employer pendant mon séjour dans le service l'apomorphine comme vomitif; elle existe dans le commerce sous deux formes, l'une d'origine écossaise, l'autre de Darmstadt. Cette dernière ne s'altère pas aussi facilement, mais il faut

M. *Devergie* sur le fameux prix d'Ourches, prix de 25 000 francs, à décerner à celui qui découvrirait un moyen infaillible pour reconnaître la mort certaine. Ce moyen devrait être assez simple, assez primitif pour être à la portée de tout le monde, d'un simple villageois, d'un individu dénué même de toute instruction. A côté de ce prix, le testateur en avait institué un autre de 5000 francs pour la découverte d'un moyen scientifique d'arriver au même résultat.

L'importance du prix de 25 000 francs avait tenté bien des gens de toutes classes, de toutes conditions; aussi l'Académie a-t-elle reçu 102 mémoires, sans compter ceux qui lui sont parvenus après l'expiration des délais réglementaires.

Sur ces 102 mémoires, 32 seulement ont été jugés dignes d'un examen sérieux, et M. Devergie rend compte, avec critiques et réflexions à l'appui, des différents moyens proposés par les auteurs de ces mémoires.

Nous pouvons d'autant moins entrer ici dans les détails de ce rapport publié dans le Bulletin, que M. Devergie a été obligé de l'interrompre et qu'on a renvoyé à la prochaine séance la suite de la lecture et la discussion sur les conclusions du rapport.

Disons toutefois, pour que les auteurs des mémoires ne se bercent pas de vaines illusions, que personne n'a gagné le fameux prix de 25 000 francs. Ce prix retournera donc à la famille, suivant les volontés du testateur.

Quant au prix de 5000 francs, il est plus que probable qu'il sera partagé entre différents concurrents. C'est tout ce que nous pouvons dire pour aujourd'hui. Nous ne voulons pas pas divulguer les secrets de l'Académie, quoique nous en sachions quelque chose.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Académie royale de médecine de Belgique (1).

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX (2).

M. le ministre de l'intérieur adresse un exemplaire du Mémoire sur le froid comme cause de maladie, que M. *Verstraeten*, élève de l'Université de Gand, avait envoyé au concours universitaire de 1871-1872 et qui a été couronné.

M. *Kupfferschlaeger* est désigné pour examiner une note de M. *Hentz*, relative à un appareil sauveteur en cas d'inhumation de personnes en état de léthargie.

M. *Crocq*, au nom de M. le professeur *Cuillery*, présente les modèles d'attelles à fractures récemment imaginées par ce dernier. Ces attelles sont en zinc, moulées sur des membres humains, suivant trois grandeurs types et percées de trous pour l'écoulement des matières liquides, eau froide ou autres fomentations, appliquées, quand l'indication le commande, sur le membre fracturé. La compagnie décide l'envoi de ces attelles à une commission à nommer par le bureau, qui en fera l'objet d'un rapport pouvant servir de point de départ à une discussion.

Lectures. — I. M. *Rommelaere* lit un travail intitulé : De la déformation des globules rouges du sang ; contribution a l'histoire des maladies hémorrhagiques. « Les globules rouges du sang sont susceptibles de mouvements amiboïdes très-manifestes dans certains états morbides. Ces mouvements amiboïdes donnent aux globules des formes diverses, telles que : poire, bouteille à goulot allongé, bonnet phrygien, cornue, calebasse, gourde, cornemuse, formes très-irrégulières, etc. ; quelques globules rouges paraissent même subir la division par scission.

» La *déformation morbide* se rencontre dans deux ordres de cas : 1° comme élément transitoire, sans être lié à des effets morbides appréciables; 2° comme élément permanent et sans autre lésion de l'économie; dans ce dernier cas, qui ne s'est présenté que deux fois, on observe un ensemble symptomatique spécial, qui ne rentre dans aucun des groupes morbides décrits dans les ouvrages de pathologie, et dont le phénomène prédominant consiste dans des hémorrhagies répétées. Cette lésion des globules sanguins doit donc être rangée à côté de la leucémie. »

Le travail de M. Rommelaere sera publié dans le recueil (in-8°) des Mémoires de l'Académie.

II. *Communication sur l'apparition du choléra à Anvers* (1873) *et sur la marche de la maladie*, par M. *Desguin*. — L'auteur décrit la marche de l'épidémie depuis le 10 octobre, jour où le premier cas en a été signalé officiellement, jusqu'au 25 novembre 1873. Il présente à l'Académie un tableau où sont notés, jour par jour, les cas observés, le nombre des décès et celui des guérisons, et d'où il résulte que la maladie est en pleine voie de décroissance. Bien que l'épidémie n'ait atteint qu'un petit nombre de sujets, la mortalité a été forte : sur 115 cas, il y a eu 71 décès, soit 62 pour 100, et ce sont les enfants en bas âge qui ont payé le tribut le plus considérable : 22 décès sur 26 enfants âgés de moins de cinq ans, atteints par le fléau.

Un fait important au point de vue de l'hygiène des villes et de la prophylaxie des épidémies à venir, sur laquelle M. Desguin a surtout appelé l'attention, c'est que, sur 65 maisons frappées cette année, 35 avaient déjà fourni des cholériques dans une ou plusieurs des épidémies antérieures. De ce fait, il tire cette conséquence que les conditions locales ont une grande influence sur la propagation du choléra et qu'il importe d'étudier avec soin les causes d'insalubrité que recèlent les maisons visitées par les épidémies précédentes.

Recherchant, enfin, quelle a été cette année la genèse du

(1) Les séances de cette Académie, dont nous rendrons compte, se tiennent : le *dernier samedi* des mois de septembre, octobre, novembre, décembre, janvier, février, mars, avril, mai ; l'*avant-dernier samedi* de juin et le *premier samedi* de juillet, à onze heures du matin, dans la grande salle des Académies, au Musée de l'Industrie. Quand un savant étranger s'est fait inscrire pour une communication, il est entendu comme premier orateur *au début* de la séance.

(2) Le bureau est composé, pour 1873, de MM. *Vleminckx*, président ; *Craninx* et *Lequime*, vice-présidents ; *Marinus*, secrétaire annuel ; M. *Tallois* en est le secrétaire perpétuel.

---

avoir toujours soin de la conserver dans des flacons fermés ; sans quoi elle prend une teinte verte et devient inerte. Quand elle est bonne, il suffit d'un centigramme dissous dans de l'eau pour amener au bout d'une ou deux minutes, sans nausées préalables le vomissement. Mais ce moyen a souvent échoué dans des cas graves, tels que des croups ou des bronchites capillaires, où les vomissements sont un moyen de salut. Mais on sait que, lorsque l'asphyxie est avancée, il y a une espèce d'anesthésie stomacale qui paralyse également l'effet de l'ipécacunha ou du sulfate de cuivre. L'apomorphine paraît donc avoir pour elle la rapidité de son action, le peu de nausées qu'elle détermine, la possibilité de l'injecter sous la peau dans les cas où le malade ne peut rien prendre par la bouche; ses inconvénients résident plutôt dans la difficulté de s'en procurer de bonne qualité et de la conserver sans altération.

Je ne puis terminer cette longue et aride énumération sans vous parler du professeur Crédé, qui dirige la clinique obstétricale et gynécologique. Tout le monde connaît le procédé de délivrance par expression du placenta, qui porte son nom et a partout en Allemagne détrôné la traction du cordon traditionnelle ; on imite ainsi et l'on seconde les procédés de la nature en diminuant considérablement les chances d'une hémorrhagie secondaire ou de la rétention de caillots ou de débris de membranes à l'intérieur de la matrice. La revue obstétricale dont le professeur Crédé est un des rédacteurs principaux (*Archiv der Gynecologie*, etc.) est le journal le plus considérable qui paraisse actuellement sur cette partie de la médecine. Les maternités ne sont pas en général le côté brillant des établissements hospitaliers allemands; celle de Leipzig ne faisant point exception, je m'abstiendrai de vous la décrire.

Dr D'Espine.

choléra à Anvers, l'auteur ne la découvre pas dans l'état antérieur de la santé publique : il a trouvé, au contraire, que la maladie a été importée, le 7 octobre, par un navire suédois venant de Dantzig, où elle régnait. Les premières victimes, non comprises dans les bulletins officiels, ont été des matelots d'un autre navire, amarré près du premier, et un officier du navire suédois. L'auteur insiste, en terminant, sur la nécessité de rendre plus sévères les mesures quarantenaires et de les faire exécuter rigoureusement.

Discussions. — L'ordre du jour appelle la « suite de la dis-discussion du mémoire de M. Lefèvre sur la folie paralytique » (1).

M. *Lefebvre* rappelle que, dans son mémoire que l'Académie a bien voulu couronner, il a mis en lumière les points suivants :

L'aliénation mentale, considérée dans son ensemble, augmente de fréquence à notre époque, suivant une progression plus rapide que celle de la population. Cette augmentation porte surtout sur la folie paralytique.

Rare autrefois, la folie paralytique fait de nos jours des progrès considérables, progrès d'autant plus inquiétants qu'une fois arrivée à son complet développement, cette maladie est incurable.

Les causes principales de cette redoutable affection paraissent résider dans l'activité fiévreuse de la vie moderne, dans les commotions morales si profondes de notre temps, enfin dans l'abus de certains poisons des centres nerveux, spécialement du tabac et de l'alcool.

Ces différentes thèses ont été l'objet, au sein de l'Académie, d'objections sérieuses. L'auteur du Mémoire se propose de les aborder successivement. Dans cette séance, il s'est arrêté aux questions relevant de la statistique. Empruntant de nombreux relevés empruntés à divers pays, M. Lefebvre cherche à établir que l'aliénation mentale, considérée en bloc, est en progrès, sans qu'il soit possible de préciser le coefficient de ce progrès. En ce qui concerne la folie paralytique, répondant à une objection fondamentale formulée par M. Laussedat, il s'applique à démontrer que cette affection est une espèce morbide nettement dessinée, tant par ses lésions anatomiques que par ses symptômes. Au point de vue anatomo-pathologique, elle est essentiellement caractérisée par une hypérémie amenant une inflammation lente et progressive des centres nerveux, inflammation qui se traduit d'ailleurs par les exsudats habituels, et plus tard par les métamorphoses régressives qui succèdent à tout processus inflammatoire chronique, et spécialement par l'atrophie et la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments nerveux, lobes et cellules. Symptomatiquement, deux faits dominent cette espèce morbide ; au point de vue somatique, la paralysie progressive des muscles volontaires ; au point de vue psychique, l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles aboutissant à la démence, affaiblissement sur lequel se greffe un délire, le plus souvent ambitieux, quelquefois mélancolique, à l'exclusion habituelle des autres formes délirantes.

Ces points fixés, l'orateur aborde la question statistique proprement dite. Ses observations personnelles lui donnent 17 fous paralytiques sur 100 aliénés. Les statistiques qu'il emprunte à la France, à l'Allemagne, à l'Angleterre, etc., fournissent un chiffre plus élevé encore.

M. *Crocq* commence par établir la localisation des fonctions du cerveau qui, selon lui, répond exactement à celle qui s'observe dans la moelle épinière. Dans celle-ci, il y a un organe de mouvement dans les cornes antérieures de la substance grise, un organe de sensibilité dans les cornes postérieures, un organe des actes réflexes et instinctifs dans les colonnes moyennes. De même, dans le cerveau, il y a un organe de la sensibilité, la couche optique ; un organe du mouvement, le corps strié ; et un organe des actes intellectuels et instinctifs, situé entre ces deux derniers, dans les circonvolutions. Cette localisation des fonctions conduit l'orateur à cette conclusion, que, dans la folie paralytique, il y a toujours au moins deux organes intéressés : les circonvolutions et une autre partie présidant au mouvement. Les lésions anatomiques constatées dans les autopsies démontrent qu'il en est réellement ainsi.

La folie paralytique est constituée par un groupe de symptômes pouvant dépendre de lésions fort différentes, ce que montrent les altérations si diverses révélées par les autopsies, et s'éloignant beaucoup, par leur variété, de l'unité dont on s'est plu à en revêtir le type classique. Il en résulte l'impossibilité d'établir d'une manière absolue le pronostic de la folie paralytique, comme aussi d'en fixer la fréquence relative dans les différents lieux et à des époques différentes. Les causes de l'aliénation mentale en général sont celles aussi qui donnent lieu à des phénomènes paralytiques, à la seule condition de frapper plus profondément les centres nerveux.

M. Crocq en vient enfin aux rapports de la fréquence des cas d'aliénation mentale avec les progrès de la civilisation. « L'exercice normal d'un organe, dit-il, ne peut jamais en amener la maladie ; il doit au contraire l'en préserver en le fortifiant. Ce qui est vrai pour les autres organes l'est également pour le cerveau. La civilisation ne saurait donc jamais être un danger, à moins qu'on ne la prenne dans ses excès, dans son fonctionnement anormal et déréglé, au point qu'il en résulte pour le cerveau des excitations passionnelles, de l'exagération de l'individualisme, etc. » « Le préservatif de l'aliénation mentale, ajoute-t-il en forme de péroraison, c'est le progrès incessant de la civilisation, c'est le développement de la raison s'élevant au-dessus des passions, des opinions et des instincts ; c'est la diffusion de l'instruction amenant toutes les couches sociales à un degré suffisant de développement intellectuel ; c'est l'anéantissement de la superstition et la régression de la crédulité ; c'est la moralisation, c'est l'éducation, qui enseignent à tout homme le respect de lui-même et des autres. Répandez ces principes, propagez-les, et la folie, comme la criminalité, descendra à son minimum. »

La séance publique est levée à deux heures et l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Hairion.

Ce rapport est fait au nom d'une commission chargée d'examiner les mémoires manuscrits présentés à l'Académie par des médecins belges pendant l'année 1871, et de signaler ceux de ces travaux qui lui paraîtraient mériter les honneurs du prix de 300 francs.

Le nombre des mémoires à examiner était de 27. La commission propose d'accorder une récompense académique au travail de MM. Van Lair et Masius sur la *microcythémie*, et à celui de M. Rommelaere sur l'*empoisonnement par le phosphore*.

Microcythémie. — MM. Van Lair et Masius désignent sous le nom de microcythémie une affection générale particulière dont les symptômes offrent un ensemble bien défini, et dont un des caractères essentiels est la prédominance de microcytes dans le sang. Ils appellent *microcytes*

(1) Ce travail, qui a paru *in extenso* sous le titre : De la folie paralytique ; statistique, étiologie, prophylaxie, dans le recueil (in-8°) des Mémoires de l'Académie, tome 1, page 3, 1870, en *Résumé analytique* dans son Bulletin (1868, p. 144, 335 et 458), a donné lieu à une discussion animée, qui a eu pour interprètes principaux : MM. Crocq (voy. son discours, *Bull.*, 1873, p. 144), Masoin (*Id.*, p. 222), Laussedat (*Id.*, p. 312) et Bulckens (*Id.*, p. 453). L'auteur y développe, dans un excellent style et avec une grande richesse d'arguments, cette idée que « les causes physiques de la folie paralytique peuvent se résumer en peu de mots : la fièvre de la vie moderne, ses ardeurs dévorantes, ses ambitions sans frein, ses douleurs ». « Quel est le remède à proposer ? dit-il (p. 94, *Mém.*). Faut-il enrayer le magnifique mouvement dont nous sommes les témoins, décourager cette noble émulation du travail qui s'est emparée des individus et des peuples, éteindre enfin tout ce joyeux bourdonnement de la ruche humaine, et prêcher aux peuples l'oisiveté et la mollesse. Non, mille fois non. » Et l'auteur en arrive à indiquer le repos dominical (voyez, sur ce sujet, aux *Variétés*, p. 792), sinon comme le palladium de la santé humaine, au moins comme l'un des meilleurs préservatifs du développement progressif de la folie paralytique.

Les opinions de l'éminent professeur de l'université de Louvain ont été le point de départ d'une discussion où la cause de la civilisation a paru un instant incriminée : de là de vives protestations, qui ont fait dévier quelque temps le débat, reporté, dans la séance de ce jour, sur son véritable terrain.

des globules rouges du sang différents des globules rouges ordinaires par l'exiguïté de leurs dimensions.

Une seule observation sert de base à ce travail. Une jeune dame sans maladie antérieure, d'une bonne constitution, accoucha heureusement d'un enfant bien portant vers le milieu de l'année 1869. Ce fut presque immédiatement après ses couches que commença son affection. On vit alors successivement se développer, et dans l'ordre suivant : des douleurs gastralgiques violentes accompagnées de vomissements bilieux, l'hypertrophie de la rate, des douleurs dans la région splénique; un ictère rémittent, une aphonie passagère et une paralysie des membres supérieurs et inférieurs avec atrophie manifeste de certains muscles de la main, de l'avant-bras et même du bras. Du reste l'intelligence est demeurée intacte, et il n'y a eu ni réaction fébrile ni trouble du côté de la respiration et de la circulation cardiaque et périphérique. A partir du mois d'août 1870, c'est-à-dire après une année de durée, la maladie entra dans une phase plus favorable, et le 8 avril suivant, après un long séjour à la campagne, la malade se trouva dans un état voisin de la guérison. Le sang n'offre plus aucun microcyte; mais la rate reste toujours volumineuse et les muscles de la main n'ont pas repris toute leur énergie.

Les auteurs considèrent les microcytes comme des globules rouges atrophiques et en voie de destruction. Les globules blancs représenteraient l'enfance de l'organite, les globules rouges discoïdes l'état adulte, et les microcytes la période de sénilité. Entre ces âges bien distincts on aurait des âges de transition. Suivant MM. van Lair et Masius, la rate ne détruit pas les globules rouges, mais les prépare seulement à la destruction, en modifie la forme et la constitution et en fait des microcytes; puis le foie, d'autre part, continue l'œuvre commencée par la rate, employant une partie des globules déchus à la fabrication de la bile, le restant de ces globules étant versé avec les globules discoïdes par les veines sus-hépatiques dans la circulation générale. On comprend dès lors qu'une activité plus grande de la rate ou une dépression des fonctions du foie puisse amener la *microcythémie*, ou l'accumulation dans le sang d'un plus grand nombre de microcytes.

Empoisonnement par le phosphore. — Naguère encore on ne connaissait pas d'antidote au phosphore. Plus heureux aujourd'hui, nous possédons dans l'huile essentielle de térébenthine un excellent antidote. C'est au docteur Andant, de Dax (Landes), qu'est due cette découverte, et l'on sait que c'est au hasard seul que ce médecin en est redevable. Trois cas d'empoisonnement par le phosphore, traités avec succès par la méthode d'Andant, forment la base du travail de M. Rommelaere. Mais l'auteur ne s'est pas borné à ajouter quelques faits au petit nombre de ceux que l'on possède déjà; il a recherché l'état dans lequel le phosphore passe dans la circulation, comment se fait son absorption et la nature du processus morbide qui conduit à la manifestation des symptômes que l'on observe : il a fait de plus des recherches nombreuses sur l'urine et le sang, et est arrivé à des résultats qui diffèrent entièrement de ceux que l'on avait obtenus jusqu'ici. On considérait généralement comme constants, dans l'empoisonnement par le phosphore, certaines altérations des globules rouges du sang, se traduisant d'une part par la dissolution de ces organes, la mise en liberté de l'hématine et l'apparition de matières colorantes en excès dans l'urine; d'autre part par la décoloration et l'aspect granulé et crénelé des globules. H. Rommelaere n'a constaté ni décoloration particulière de l'urine pouvant se rattacher à une modification quelconque dans la constitution des globules, ni l'altération signalée plus haut dans leur conformation; il est vrai de dire, ainsi qu'il le fait observer, que l'altération des globules rouges a été constatée sur les cadavres d'individus morts rapidement à la suite de l'ingestion d'une forte dose de phosphore, tandis que ses observations personnelles ont été faites sur du sang frais et chez des malades soumis à l'usage de l'huile essentielle de térébenthine. Mais une altération importante du sang que nul avant lui n'avait encore signalée, c'est une augmentation considérable dans le chiffre des globules blancs et une déformation particulière d'un certain nombre de ceux-ci.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE L'ISCHÉMIE CHIRURGICALE DANS LES AMPUTATIONS. — LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE INTRA-CORACOÏDIENNE, AVEC FRACTURE DU TROCHITER ET NÉVRITE DU NERF CIRCONFLEXE.

M. *Verneuil*. Avant de dire méthode d'Esmarch, compression d'Esmarch, il faut reconnaître que c'est un chirurgien italien, Grandesso Silvestri (de Vicence), qui a imaginé ce mode de compression. Trois choses sont à considérer dans ce procédé de compression : deux simplifications opératoires, dispense de compression digitale, et plaie exsangue où l'on peut manœuvrer facilement; et une amélioration : économie de sang.

La compression digitale est supprimée. Depuis trois ans, M. Verneuil lutte contre cette compression, qui a ses inconvénients; enfin, on se dispense d'un aide parfois difficile à rencontrer. Sans être effrayé par le sang qui coule, la régularité de la manœuvre en souffre; avec la compression telle que la fait M. Esmarch, on opérera comme sur le cadavre. Mais cette compression est-elle applicable à tous les cas? Dans l'amputation intra-deltoïdienne, non; dans la désarticulation de l'épaule, non; dans la désarticulation de la hanche et l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse, non. Dans ces cas, il faudra songer aux moyens employés par MM. Guyon et Lannelongue, et que ces chirurgiens feront connaître tout à l'heure. Dans les cas de broiement considérable d'un membre, l'application de la bande élastique sera-t-elle possible? Cela est douteux. Dans certaines amputations, il y aurait un danger sérieux à chasser dans le torrent circulatoire le sang du membre, soit qu'il existe des caillots pouvant produire des embolies, ou des caillots purulents susceptibles de déterminer une infection purulente.

M. *Guyon* fait une lecture sur le même sujet. Il se propose de décrire un moyen qu'il met en usage depuis plus d'une année et qui lui a donné les meilleurs résultats. M. Guyon demande la permission de présenter sur la méthode d'Esmarch quelques observations qui lui paraissent de nature à montrer que le moyen dont il se sert peut utilement aider à remplir ce grand *desideratum* de la chirurgie : opérer en ménageant autant que possible le sang du malade. La méthode hémostatique d'Esmarch a déjà fait ses preuves en Allemagne, en Angleterre et en France. Elle est parfaitement hémostatique, mais son application exige certaines conditions que ne présentent pas toujours les membres qu'il faut amputer, et la perfection même des résultats qu'elle permet d'obtenir lui crée des contre-indications.

Des liquides de mauvaise nature peuvent être refoulés dans la circulation générale; Esmarch recommande bien, lorsqu'on ampute un membre infiltré de pus fétide, de ne pas appliquer sa compression. On peut ajouter à cette contre-indication la possibilité du déplacement de caillots veineux propres à donner lieu aux embolies. Enfin, il est douteux que des membres broyés puissent utilement et facilement être soumis à la compression élastique totale.

Le procédé hémostatique de M. Guyon est moins parfait, mais il peut être employé sans inconvénient quel que soit le genre de lésions qui nécessitent l'amputation. C'est la perte de sang par les veines que M. Guyon a voulu supprimer; le malade, dont on conserve précieusement le sang artériel par la compression, perd toujours une très-notable quantité de sang veineux. M. Guyon eut d'abord l'idée de placer immédiatement au-dessous du point de section, mais de manière à ne pas gêner l'opération, une ligature circulaire comme celle de la saignée. Cette ligature doit être énergiquement serrée. C'est au commencement du mois d'août 1872 que ce procédé fut mis en usage pour la première fois. Il s'agissait d'une amputation de jambe au lieu d'élection pour une tumeur cancéreuse de la partie inférieure du membre. La compression artérielle était faite exactement; tout afflux de sang veineux vers la plaie était empêché. M. Guyon opéra comme sur le cadavre. Le malade perdit très-peu de sang, mais le membre amputé contenait beaucoup de sang veineux, qui y avait été incarcéré. Aussi, dès la seconde grande amputation qu'il eut à pratiquer M. Guyon compléta son procédé de manière que le malade conservât le sang qui dans la première opération était resté dans la jambe amputée.

Pour arriver à ce but, il procéda de la manière suivante : Il s'agissait d'un broiement de la partie inférieure de la jambe par une roue de voiture; l'amputation devait être faite au lieu d'élection. Dès que la chloroformisation fut commencée, des aides élevèrent le membre et le tinrent ainsi élevé jusqu'à

ce que le malade fût complétement endormi. Avant d'abaisser le membre, on commença la compression artérielle; puis un lien constricteur fut placé immédiatement au-dessous du point de section. Le membre fut alors placé en position pour opérer. Le sujet perdit très-peu de sang au moment des ligatures. Dans quatre autres grandes amputations, deux de cuisse, une de jambe et une d'avant-bras, M. Guyon a employé l'ensemble des moyens qu'il vient d'indiquer. Les résultats ont toujours été très-favorables. Une jambe entière, après une amputation de cuisse au tiers moyen, ne contenait que 34 grammes de sang,

Le procédé d'Esmarch a une incontestable supériorité : il supprime à la fois l'écoulement veineux et l'écoulement artériel; le procédé de M. Guyon ne supprime que l'hémorrhagie veineuse, et le chirurgien est toujours livré à son aide au point de vue de la perte du sang artériel. M. Guyon se propose d'ajouter à son procédé le lien élastique compresseur pour opérer l'arrêt du sang artériel.

M. *Lannelongue*, ne connaissant pas les procédés mis en usage par M. Guyon, a employé les moyens suivants dans un cas où il importait que le malade ne perdît pas de sang. C'était en janvier 1873, on apporta à l'hôpital des cliniques un malade qui avait un ostéo-sarcome volumineux de la cuisse. Le malade était excessivement épuisé, et la désarticulation de la hanche allait être faite. Pour éviter une perte de sang qui aurait amené la mort du malade pendant l'opération, M. Lannelongue fit dans un premier temps la ligature de l'artère fémorale dans le triangle de Scarpa; puis le membre inférieur fut tenu élevé par des aides pour le vider du sang veineux qu'il contenait; on vit, en effet, ce sang affluer dans la veine fémorale qui se gonflait; alors, une compression avec une bande de toile fut établie depuis les orteils jusqu'à la cuisse pour chasser le sang plus complétement. Enfin, la veine fémorale fut liée, et M. Lannelongue fit la désarticulation. On posa de fortes ligatures d'attente sur chaque muscle, et l'on enleva successivement ces liens pour saisir les artérioles les unes après les autres. Le malade ne perdit pas 40 grammes de sang.

M. *Chassaignac* fait une lecture de laquelle il résulte que l'idée de suspendre la circulation du sang au moyen de tubes de caoutchouc a été exposée par lui en 1856 à la Société de chirurgie et dans le tome Ier de son Traité des opérations.

M. Nicaise. Obs. — Un homme de cinquante-huit ans, entre le 8 septembre 1873 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, suppléé par M. Nicaise, pour une luxation intracoracoïdienne de l'épaule gauche, datant de huit jours; la lésion a été produite par une chute. Du même côté, le malade porte une luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule; elle date de quelques mois.

M. Nicaise procède à la réduction sans chloroforme; elle s'obtient facilement en faisant entendre un bruit de crépitation osseuse très-net. La luxation se reproduit immédiatement, mais très-facilement aussi la tête de l'humérus est remise en place. Pour maintenir la réduction on est obligé de placer sous l'aisselle un coussin analogue à celui de Desault; le membre est ensuite placé dans une écharpe de Mayor.

Le malade, atteint d'alcoolisme chronique, succombe le 11 octobre, après avoir présenté des phénomènes de dépression nerveuse; une congestion hypostatique des deux poumons était survenue dans les derniers jours.

Autopsie : Dissection de l'épaule luxée. — Le muscle sous-scapulaire ne présente aucune déchirure, il est seulement détaché de l'omoplate dans une étendue de 6 centimètres; il recouvrait entièrement la tête humérale. Les tendons des muscles sus- et sous-épineux sont détachés de l'humérus par la fracture du trochiter, dont les fragments leur restent adhérents. Ces tendons se continuent avec le capsule et le périoste voisin. La capsule articulaire offre une déchirure très-considérable, elle est détachée du rebord glénoïdien en avant et en bas.

Sur la tête de l'humérus on trouve une ecchymose sous-cartilagineuse et une érosion du cartilage. Le trochiter est fracturé au niveau de ses facettes supérieure et moyenne; les fragments osseux restent adhérents aux tendons. Au delà de la fracture, le périoste qui se continue avec les tendons est décollé. Les deux lèvres de la gouttière bicipitale sont dénudées.

La cavité glénoïde porte une ecchymose sous-cartilagineuse; son bord antérieur est dénudé, écorné, le bourrelet glénoïdien est déchiré. La face antérieure du col de la cavité glénoïde est dénudée. C'est sur ce point que reposait la tête, le rebord glénoïdien étant enclavé dans la fracture du trochiter.

Le nerf circonflexe est épaissi dans ses deux cinquièmes inférieurs. Enfin, on trouve des caillots fibrineux dans l'articulation; ils avaient pour point de départ les caillots cruoriques qui s'étaient formés au moment de l'accident. Ces caillots doivent-ils toujours disparaître sans laisser de traces?

Quant à la luxation sus-acromiale de la clavicule, on trouve que la clavicule repose directement sur l'apophyse coracoïde, et que les ligaments coraco-claviculaires subsistent encore, seulement le ligament conoïde se perd dans une masse osseuse considérable qui part de la clavicule.

La crépitation constatée pendant les manœuvres de réduction était due au frottement du trochiter contre le bord antérieur de la cavité glénoïde. La reproduction facile de la luxation peut s'expliquer par la large déchirure de la capsule et par le détachement des tendons dessus et sous-épineux. Deux causes paraissent contribuer à produire la fracture du trochiter, la contraction des muscles sus- et sous-épineux et le frottement du trochiter contre le rebord glénoïdien antérieur.

Entre le muscle sous-scapulaire et le petit rond, le nerf circonflexe est en rapport avec la face inférieure de la capsule articulaire. Le voisinage immédiat de l'articulation l'expose à recevoir le contre-coup de ce dont elle pourra être atteinte. Dans le cas actuel, le nerf était épaissi dans ces points et le gonflement remontait jusque sur la face antérieure du muscle sous-scapulaire.

Voulant s'assurer, s'il y avait réellement une névrite, M. Nicaise pria M. Grancher de vouloir bien faire l'examen du nerf. Cet examen a montré, dans le tissu conjonctif qui entoure la gaîne lamelleuse du nerf, l'existence de cellules embryonnaires abondantes autour des vésicules adipeuses et dans l'épaisseur des faisceaux du tissu conjonctif, ce qui est l'indice certain d'une *périnévrite*. L'examen doit être continué pour voir quel est l'état du tissu propre du nerf. Le gonflement du nerf est donc dû surtout à une périnévrite, ayant pour point de départ le travail de réparation qui se faisait dans la capsule et les tissus voisins. Cette lésion peut donner l'explication de certains cas de paralysie du deltoïde, survenant après la luxation de l'épaule. On sait, en effet, que les névrites et les périnévrites sont quelquefois suivies de dégénérescence dans le bout périphérique du nerf.

Séance du 26 novembre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Obstructions de l'intestin par les fibromes utérins. — Le galvanocautère appliqué a la trachéotomie, chez l'adulte. — Tissus imperméables.

M. *Guéniot* lit un rapport sur une observation d'obstruction intestinale par des fibromes calcifiés de l'ovaire. Cette observation a été adressée à la Société de chirurgie par M. Boyer, élève dans le service de M. Bouchard, à la Charité. Une personne de trente-huit ans entra à l'hôpital dans l'état suivant : ventre ballonné, douloureux, vomissements porracés; pas de selles. Tumeur abdominale comblant les culs-de-sac vaginaux. On diagnostique des corps fibreux sous-péritonéaux. La malade mourut le jour de son entrée dans les salles.

A l'autopsie : péritonite. Gros intestin distendu. Cæcum et rectum aplatis par les tumeurs. Dans l'ovaire gauche, tumeur du volume d'une tête d'adolescent, dure, contenant du liquide en quelques points. Dans l'ovaire droit, tumeur du volume d'un œuf de dinde. Ces tumeurs adhèrent à l'utérus par un long pédicule. Elles sont formées par du tissu fibreux calcifié. L'obstruction siégeait au niveau du cæcum et sur le rectum. La mort a été causée par la péritonite. Les tumeurs, non adhérentes aux parties voisines, auraient pu être refoulées au-dessus du petit bassin.

M. *Krishaber* fait une lecture sur le galvanocautère appliqué à la trachéotomie, chez l'adulte. Le 23 avril 1872, M. Verneuil lut à l'Académie un travail sur l'application du galvanocaustique à la trachéotomie. Il relata l'histoire d'un individu tuberculeux, âgé de trente-huit ans, en proie à une asphyxie imminente, et sur lequel la méthode, appliquée pour la première fois, donna un excellent résultat. Le 7 octobre de la même année, Voltolini (de Breslau) publia l'observation d'un

individu tuberculeux, âgé de trente-six ans, et sur lequel la trachéotomie fut faite d'après la méthode du chirurgien français. Le malade avait été narcotisé avant l'opération; il faillit mourir de syncope. La perte de sang fut presque nulle d'abord; mais il survint une hémorrhagie veineuse consécutive qu'on arrêta par l'application de la poudre de tannin.

Le 30 décembre 1872, P. Bruns revendiqua, pour son père, la priorité de l'application du galvanocautère à la trachéotomie. Le professeur Bruns (de Tubingen), dans un travail intitulé la *galvano chirurgie* et publié en 1870, dit, en effet, avoir appliqué plusieurs fois le galvanocautère pour l'opération du goître et de la trachéotomie. Cette remarque sommaire peut être rangée à côté d'une affirmation présentée à l'Académie par M. Jaubert, qui déclara que la trachéotomie avait été exécutée avec le galvanocautère par M. Amussat, le 13 avril 1870. En résumé, l'observation de M. Verneuil est la première qui ait été publiée.

Les Archives de médecine de janvier 1873 contenaient la relation faite par M. Bourdon, d'une série de cinq nouvelles opérations, sur lesquelles quatre furent pratiquées par M. Verneuil, et une par M. Bourdon. Il s'agit de quatre adultes et d'un enfant de quatre ans. Dans ce dernier cas, et dans trois sur quatre des adultes, le résultat avait été très-satisfaisant. Une fois cependant (il s'agissait d'un homme sur lequel la trachée avait été trouvée ossifiée), on dut faire une ligature d'artère. M. Krishaber vient soumettre à la Société de chirurgie les faits qui lui sont personnels.

Le premier malade est un individu de quarante-cinq ans, ayant des végétations qui remplissent presque la totalité de la partie supérieure de la trachée, et de la portion sous-glottique du larynx. Emploi du couteau galvanique chauffé au rouge sombre; section très-lente des tissus couche sur couche. Une artériole donnait du sang : touchée par la surface plate du couteau galvanocaustique, elle cessa immédiatement de donner du sang. Après l'opération, la respiration se faisait largement par une canule du plus gros calibre. Quelques heures après, une abondante hémorrhagie artérielle survint; elle s'arrêta presque spontanément. Dans la suite, les choses se passèrent normalement.

Un autre malade, âgé de soixante-trois ans, avait une tumeur intra-laryngée avec troubles respiratoires et aphonétiques. Le malade avait eu plusieurs fois des accès de suffocation, et le danger d'asphyxie était devenu imminent. M. Krishaber voulut tenter la destruction de la tumeur, par les voies naturelles; mais à peine le couteau galvanocaustique laryngé eut il touché cette tumeur, qu'un accès de suffocation survint. La mort par asphyxie était absolument imminente; on fit la trachéotomie. Quoique l'instrument fût seulement au rouge sombre, quoique l'opération fût conduite avec lenteur, il survint une hémorrhagie artérielle qu'on ne put arrêter qu'en saisississant en masse les parties molles avec une forte pince laissée en place. Le malade allait mourrir; on avait perdu beaucoup de temps à rechercher l'artère coupée, le chirurgien divisa la trachée d'un coup de bistouri et introduisit la canule. Le lendemain de l'opération, le malade put se lever; mais il mourut bientôt; la tumeur était de nature cancéreuse.

Dans ces deux cas, le galvanocautère n'a eu aucun avantage sur la méthode ordinaire. Ces faits sont défavorables à la nouvelle méthode. La nécessité de pratiquer la trachéotomie sur l'adulte se présente sous des aspects très-variés; les exigences de chaque fait particulier doivent, avant tout, être prises en considération. Il ne sera jamais possible d'indiquer une méthode unique et un procédé opératoire unique, trouvant une application générale. D'après le nombre des faits connus jusqu'ici, le galvanocautère, malgré sa puissance hémostatique incontestable, ne procure pas la sécurité des ligatures, et expose au danger des hémorrhagies consécutives. Il n'est pas suffisamment prouvé jusqu'à ce jour que le couteau galvanique apporte à l'opération de la trachéotomie une facilité de plus ou un danger de moins.

— M. *Trélat* présente de la gutta-percha laminée pure, remplaçant avantageusement le taffetas gommé comme enveloppe imperméable. Ce produit se trouve facilement dans l'industrie.

Société de biologie.

Séance du 29 novembre 1873. — Présidence de M. Claude Bernard.

Étude des lésions des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie : M. Cornil. — Expériences sur le sang septique : M. Onimus. — Du chloroforme impur : M. Rabuteau. — Preuve physiologique de l'élimination en nature de l'oxyde de carbone par les poumons : M. Gréhant. — Élection.

M. *Cornil*, continuant la communication de ses recherches sur l'anatomie pathologique de la cirrhose du foie, démontre sur des préparations deux genres de lésions très-intéressantes à connaître. Il s'agit en premier lieu de la formation de végétations ou villosités à la surface péritonéale de la capsule de Glisson. Ces végétations ont 1/2 à 1/4 de millimètre en longueur. Elles sont terminées en pointes, ou bien leur extrémité se courbe pour s'anastomoser avec une villosité voisine. Elles sont constituées par des fibrilles de tissu conjonctif et renferment des vaisseaux qu'on peut injecter par la veine porte. Elles ont une certaine importance pathogénique parce qu'elles favorisent la production des adhérences du foie avec les organes voisins. En second lieu, M. Cornil signale l'existence de dilatations vasculaires qu'on peut rencontrer dans la cirrhose du foie; les vaisseaux dilatés s'observent autour des lobules; ils se terminent dans un tissu d'aspect caverneux, formé par du tissu conjonctif embryonnaire, et qui rappelle la texture des tumeurs sanguines du foie; ces dilatations s'observent jusque sur les capillaires de l'intérieur du lobule. Les vaisseaux dilatés ont été injectés par la veine porte; par conséquent ces résultats sont en opposition avec l'assertion de Rindfleisch, qui considère les artères hépatiques comme l'agent de la circulation du foie dans la cirrhose.

— M. *Onimus* rapporte des expériences qui démontrent qu'il y a une différence entre le sang septicémique et le sang rendu septicémique artificiellement par l'action de la chaleur. Le sang septique artificiel est bien moins actif que le sang pris chez un animal septicémique; en outre, il faut 10 fois plus d'acide sulfurique et d'iode pour détruire l'activité septicémique artificiellement obtenue que pour annuler la puissance toxique du sang des septicémiques.

— M. *Rabuteau* ayant examiné des échantillons de chloroforme altéré, a observé que cet agent anesthésique était toxique lorsqu'on y trouvait des gouttelettes de substance huileuse et une odeur acide, quelquefois même accompagnée du dégagement de vapeurs acides.

Il y aurait, suivant M. Rabuteau, un moyen simple de purifier le chloroforme ainsi altéré. On le traite par l'eau d'abord, pour enlever les gouttelettes huileuses, puis par le lavage à la potasse; il se fait un précipité de chlorure de potassium, et alors le chloroforme est pur, il a l'odeur caractéristique, il a perdu ses propriétés toxiques.

— M. *Gréhant* a obtenu la démonstration physiologique de l'observation qu'il avait faite par des procédés physiques et chimiques de l'élimination en nature de l'oxyde de carbone par le poumon chez les animaux incomplétement intoxiqués par ce gaz. Faisant respirer à un moineau le produit de l'expiration d'un chien incomplétement intoxiqué par le carbone, il a obtenu la mort de l'oiseau, ce qui prouve que les gaz expirés par le chien renferment de l'oxyde de carbone en quantité notable; seulement cette quantité n'est toxique qu'à la condition qu'elle soit mélangée à de l'oxygène. L'expérience est complexe. M. Gréhant a employé un appareil ingénieux qui permet l'absorption de l'acide carbonique produit par la respiration, condition nécessaire parce que l'oiseau mis en

expérience ne meurt qu'au bout de vingt-neuf heures de la respiration du mélange toxique. Dans ces conditions, il suffit d'une atmosphère renfermant 1/480e d'oxyde de carbone pour tuer l'oiseau. Or, cet oxyde de carbone est renfermé dans les produits de l'expiration d'un chien incomplétement intoxiqué par le carbone. La preuve physiologique s'ajoute à la preuve physico-chimique en la complétant.

— L'élection faite dans cette séance a eu pour résultat la nomination de M. *Javal*, bien connu pour ses travaux sur l'astigmatisme et le strabisme. M. Javal a obtenu 18 voix sur 30 votants, M. Renaut 9 voix, M. Hamy 3.

A. HÉNOCQUE.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MIALHE.

INNOCUITÉ DES INJECTIONS DE MORPHINE : MM. FÉRÉOL, BOURDON, C. PAUL, CADET DE GASSICOURT ET BUCQUOY. — INJECTION SOUS-CUTANÉE DES SOLUTIONS DANS LA GLYCÉRINE; DISCUSSION : MM. FÉRÉOL, C PAUL, MIALHE. — TRAITEMENT DES ÉCROUELLES PAR INJECTION SOUS CUTANÉE DE DISSOLVANTS CHIMIQUES : M. LEGROUX; PAR L'ÉLECTRICITÉ : M. C. PAUL. — PRÉSENTATION D'APPAREILS, HYSTÉROMÈTRE EN BALEINE ET A BOULE DE CIRE : M. CRÉQUY.

Plusieurs faits cités par divers membres de la Société doivent confirmer dans l'idée de l'innocuité que finissent, en raison de l'accoutumance des malades, par présenter les injections sous-cutanées de morphine. M. *Féréol* arrive, chez quelques-uns de ses malades, à 8 et 12 centigrammes par jour; M. *Bourdon* a pu aller jusqu'à 45 centigrammes. MM. *Cadet de Gassicourt* et *Bucquoy* ont injecté 1 gramme. Enfin M. *C. Paul* a vu à la Charité, dans le service des cliniques, un malade à qui on injectait chaque jour 1gr,50 de chlorhydrate de morphine.

Tous ces chiffres ne peuvent être atteints, bien entendu, que progressivement; on ne pourrait agir de même avec l'atropine; enfin, nous ajouterons qu'il est bien possible que quelques-unes de ces injections presque massives aient été faites avec des solutions chargées d'algues, c'est-à-dire privées d'une partie plus ou moins grande de l'alcaloïde qu'elles étaient censées contenir. On sait que dans le but d'éviter la formation des algues, M. C. Paul a préconisé l'emploi de solutions à la glycérine.

M. *Féréol* a essayé depuis lors ce genre de solutions; il a pratiqué des injections ainsi préparées chez un ataxique et chez une phthisique, tous deux habitués aux injections sous-cutanées. Ces deux malades se sont plaints à lui de douleurs vives qui auraient persisté pendant une heure. M. Féréol a cependant lieu de croire, d'après les affirmations de son interne en pharmacie, que la glycérine qu'il a employée n'était pas acide. La quantité de liquide injecté sous la peau a été de 2 grammes; l'un de ces malades était habitué à recevoir jusqu'à 3 grammes de la solution aqueuse. C'est là une première objection faite par M. Féréol à l'emploi des solutions dans la glycérine.

Il en fait une seconde : il a observé que le piston de sa seringue se gonflait et se durcissait au point de rendre impossible ses mouvements dans le corps de pompe.

M. Féréol ajoute que l'effet sédatif de l'injection a été plus manifeste peut-être qu'avec sa solution habituelle.

On peut encore ici se demander si cela ne tient pas à ce que les algues altéraient les précédentes solutions, ainsi que nous le disions tout à l'heure.

M. *C. Paul* élève quelques doutes sur la nature de la glycérine. Il pense, en outre, que la quantité du liquide injecté n'est pas étrangère à la douleur qu'on produit dans les tissus. Il n'injecte jamais plus d'un demi-centimètre cube de liquide. Enfin, il répète ce qu'il a déjà dit dans la dernière séance, qu'il n'a jamais observé chez ses malades de douleur quelque peu persistante.

M. *Mialhe* pense également que la glycérine pure, non acide, insipide, doit être sans action douloureuse sur les tissus.

— M. *Legroux*, tout en avouant qu'il ne possède pas encore de faits suffisamment probants, attire l'attention de la Société sur l'utilité qu'il y aurait, à ses yeux, à attaquer par des agents chimiques ces masses ganglionnaires en dégénérescence caséeuse qui constituent l'écrouelle scrofuleuse, et à détruire ainsi ce que le *circulus vitalis* est impuissant à résorber. Il a essayé les injections d'essence de térébenthine dans les masses ganglionnaires. Sans être fixé sur l'agent médicamenteux, il pense qu'il y a là une méthode de traitement à étudier, et demande à ses collègues de lui fournir quelques indications à cet égard.

M. *Paul* rappelle à ce propos que le docteur Morel, de Bruxelles, dit avoir fait diminuer des masses ganglionnaires considérables en les faisant traverser par des courants continus. Quant à lui il a fait, d'après ces indications, deux tentatives qui ont complétement échoué. Dans un troisième cas, où il a appliqué sur la tumeur le pôle négatif de Remak (dix-huit à vingt éléments), il a obtenu une légère diminution de ce ganglion. M. Paul complète ces renseignements en disant que Lendet a essayé en pareil cas les injections de teinture d'iode.

Nous ajouterons que dans un cas de lipome, comparable jusqu'à un certain degré, au point de vue chimique au moins, aux ganglions dont parle M. Legroux, un succès a été publié par le docteur Hasse (*Medical Press and Circular*, 27 août 1873). Agissant d'après des indications données antérieurement par le docteur Schwalbe (de Zurich), le docteur Hasse injecta dans un lipome, à quatre reprises successives séparées par un intervalle de quinze jours, une certaine quantité d'alcool; la tumeur se ramollit et fut vidée par un coup de bistouri.

— M. *Créquy* présente un hystéromètre qu'il a fait faire par M. Mathieu, pour remplacer les tiges métalliques employées par Huguier, Valleix, Sims et autres, et qu'il emploie depuis quinze ans. Son hystéromètre est en baleine et peut, par sa souplesse, se plier devant la résistance du fond de l'utérus, et s'adapter aux différentes formes de la cavité de cet organe. Sa graduation est faite sur une échelle extérieure; lorsqu'il éprouve quelque résistance il termine l'extrémité effilée par une boule de cire à cacheter à laquelle il donne la forme et le volume nécessaires. Il remplace de même, pour les rétrécissements de l'œsophage, les boules d'ivoire ordinaires par des boules de cire dont il modifie la forme suivant les indications.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi médical de l'oléostéarate de zinc.

L'oléostéarate de zinc vient d'être préconisé contre l'eczéma chronique sous forme de pommade obtenue avec cinq parties d'oléostéarate de zinc, quinze parties de suif de mouton et quinze parties d'huile d'amandes douces.

Cette nouvelle manière d'employer l'oxyde de zinc peut-elle présenter plus d'avantages que la simple pommade à l'oxyde de zinc? C'est ce que les praticiens reconnaîtront; mais nous ne le pensons pas, car, d'après sa constitution, ce composé ne représente en réalité que de l'oxyde de zinc à l'état insoluble, quoique combiné avec un ou plusieurs acides gras; par conséquent il ne doit pas posséder une plus grande activité qu'une pommade à l'oxyde de zinc bien préparée.

(*Bulletin de thérapeutique*.)

BIBLIOGRAPHIE.

First medical and surgical Report of the Boston City hospital, edited by. J. N. Borland et D. W. Cheever. — Boston, 1870. (Premier compte rendu médical et chirurgical de l'hôpital de Boston.)

L'hôpital de la cité de Boston est établi depuis 1864, et en 1868 il recevait plus de 2000 malades, en même temps que des consultations et des soins étaient donnés en dehors de l'hôpital à 7690 malades.

Les administrateurs ont, en 1869, décidé qu'on publierait un compte rendu général représentant l'histoire médicale et chirurgicale de l'hôpital. C'est ainsi qu'a été formé un magnifique volume de 688 pages, renfermant de belles planches et exécuté avec un grand luxe typographique.

Pour faire apprécier l'importance d'une pareille publication, il nous suffit d'indiquer sommairement les sujets traités. L'histoire et la description de l'hôpital servent d'introduction ; la plus grande partie du volume est consacrée à des articles spéciaux sur les maladies et les affections chirurgicales les plus intéressantes ou les plus communes, enfin des tableaux nombreux résumant la statistique médicale et chirurgicale. Les articles spéciaux, au nombre de douze, sont l'œuvre particulière des médecins et des chirurgiens.

Le docteur Bodwitch ayant observé 10 cas d'abcès périnéphrétiques, en a réuni l'étude dans un chapitre dont les conclusions sont en faveur de l'opération pratiquée de bonne heure; l'auteur insiste sur les complications pulmonaires.

M. Cheever, analysant 26 cas de résections parmi lesquels il y a eu 43 pour 100 de mortalité, fournit à la statistique des renseignements importants.

M. Borland résume l'histoire de 379 cas de pneumonie, observés pendant les cinq années. Cette maladie a généralement été traitée suivant la méthode de Bennett, c'est-à-dire les toniques, les stimulants (vin et alcool) ; on a fait emploi de la quinine et du tartre stibié, les résultats sont intéressants, sur 107 cas non compliqués, il y a eu 10 morts, soit 1 mort pour 10,7.

M. G. Blake s'est attaché à étudier comparativement l'influence de divers traitements sur le rhumatisme articulaire aigu; il divise les 300 cas observés en cas traités par les alcalins, c'est-à-dire par les sels de potasse et de soude. 125 cas ont été traités par les alcalins, mais on y associait des toniques, le quinquina, le fer, l'huile de foie de morue. La durée moyenne du traitement était de 16 jours, celle du séjour à l'hôpital de 24 jours. Dans le traitement non alcalin, suivi dans 175 cas, la durée moyenne du séjour a été de 35 jours. L'auteur insiste sur l'importance de ces résultats statistiques très-favorables au traitement alcalin.

M. Upham, dans le compte rendu de la fièvre typhoïde, sur 152 cas dont la mortalité a été de 1 sur 7, montre la fréquence des divers symptômes, par exemple les taches rosées lenticulaires ont été observées dans 109 cas, l'épistaxis dans 57 cas. Le traitement a été en général expectant.

Chacun des chapitres mériterait une étude approfondie, que nous n'avons pas le loisir de faire, le titre seul en montrera l'importance.

Les comptes rendus sur l'ophthalmologie par M. W. Williams, sur les maladies de la peau par M. Damon, sur les affections de l'oreille par M. Orne Grun, une observation de reproduction du tibia par Cheever, une étude sur l'inflammation péri-utérine par M. Sinclair, enfin des tableaux statistiques, une revue générale chirurgicale, renferment sur les anévrysmes, la trachéotomie, la taille, les hernies, les fractures et les amputations, quantité de documents classés de telle façon que la lecture en est facile.

Dans son ensemble, cette publication offre un exemple à suivre, elle prouve combien il est avantageux que les statistiques des hôpitaux, au point de vue médico-chirurgical, soient exécutées et publiées par des gens de l'art, en dehors de toutes les statistiques administratives, quelle que soit la valeur de celles-ci à tout autre point de vue.

A. H.

The half yearly Abstract of the medical Sciences. London, A. Churchill.

Nous avons à plusieurs reprises parlé de cette utile revue, composée chaque année de deux volumes, qui paraissent semestriellement. Chacun de ces volumes comprend environ 400 pages. C'est peu; mais, vu la compacité du texte, la masse de matériaux qui peut y entrer est considérable.

Des ouvrages de ce genre ne sont pas susceptibles d'analyse; nous avons dit dans le temps ce que nous pensions de celui-ci; mais nous nous faisons un devoir de le rappeler par intervalles à l'attention des médecins qui veulent se tenir au courant de la science. Il est bon à consulter, même à côté de la savante *Revue* de M. Hayem. Le dernier volume paru est le cinquante-septième : il comprend le premier semestre de 1873.

Index bibliographique.

Des réductions de l'inversion utérine consécutive a la délivrance, par le docteur Ch. F. Weiss. — In-8 de 76 pages. Paris, 1873. Chez J. B. Baillière et Fils.

Ce travail s'appuie sur huit observations recueillies dans les services des professeurs Stoltz et Depsul et des docteurs Tarnier et Guéniot; il a surtout pour but le traitement de l'inversion utérine consécutive à la délivrance, et en particulier la réduction. Ce n'est qu'après l'échec complet de cette méthode, s'il peut jamais l'être, dit l'auteur, que l'on doit se borner à une cure palliative ou risquer la cure radicale par les caustiques, la ligature, l'excision ou encore, comme Scanzoni le préfère, la ligature suivie de l'excision, ou bien encore de la cautérisation, conseillée par le docteur Valette (de Lyon).

L'auteur divise les réductions en spontanées et en artificielles; ces dernières se distinguent selon la forme rapide ou graduée de la méthode.

La réduction à forme rapide comprend sept procédés, que le docteur Weiss passe successivement en revue : taxis (Pajot, Noggerath, Barrier); anesthésie (Valentin Canney), débridement (Barnes), dilatation abdominale du col (Thomas, de New-York), suture métallique (Emmet), repoussoirs (Depaul).

Les réductions à forme graduée ne comportent que deux divisions : la première est la méthode à air (Tyler Smith, Bockendahl, Fessenmayer); la dernière est l'eau agissant à la fois, froide en rétractant, injectée en repoussant l'organe (Charles Martin).

C'est à ces deux derniers moyens que l'auteur semble donner la préférence, ssns toutefois se prononcer d'une façon très-explicite.

Des bandages et des ceintures hypogastriques, par le docteur Bernier de Bournonville. — In-8 de 86 psges, avec 25 figures intercalées dans le texte. Paris, 1873. A. Delahaye.

Ce travail ne renferme aucune donnée nouvelle et, partant, mérite à peine une simple mention. L'auteur après avoir, dans la première psrtie, indiqué les rapports de l'utérus et très-sommairement décrit les déplacements de cet organe, arrive enfin à la description des diverses ceintures hypogastriques et à leur application.

On croirait, en parcourant ce mémoire, avoir sous les yeux un catalogue détaillé d'un fabricant d'appareils de chirurgie, et il suffit de lire les descriptions qu'il trace de chacun de ces moyens plus ou moins perfectionnés, pour s'apercevoir que l'auteur a trop complaisamment reproduit les prétendus mérites que leur ont attribué les inventeurs. En face du nombre considérable de ceintures hypogastriques qui encombrent notre arsenal orthométrique, M. Bernier aurait pu rendre un grand service aux gynécologistes en leur signalsnt les imperfections ou les desiderata de la plupart de ces appareils multipliés à profusion. Son but était sans doute de poursuivre cet utile but, mais il n'a pu malheureusement pas l'atteindre.

Étude sur la valeur séméiologique de la ménorrhagie, par le docteur A. Potheau. (Thèse de doctorat). — In-8 de 107 pages. Paris, 1873. A. Delahaye.

L'étude de la ménorrhagie doit être séparée de celle de la métrorrhagie. La ménorrhagie ne vient pas par aventure, mais par la perturbation d'un acte physiologique, la menstruation, et celle-ci imprime aux

hémorrhagies utérines des caractères spéciaux qui peuvent aider au diagnostic de certaines affections, en assurer le pronostic et servir même de base aux indications thérapeutiques. C'est à ce titre que le travail du docteur Potheau, malgré de nombreuses imperfections, pourra être consulté avec fruit par les praticiens. L'auteur passe rapidement en revue, dans un premier chapitre, les conditions pathologiques les plus fréquentes de la ménorrhagie (tumeurs fibreuses de l'utérus, polypes, hypertrophie totale ou partielle de cet organe, phlegmasies péri-utérines, altérations de la muqueuse, métrite chronique, irritation ovarienne, kystes des ovaires, ovarite chronique, névralgie lumbo-utérine, cancer de l'utérus, chloro-anémie, pyrexies, scorbut, purpura, hémophilie, cachexies, etc.),

Dans un second chapitre, il examine les caractères de la ménorrhagie aux différents âges, et en particulier à la puberté et vers l'âge critique.

Le troisième chapitre, assurément le plus intéressant de ce travail, est consacré à la pathogénie. L'auteur range dans quatre groupes naturels les diverses causes pathologiques qui produisent la ménorrhagie. « Elles peuvent agir, dit-il : 1° par augmentation de l'excitation ovarienne ; 2° par augmentation de la congestion utérine ; 3° par modification du tissu utérin et de ses vaisseaux ; 4° par altération de la muqueuse et de ses capillaires. »

Il est regrettable que le docteur Potheau n'ait pas établi la classification des causes de la ménorrhagie sur la base physiologique qu'il pose lui-même, car sa description eût alors gagné en intérêt et en originalité. Quelque ingénieuse que nous paraisse une telle division, nous ne pouvons nous dispenser de signaler une lacune qu'il est facile de combler, c'est la variété de ménorrhagie produite par les altérations du sang, en un mot, la ménorrhagie dyscrasique.

Les indications thérapeutiques dérivent des divisions pathogéniques tracées par l'auteur. « Il faut, dit-il, diminuer l'excitation ovarienne et la congestion utérine, modifier la muqueuse utérine ou les vaisseaux.

» Tantôt, il faut chercher à agir sur la fibre musculaire pour en diminuer l'hypertrophie et l'hyperplasie et sur les tuniques vasculaires augmentées de volume. Tantôt, il faut surtout augmenter la tonicité et la vitalité de l'utérus. Dans ce dernier cas, il est quelques médications capables de combattre cette ménorrhagie à longue échéance : le fer dans la chlorose, le quinquina et l'arsenic chez les femmes affaiblies, l'iodure de potassium dans l'hyperplasie utérine ; enfin, l'opium, le hachisch, le bromure de potassium, dans les névralgies congestives. »

VARIÉTÉS.

Congrès de Vienne. — Les quarantaines et la prophylaxie.

(Suite. — Voyez le numéro 48.)

L'auteur, après avoir décrit les conditions qui, en Égypte, favorisent le développement de la peste, aborde le même sujet en ce qui concerne le choléra.

II. Causes hygiéniques. — Foyer épidémique du choléra.

Sur le *choléra* indien ou asiatique, nous avons discuté dans la séance précédente, et il n'y a aucun doute qu'il est endémique et originaire de l'embouchure du Gange, d'où, par des circonstances particulières, en 1817, il se manifesta à Yessore épidémiquement et d'une manière terrible ; et que les caravanes l'ont apporté à la Mecque, d'où successivement il se propagea dans le reste du monde.

Tous les loïmographes qui ont fait des études plus remarquables sur le choléra ont dit positivement que les grandes épidémies ont eu leur point de départ dans les Indes ; cependant, M. Tholozan, que nous connaissons si avantageusement comme expert en cette matière, a démontré, en 1871, que l'épidémie qui a ravagé l'Europe en 1851-1852 n'a pas commencé en Asie ; et qu'en 1855-1856, son point de départ a été la Pologne.

Permettez-moi une digression, messieurs :

Je crois (c'est peut-être trop de prétention de ma part) que le choléra naît aujourd'hui spontanément en Europe. J'avais cette idée il y a longtemps ; mais les faits et documents que M. Tholozan vient de nous fournir m'ont affermi encore plus profondément dans cette idée.

De même qu'une graine portée d'un pays étranger germe si elle trouve le climat et les conditions du sol convenables, le germe (ou la graine) pathologique peut aussi se développer et prospérer lorsqu'il trouve de bonnes conditions pareilles.

C'est une hypothèse, messieurs, mais qui se fonde sur des analogies évidentes.

Revenons à notre sujet.

Les conditions topographiques et hydrographiques du Gange et de son delta sont décrites dans toutes les œuvres qui s'occupent du choléra.

Tout le monde scientifique sait, et principalement des centaines de professeurs et de savants de tous les pays représentés dans ce Congrès, que les hypothèses sur la cause du choléra sont nombreuses, mais que, en tout cas, il n'y a pas un seul hygiéniste ou clinicien qui ne mentionne les miasmes terribles qui se dégagent du fleuve sacré des Indiens.

Deux coutumes du pays constituent des sources d'infection. L'une est l'habitude qu'ont les Indiens de brûler les cadavres sur les bords des rivières, et d'y jeter ce qu'ils appellent leurs cendres. Or, comme pour les pauvres le bûcher n'est guère qu'un simulacre, il en résulte que les cours d'eaux entraînent avec eux de nombreux cadavres tout entiers. Quand on ne brûle pas les cadavres, on les enterre à une très-petite profondeur, de telle manière que les pluies ou les bêtes fauves les mettent en contact avec l'air (Dutroulau). L'autre coutume qui, d'après Johnson, est presque générale, est la suivante, que j'indiquerai dans les termes empruntés à Johnson lui-même. « Au lever et au coucher du soleil, des myriades d'Indiens de toutes les classes et de tous les sexes se rendent en groupe aux bords des rivières pour sacrifier à la déesse Cloacina ; mais au lieu de porter leur offrande au temple, ils l'abandonnent avec indifférence au courant de l'eau et y répandent l'infection. »

Quant à l'alimentation des habitants, elle consiste en laitage, riz, habituellement froids et souvent aigris, qu'ils assaisonnent avec du poisson déjà avancé ; ils y joignent les melons, les concombres, les amandes, le cacao et d'autres fruits huileux, etc. L'eau que tout le monde boit en abondance est l'eau saumâtre des rivières, ou celle des inondations, plus affreuse encore (M. Briquet).

Pendant une saison qui, d'après Morehead, dure cinq mois, celle de l'hiver, tous les fleuves débordent, les canaux et les étangs se crèvent, et le sol, couvert en quelques jours de 15 à 20 pieds d'eau, est inondé à plusieurs lieues de distance. La température moyenne du jour est de 25 degrés.

Pendant l'été se font le retrait des eaux et le dessèchement du sol. Quand ils commencent, le pays est couvert de 12 à 15 pieds d'une eau saumâtre chargée d'une immense quantité de débris organiques. Dans certains lieux, où les eaux sont stagnantes, elles sont couvertes de tant de végétaux qu'on dirait une prairie. Dans d'autres lieux, c'est une boue sale, quelquefois noire comme l'encre. Or, tout cela se dessèche en quelques semaines. On peut juger de la quantité et de la nocivité des effluves qui s'échappent de ces bourbiers, où pourrissent et se décomposent des millions de végétaux et d'animaux.

Jameson fait voir qu'à Calcutta le choléra à l'état sporadique existe constamment dans la Ville-Noire qui longe le Hougly, l'un des bras du Gange ; cours d'eau tellement malsain qu'il suffit de le remonter le soir en bateau pour être atteint du choléra. Dans ce quartier à rues étroites, où loge le bas peuple, on voit des cas de choléra naître dans toutes les saisons, et assaillir de préférence les cabanes des pêcheurs et les cases les plus voisines de la rivière. Dans le Showringi, qui est le quartier riche, et où il y a de l'espace et de l'air, le choléra sporadique n'apparaît que très-rarement, et les cas sporadiques de cette maladie n'y deviennent fréquents que quand une épidémie apparaît.

Faut-il encore, messieurs, citer les noms des auteurs qui ont démontré l'influence de l'humidité et des miasmes qui se développent au delta du Gange, comme la cause de l'endémicité du choléra ? Faut-il vous reproduire les noms des lieux qui, grâce à l'identité de conditions hygiéniques, ont eu aussi ce fléau endémique ? Non ; je crois superflu d'insister.

Dans le « Rapport sur les épidémies du choléra-morbus » émané de la commission composée de MM. Bouillaud, président ; Barth, Davenne, de Kergaradec, J. Guérin, Jolly, Mélier, Roche, Tardieu et Briquet, rapporteur, vous aurez lu que l'on considère les épidémies de choléra sous trois points de vue, ou sous trois formes :

1° Les épidémies locales, qui ont peu de tendance à s'étendre ;

2° Les épidémies régionales, qui sont douées de la faculté de s'étendre d'une contrée à la contrée voisine ; mais qui, cependant, ne dépassent pas les limites de l'Inde ;

3° Les épidémies générales qui, parties d'une des provinces de l'Inde, arrivent aux frontières de ce pays, puis s'étendent aux contrées voisines, et de là se propagent dans une étendue plus ou moins grande du globe.

La dernière forme est justement celle qui nous intéresse plus particulièrement, mais celle qu'il est le plus nécessaire de combattre est la première. Ses causes ont été décrites déjà par les auteurs que nous avons cités, et dont l'opinion peut être résumée, comme fait M. Wise dans le passage suivant : « L'épidémie commence ordinairement par la localité la plus voisine des eaux ; et c'est là que se trouve le plus grand nombre des malades... Après elle s'étend peu à peu aux localités environnantes, et tend à se propager le long d'un bord et à gagner le bord opposé. A l'exemple de ce qui se passe pour les fièvres intermittentes, le miasme cholérique n'a généralement plus d'action au delà de quelques kilomètres de son point de départ. »

Voici encore un passage du rapport de M. Briquet, par lequel je termine cette partie :

« Cette contrée est tellement insalubre, que la partie qui correspond à la moitié inférieure de Calcutta est complétement inhabitée et abandonnée aux chacals. Tel est l'état sanitaire de la rive droite du Hougly. »

Il n'y a donc aucun doute que les conditions et la pathogénésie du choléra ne soient identiques ou très-semblables, au moins, à celles de la peste ; et que le Gange est le foyer principal de ce fléau. Nous ajouterons toujours que le *germe spécial*, probablement organique, y trouve les plus convenables conditions à son développement.

Morbus comitialis. — Nous n'aimons pas à faire entrer la science dans la religion ; mais quand c'est la religion qui entre dans la science, nous avons bien quelque chose à y voir, surtout quand elle y pénètre le plus inopportunément du monde et par une sorte d'effraction. Or, voici un savant prélat qui, dans un document public (une homélie), prétend donner de *morbus comitialis* une interprétation que nous avons vainement cherchée dans Hippocrate, Fr. Hoffmann ou Tissot. Ces deux mots, « par une synonymie curieuse », pourraient signifier à la fois « le mal de l'épilepsie et le mal parlementaire, le mal des assemblées ou des *comices* ». L'épileptique qui se tord, dans le tableau de Raphaël, aux pieds du Christ transfiguré, serait donc l'image de nos représentants, en travail de la commission des trente et des lois constitutionnelles. Mais, avec tout le respect qu'on doit à un membre de l'épiscopat français, se fût-il fourvoyé dans une oraison funèbre qui a fait du bruit ailleurs qu'à Landernau, il est impossible de ne pas lui rappeler que sa définition ne dépasse pas les proportions d'un jeu de mots ; encore ce jeu de mots est-il à contre-sens ; car bien loin que l'expression *mal comitial* puisse se prêter au sens de manie des comices, il rappelle, au contraire, que les comices devaient se séparer immédiatement quand un cas d'épilepsie se déclarait dans l'assemblée.

Démographie. — On connaît les lois d'accroissement des diverses populations dont nous parlons. On sait qu'en Angleterre, où cet accroissement est le plus rapide, la population double en 50 ans ; aux États-Unis, au Canada et en Australie, en 25 ans ; en Allemagne : dans le nord, en 56 ou 60 ans ; dans le midi, en 167 ans, ce qui donne 100 ans pour la moyenne ; en France, en 140 ans. Il en résulte que, dans un siècle, les proportions seront les suivantes : pour l'Anglais, 860 millions ; pour l'Allemand, 124 millions ; pour le Français, 69 millions, c'est-à-dire que les individus parlant allemand forment la septième partie, et ceux parlant français la douzième ou treizième partie de ceux parlant anglais. Tous ensemble ne forment pas le quart des populations de langue anglaise. Les pays de langue française ou allemande seront à ceux de langue anglaise comme est aujourd'hui la Hollande à l'égard de la France.

Choléra. — On avait annoncé, il y a quinze jours à peine, que l'épidémie cholérique s'était éteinte en Bavière, et voici qu'elle éclate de nouveau. Depuis le 21 novembre elle augmente tous les jours. On croit que ce sont des militaires venant du Palatinat qui l'ont ranimée. La population est exaspérée contre l'autorité militaire, qui n'a pas su prendre les précautions nécessaires. Le choléra diminue à Java.

Conseil général. *Séance du 23 novembre*. — M. Ch. Loiseau donne lecture d'un rapport sur le service des aliénés ; voici la conclusion de ce rapport :

Le conseil émet l'avis : 1° Que les asiles d'aliénés de la Seine reprennent leur organisation spéciale et distincte, qu'ils soient de nouveau placés sous la gestion directe de M. le préfet de la Seine ; 2° qu'il soit institué auprès de chacun des asiles de la Seine la commission de surveillance prévue par l'ordonnance du 18 décembre 1839 ; 3° qu'il y a lieu de séparer à l'avenir, dans les asiles de la Seine, les fonctions administratives des fonctions médicales, à la condition d'une application rigoureuse du règlement de 1857 ; 4° que la nomination des médecins ait lieu après un concours préalable.

» En ce qui regarde les prévisions budjétaires du service des aliénés pour 1874, le conseil fixe la dépense d'entretien des aliénés en 1873 à la somme de 3865600 fr. »

(Ces conclusions ont été adoptées dans la séance suivante, après une discussion à laquelle ont pris part MM. Depaul et Hondant, ainsi que le Préfet.)

Séance du 29. — M. Béclard présente un rapport sur les dépenses du service des enfants assistés.

M. Thulié demande qu'au lieu de donner aux mères des secours en argent, on les mette à même de confier directement leurs enfants à des nourrices. Il demande également que, conformément à la loi, il y ait dans le département de la Seine un inspecteur départemental qui, aidé d'une commission spéciale, examinerait toutes les questions relatives au service dont il s'agit.

Les conclusions proposées par M. le rapporteur sont adoptées.

— Sur le rapport de M. Heredia, le Conseil général a voté 4300 fr. pour entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchements, et 1500 fr. pour prix aux élèves sages-femmes et frais de concours.

— Un arrêté de mise en demeure va être notifié aux entrepreneurs des travaux de construction du nouvel Hôtel-Dieu, pour les inviter à reprendre les travaux suspendus depuis quelque temps.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Verneau (Réné), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de la chaire d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Deramond, décédé.

École de médecine de Nantes. — M. Pilhan-Dufeillay, professeur de chimie appliquée, est nommé professeur de pharmacie à ladite École, en remplacement de M. Audouard. — M. Audouard, professeur de pharmacie, est nommé professeur de chimie appliquée. — M. Kirchberg, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique interne.

École de médecine de Caen. — M. Roulland, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Vastel, décédé.

— Un concours est ouvert pour une étude sur l'importance hygiénique du repos du dimanche au point de vue de tous, et en particulier de ceux qui sont voués aux professions laborieuses.

1° Les effets favorables de ce repos pour l'individu à ses différents âges et son influence tant sur la famille que sur la nation ; 2° les maladies qu'un travail continu provoque ou aggrave chez ceux que leurs occupations privent du repos hebdomadaire, par exemple les ouvriers des métiers assujettissants, ceux de certains ateliers et usines, les employés de chemins de fer, des télégraphes, des postes, etc. ; 3° les applications pratiques qui découlent des considérations et des faits qui auront été exposés. Une somme de 1200 francs, en un seul prix ou répartie en accessits, est mise dans ce but à la disposition du jury. Le terme du concours est fixé au 30 septembre 1874. Les mémoires seront en langues française ou allemande, ou bien accompagnés d'une traduction. Ils seront adressés au plus tard le 30 septembre 1874, au président de la Société suisse pour la sanctification du dimanche, place de Champol, 497, tranchées de Plainpalais, à Genève.

Le jury se compose de MM. les docteurs Bourgeois (Berne), président du jury ; Bonnard (Lausanne), Dunant (Genève), Cornaz (Neufchâtel), Ernst, professeur (Zurich), Favarger (Neufchâtel), Hægler (Bâle), Kœcher, professeur (Berne), Lombard, Senior (Genève), de Labarpe, Phil. (Lausanne), de Mandach (Schaffhouse).

Erratum. — Dans le dernier numéro, à la deuxième colonne de la page 764, ligne 19 (mémoire de M. Collin, au lieu de : ces exigences sont *nuisibles*, il faut : ces exigences sont *variables*.

Du 21 au 28 novembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 824 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 19. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 51. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 224. — Affections chroniques, 370, dont 169 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 22.

Sommaire. — **Travaux originaux**. De la hernie diaphragmatique étranglée. — Chirurgie : Notes chirurgicales : Polype du larynx ; section du thyroïde ; ablation ; guérison. — **Congrès scientifiques**. 45e congrès des naturalistes et des médecins allemands. — **Sociétés savantes**. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie royale de médecine de Belgique. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — **Revue des journaux**. De l'emploi médical de l'oléostéarate de zinc. — **Bibliographie**. Premier compte rendu médical et chirurgical de l'hôpital de Boston. — The half yearly Abstract of the medical Sciences. — Index bibliographique. — **Variétés**. Les quarantaines et la prophylaxie. — **Feuilleton**. Visite à la Faculté médicale de Leipzig.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 décembre 1873.

Académie de médecine de Belgique (séance du 29 novembre) : DE LA DÉFORMATION DES GLOBULES ROUGES DU SANG : M. ROMMELAERE. — *Académie de médecine de Paris* : SIGNES DE LA MORT RÉELLE.

De la déformation des globules rouges du sang.

L'étude histologique du sang a pris, dans ces dernières années, une place considérable en pathologie générale. De toutes parts, les micrographes se sont mis à l'œuvre, et, comme il arrive habituellement lorsqu'un nouveau procédé d'observation prend faveur, les conclusions hâtives ont à plusieurs reprises mal servi les intérêts de la science. Cependant, les moyens d'examen devenant plus parfaits, les observateurs plus réservés dans leurs déductions, on peut dire que cette partie de l'histologie est désormais assez perfectionnée pour présenter des conditions de certitude suffisantes à des applications cliniques. Une première condition nécessaire est d'éviter toute confusion dans la dénomination des phénomènes étudiés ; et cette réflexion nous est suggérée par la lecture du compte rendu analytique du travail de M. Rommelaere, récompensé par l'Académie de Belgique, et dont les termes ne nous semblent pas présenter la rigueur nécessaire (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 49, p. 784).

M. Rommelaere a observé dans certains cas pathologiques des déformations des globules rouges du sang chez l'homme ; les globules prennent des formes diverses, en gourde, en bouteille, en corne; quelques-uns paraissent même subir la division par scission.

Nous ne formulerons aucune objection sur le fond même d'un travail que nous ne possédons pas encore; mais nous regrettons que l'auteur regarde les globules rouges du sang comme susceptibles de mouvements amiboïdes très-manifestes dans certains états morbides ; il nous semble que cette identification des mouvements amiboïdes avec les déformations pathologiques des globules rouges est une interprétation théorique qui dépasse ce que nous savons des propriétés des globules rouges et des leucocytes ou globules blancs.

On désigne sous le nom de *mouvements amiboïdes* des phénomènes actuellement bien étudiés, caractérisés par des changements de forme qui se produisent pendant la vie, qu'on observe au microscope par des procédés délicats, mais très-démonstratifs; ils se voient d'ailleurs chez des animaux vivants. Leur existence, leurs caractères physiologiques, sont reconnus généralement, et l'on ne discute plus que sur leur importance dans les divers processus de la nutrition normale ou dans les processus pathologiques.

Il n'en est pas de même des déformations que présentent les globules rouges du sang; celles-ci ont été signalées par tous les observateurs qui ont étudié les mouvements amiboïdes, mais le plus grand nombre a pensé qu'il était nécessaire de distinguer entre les déformations des globules rouges et les mouvements amiboïdes des globules blancs.

Les déformations se produisent dans le sang normal examiné au microscope ; l'état crénelé, mûriforme, la disposition en forme de piles de monnaie, s'observent sans qu'on prenne aucune des précautions minutieuses nécessaires à l'étude des mouvements amiboïdes; elles semblent en rapport avec des phénomènes purement physiques; on voit, il est vrai, dans le sang examiné à une température élevée, des changements de forme remarquables. Schultze les a parfaitement décrits, et après lui nous avons observé la fragmentation des globules rouges, chez la salamandre, en élevant la température du porte-objet à 35 degrés, et nous en avons donné la figure dans notre mémoire sur les mouvements amiboïdes (*Archives générales de médecine*, juillet 1866). Pour le sang de l'homme, il faut atteindre 52 degrés dans la température du sang, avant d'observer

FEUILLETON.

Le pèlerinage de la Mecque.

(Fin. —Voyez les n°s 17, 18, 34, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46 et 47.)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ARABIE, SUR LES RACES, LES RELIGIONS ET LES LANGUES SÉMITIQUES AVANT L'ISLAMISME. — MAHOMET ET LE CORAN. — LES RÉFORMATEURS, LES WAHABITES, ETC.

Merveilleusement placés pour le commerce, entourés de races presque identiques, les peuples arabes, dès l'antiquité la plus reculée, parcouraient un territoire immense sans cesser de parler leur langue, sans avoir besoin d'interprètes. Des bords de l'Halys jusqu'au Tigre, du Caucase jusqu'à la côte méridionale de l'Arabie, plusieurs dialectes formaient un seul et même groupe d'idiomes que nous appelons la famille des langues sémitiques.

C'était le cappadocien à l'ouest de l'Halys, le syriaque entre la Méditerranée et l'Euphrate, l'assyrien au delà du Tigre, le chaldéen à Babylone, l'hébreu et le samaritain en Palestine, le phénicien sur les côtes de la Méditerranée, l'éthiopien sur le rivage occidental de la mer Rouge, l'himyarite dans l'Yémen, et enfin l'arabe non-seulement dans le reste de la Péninsule, mais encore dans les steppes de la Mésopotamie, fréquentés de tout temps par des tribus d'Arabes errants.

On peut dire que la langue arabe ancienne semble se rapprocher de l'hébreu. Avant Mahomet, il y avait deux dialectes principaux : celui des *Homérites*, qui régnait dans l'Yémen, et celui des *Koreischites*, qui était répandu aux environs de la Mecque; ce dernier, le moins pur et le moins agréable, triompha, grâce au Coran et aux victoires de Mahomet.

On ne saurait douter qu'à une époque antérieure de l'histoire ces immenses contrées n'aient été habitées par une seule et même race qui modifia, suivant les localités, ses mœurs et son genre de vie. Dans les plaines de Syrie, elle cultiva la terre; en Babylonie, elle eut des demeures fixes et fonda la

cette fragmentation. Rollet a constaté cette apparence de segmentation sur le sang soumis à l'action de l'électricité; nous citerions facilement d'autres recherches du même genre; mais il nous suffit d'établir que, dans tous ces cas, on a noté des déformations au milieu de conditions qui s'éloignent de l'état normal.

Nous n'avons pas la prétention de déclarer que toutes les modifications de forme des globules rouges sont indépendantes des phénomènes vitaux; les récentes recherches de Manassein, de Malassez (voy. le *Compte rendu de la Société de biologie*), montrent qu'il y a dans les globules rouges des altérations de forme dépendant de certains états pathologiques; et d'ailleurs tous les poisons hématiques produisent des altérations des globules. Il n'y a donc pas lieu de douter à priori de la possibilité de déformations spéciales des globules rouges dans certains états pathologiques; mais nous croyons que l'étude du sang normal ne permet pas, quant à présent, de réunir et de confondre dans un même groupe nosologique des phénomènes qui se produisent dans des éléments anatomiques différents, sous l'influence de conditions normales ou pathologiques en quelque sorte diamétralement opposées.

En résumé, les mouvements amiboïdes constituent une propriété vitale ou organique des globules blancs et d'éléments cellulaires embryonnaires sur la nature desquels on discute encore, mais qu'il importe de ne pas confondre avec les modifications de forme des globules, quelle qu'en soit la cause.

A. HÉNOCQUE.

Signes de la mort réelle.

Puisque nous en sommes au chapitre des rapports sur les prix académiques, nous ne pouvons laisser passer sans une mention spéciale celui que M. Devergie vient de lire à l'Académie de médecine de Paris, et qui est relatif au concours pour le prix fondé par le marquis d'Ourches.

Nous avons déjà dit (voy. le dernier numéro, page 784) qu'aucun mémoire n'avait paru mériter le prix de 20 000 fr.; mais que le prix de 5000 francs serait distribué entre plusieurs concurrents. Il fallait, pour l'obtenir entier, *découvrir* un moyen de distinguer, *d'une manière certaine*, la mort réelle de la mort apparente. La chose était assez difficile après les nombreux travaux auxquels ce sujet a donné lieu jusqu'en ces dernières années; mais on pouvait apporter d'utiles contingents à l'appréciation comparative des moyens connus, et faire une étude plus approfondie de quelques-uns d'entre eux. C'est à quoi paraissent avoir réussi un certain nombre de concurrents.

Le savant auteur du rapport, qui a contribué lui-même à éclairer cette redoutable question des signes de la mort réelle, s'est plu à saisir l'occasion de la reprendre et de l'exposer sous toutes ses faces, rectifiant certaines vues trop exclusives, ou ajoutant aux notions qu'on se borne à rappeler dans quelques traités de médecine légale. Par exemple, le cœur est-il vraiment l'*ultimum moriens*, comme on l'a dit, et comme l'a proclamé, il y a peu d'années, un rapport à l'Académie des sciences? Non certainement. La vie subsiste à bien des égards quand le cœur a cessé de battre, et surtout quand il s'est arrêté subitement, comme dans la syncope parfaite, où il est, tout au contraire, le *primum moriens*. L'hématose continue quelque temps; le corps, même quand il était froid, se réchauffe pour se refroidir de nouveau; les muscles répondent à l'excitation électrique; la matrice gravide expulse le fœtus, etc. Ajoutons, avec Brachet, que la non-perception des battements du cœur à l'auscultation n'est pas la preuve irréfragable que ces battements aient cessé; on a vu revenir à la vie des individus chez lesquels le cœur était absolument silencieux. Mais il ne faut rien exagérer et nous n'avons nulle envie de rabaisser les travaux de M. Bouchut. Un homme est mort, bien mort, quand le mécanisme du cœur est définitivement arrêté, quels que soient les phénomènes ultimes qui puissent encore se produire dans les divers organes et dans le cœur lui-même; L'imperfection du signe ne gît que dans la difficulté de le constater indubitablement et dans tous les cas; et comme le silence de l'organe ne permet de présumer, et encore très-exceptionnellement, que des mouvements vermiculaires, c'est, parmi les signes *immédiats* de la mort, un des moins incertains.

Mais en cette matière, ce qu'il faut, c'est la certitude, qui n'admet pas plus de degrés ici qu'en logique. La certitude, on peut toujours l'obtenir avec le temps; la putréfaction la donnera. Mais on la voudrait plus tôt; on voudrait surtout savoir à quels indices il est possible de connaître le moment où le médecin et la famille n'ont plus devant eux qu'un cadavre. Les travaux des candidats n'auront pas été, sous ce rapport, sans utilité. L'un d'eux a demandé des lumières nouvelles à l'examen ophthalmoscopique de la rétine, qui se décolore et

---

plus grande ville de l'antiquité; sur les côtes de la Phénicie, elle creusa des ports et arma des vaisseaux; en Arabie, elle continua sa vie nomade.

L'étude de la civilisation des peuples sémitiques en général, et de la civilisation sabéenne en particulier, est fort difficile, à cause du nombre très-restreint de documents authentiques à cet égard.

Les Phéniciens sont, comme on le sait, les plus favorisés sous ce rapport de tous les peuples sémitiques; ce peuple marchand et navigateur, que de fréquentes relations ont mis en contact avec tout l'ancien monde, s'est fait connaître aux auteurs classiques qui ont fourni de nombreux renseignements sur cette race industrieuse. Des inscriptions découvertes dans la mère patrie des Phéniciens et dans leurs nombreuses colonies ont aussi agrandi le cercle de nos connaissances, et cependant combien de lacunes encore à combler, que de problèmes à résoudre !

A plus forte raison peut-on constater combien nous sommes peu renseignés sur ce qui concerne les autres peuples sémitiques et particulièrement les *Himyarites*, sur le compte desquels les historiens grecs et latins ont à peine quelques faits à relater, tandis que, de leur côté, les auteurs arabes, que l'on pouvait supposer bien informés de ce qui se passait au milieu d'une race sœur et voisine, n'ont su conserver que de maigres listes de prétendus rois d'Himyar et une foule de fables absurdes.

L'insuffisance des textes sabéens a fait également échouer toute tentative d'interprétation, car, à défaut de bilingues, il est impossible de comprendre des inscriptions dans une langue inconnue sans le secours de nombreuses comparaisons et de locutions parallèles. Or, ce moyen suprême a manqué jusqu'ici à la philologie sabéenne qui, du reste, s'attaquait à des textes mutilés et peu sûrs.

Ajoutons encore que le peuple sabéen, séparé du reste du monde par une vaste contrée de déserts, n'est guère connu en Europe que depuis l'expédition du général romain Ælius Gal-

offre à sa circonférence une série de petits caillots grisâtres. Un autre a recherché l'état de la circulation capillaire, en appliquant des ligatures à la partie supérieure de l'avant-bras. Si les veines ne se gonflent pas; si le membre ne prend pas une teinte plus ou moins violacée, c'est que la circulation est définitivement arrêtée. On a aussi étudié, et la commisssion a attaché une assez grande importance à ces expériences, les effets de la friction rude sur une partie du corps, laquelle rougirait après la friction si la vie persistait au moindre degré. On a repris sur une grande échelle la question du refroidissement cadavérique. M. H. Roger avait montré que, au bout de trois heures, la température, sous l'aisselle d'un décédé, est descendue à 32, 31 et même 30 degrés. Un candidat demande qu'un décès ne soit jamais constaté tant que le thermomètre n'a pas prononcé; mais tous ne s'accordent pas sur le degré thermométrique qui doit donner à ce signe une valeur indiscutable : ce serait + 22 degrés, suivant les uns; + 20 degrés, suivant les autres; deux chiffres, ce nous semble, un peu exagérés. Et il est même à désirer qu'ils le soient; car, comme le rapporteur le fait remarquer, en bien des jours d'été le thermomètre ne descendrait pas à 20 degrés, même sous l'aisselle d'un mort.

A côté de ces signes, qu'on pourrait appeler les plus prochains, quelques candidats se sont attachés à certains signes plus éloignés: la putréfaction, les lividités cadavériques, la rigidité musculaire, etc. Sans confondre, comme l'un d'eux, la putréfaction avec les lividités, nous croyons, avec M. Devergie, avec l'auteur d'un des mémoires qui, sur 15146 cadavres, n'a jamais vu manquer les lividités, que celles-ci constituent un signe aussi certain de la mort que la putréfaction elle-même. Malheureusement il est moins accessible à l'observation vulgaire. Et nous pensons également que le concurrent qui a attaché une importance si exclusive à la putréfaction, en présentant la *coloration verdâtre de la peau* comme le premier signe qui se produise, a exagéré les résultats de son observation. Quant à la rigidité cadavérique, bien qu'elle se fasse attendre longtemps dans certains genres de mort, elle est un signe sur lequel nous ne pensons pas que les candidats aient pu jeter beaucoup de lumière nouvelle après les travaux de M. Larcher et de M. Devergie.

Les principaux mémoires envoyés au concours seront sans doute publiés; mais il nous a paru utile d'en faire connaître, dès à présent, le sens et la portée.

— A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Barth a terminé sa substantielle argumentation sur la question du choléra. Nous attendons toujours que le débat touche à sa fin pour en dire un dernier mot.

— La question de l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables a fait au Conseil de salubrité de la Seine le sujet d'un rapport approfondi. Le Conseil n'a pas jugé à propos de se prononcer immédiatement sur les conclusions, et le débat a été renvoyé à la séance prochaine. (Voyez sur le même sujet, à l'*Académie des sciences*, page 800).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Ophthalmologie.

Des procédés d'extraction de la cataracte et spécialement de l'extraction médiane, par le docteur Warlomont (de Bruxelles).

I. — Aucun sujet sans doute n'a, depuis tantôt dix ans, occupé, au même degré que les divers procédés à mettre en usage pour l'extraction de la cataracte, l'attention du monde ophthalmologique. Depuis plus d'un siècle — découverte de Daviel, en 1748 — l'extraction à grand lambeau kératique avait pris possession de la pratique, et ne semblait devoir jamais être dépossédée de la faveur qu'elle s'était acquise, quand, en 1864, une première et timide atteinte y fut publiquement portée, au congrès de Heidelberg (séance du 15 septembre), par le docteur G. Critchett (de Londres). Rappelant le travail qu'il avait publié à ce sujet peu de temps auparavant dans les Annales d'oculistique (1864, t. 52, p. 115), cet habile et consciencieux opérateur vint y exposer ses idées sur la possibilité et l'opportunité d'étendre à l'extraction des cataractes en général la méthode dite *linéaire*, et indiquer les moyens d'arriver à cette réforme. Il faisait, on s'en souvient, une incision rectiligne, à l'extrême limite du bord supérieur de la cornée, et perpendiculairement au diamètre vertical de cette membrane, au moyen d'un large couteau lancéolaire, et allait chercher la lentille avec une curette *ad hoc*.

L'impulsion donnée, le mouvement ne devait plus s'arrêter. L'illustre de Graefe reprenant, où il le trouvait, ce qu'il croyait pouvoir appeler son bien, — on sait que l'extraction linéaire avait déjà fait l'objet de ses plus sérieuses études, — n'hésita pas à s'emparer, en sous-œuvre, de la conception de son collègue de Londres, et ne tarda pas à la marquer de l'estampille de son esprit essentiellement généralisateur. On sait par quels degrés il lui fallut passer pour en arriver à la méthode qui, avec celui de son immortel auteur, a pris, en

---

lus, en l'an 24 avant l'ère chrétienne, expédition avortée et de courte durée.

A aucune époque de l'antiquité les Sabéens n'ont subi le joug d'une domination étrangère. Par conséquent, c'est chez eux que se perpétua l'esprit sémitique.

Le savant voyageur J. Halévy a recueilli dans son voyage au Yémen, le pays sémitique par excellence, de nombreuses pièces himyarites (1).

On a tort de regarder les Arabes *maadites* ou nomades comme le type des peuples sémitiques en général. Les Arabes actuels ne peuvent pas mieux représenter l'Arabie entière.

Malgré l'identité de race, la population sabéenne se distinguait des Arabes *sémites* par des traits tranchés et ineffaçables. Tout ce qui se rapporte à la civilisation, conséquences d'une vie sédentaire et régulière, fait complétement défaut aux fils errants du désert, leur langue ignore tout à fait les expressions qui caractérisent d'une manière si nette le culte cérémonieux et polythéiste qui rattache les Sabéens à leurs frères civilisés du nord, les Phéniciens et les Araméens.

Parlera-t-on d'influence étrangère? Mais on demandera en vain à l'histoire le nom du peuple qui aurait inculqué aux Sabéens sa religion et sa civilisation. Excepté les relations purement commerciales qu'ils entretenaient avec l'Égypte et peut-être aussi avec la Perse et l'Inde, les Sabéens vivaient dans un complet isolement et se suffisaient à eux-mêmes. Sont-ce des intrus, des conquérants, qui auraient causé cet heureux changement?... Même en faisant abstraction de la ténacité des *Sémites* pour conserver leurs coutumes nationales, l'établissement tant soit peu durable des étrangers sur le sol de l'Arabie méridionale a-t-il jamais eu lieu? Le peu que nous savons sur l'état ancien de ce pays nous autorise à affirmer le contraire.

(1) Ces inscriptions sabéennes sont au nombre de 686 et proviennent de 37 localités différentes de l'Yemen oriental. De ces inscriptions, une quinzaine seulement ont été copiées par d'autres voyageurs, les 670 autres sont inédites. C'est au péril de sa vie que M. J. Halévy a effectué son exploration dans des contrées barbares où aucun Européen n'avait encore pénétré.

fin de compte et non sans quelques vicissitudes, le nom d'*extraction périphérique*, ni avec quelle autorité il sut l'imposer d'emblée à la confiance des opérateurs. Jamais certainement, à aucune époque de notre histoire médicale, réformateur n'eut plus rapide ni plus facile succès; la déférence légitime inspirée par celui qui avait déjà appliqué l'empreinte de son génie à tant d'utiles innovations, aplanit d'emblée tous les obstacles, et, en moins d'une année, fit substituer à la méthode séculaire de l'extraction à grand lambeau kératique, dans la plupart des cliniques européennes, celle qu'il livrait, en toute sécurité, à l'appréciation, à la critique, à la jalouse contemption de ses contemporains.

L'épreuve eut lieu sur une vaste échelle, et, disons-le tout de suite, fut entièrement favorable au procédé périphérique; d'innombrables statistiques, venues de toutes parts, exprimèrent une moyenne de succès incomparablement supérieure à celle qu'avaient jusque-là donnée les méthodes anciennes, et désormais sa place était irrévocablement marquée dans la pratique. L'enthousiasme et le culte du maître aidant, cette place s'élargit avec une incroyable rapidité, et deux années ne s'étaient pas écoulées que le procédé de de Graefe se substituait d'autorité à celui de Daviel, maintenant dédaigné en tant que méthode générale.

Celle-ci, toutefois, n'accepta pas sans résistance l'ostracisme dont on la voulait frapper. A ces suppurations de la cornée, qu'on lui reprochait si énergiquement, à ces hernies de l'iris, spirituellement appelées par Critchett la *bête noire* des extracteurs, qu'on portait si volontiers à son passif, elle répondait préventivement par la menace des iritis et des irido-cyclites consécutives, et par celle de défectuosités visuelles indélébiles, devant être inséparables de l'iridectomie, de cette mutilation pupillaire, que la méthode, pour le moment au pavois, entraînerait fatalement à sa suite.

De quel côté devait se fixer la balance? C'est au temps et à une expérience désintéressée et calme qu'en incombait la sentence, et il n'y avait qu'à attendre. Les résultats immédiats de l'extraction périphérique avaient été excellents, mais l'avenir les consacrerait-il? On se souvenait du bilan de l'abaissement et de la réclinaison. Là aussi, dans une large mesure, les résultats immédiats avaient été satisfaisants. Mais combien en restait-il, après deux ans, qui ne fussent pas changés en revers? Ne se passerait-il pas quelque chose d'approchant pour l'extraction nouvelle?

Je n'ai personnellement aucune statistique comparative en ce qui concerne cet objet, et n'en parlerai qu'avec une extrême circonspection, mais il me paraît et il me revient de bien des côtés à la fois, que la proportion des opérés par le procédé de de Graefe, partis guéris, et qui plus tard se représentent redevenus aveugles du chef d'une irido-cyclite ou d'une affection amaurotique consécutives, est plus élevée que par le passé. Je me borne à cette simple mention d'une allégation qui m'a frappé par la multiplicité des sources qui me l'ont apportée et qui, si elle se trouvait confirmée, ne serait pas sans avoir une importante signification.

Un autre fait, non moins grave, consisterait dans l'explosion possible d'une ophthalmie sympathique dans le second œil, à la suite d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, de la région, si voisine de la zone ciliaire, occupée par l'incision. « On ne saurait se faire d'illusion à cet égard », nous a dit M. Critchett au Congrès de Londres (*Compte rendu du Congrès ophthalmologique de Londres*, 1873, p. 51); « l'ophthalmie sympathique survient quelquefois, mais elle est si désagréable » qu'on se résigne difficilement à en parler, et je constate que » les oculistes y font rarement allusion. »

Et cette assertion ne s'est pas trouvée isolée : Dans une communication faite par le docteur Edm. Hansen (de Copenhague), cet habile opérateur porte au compte des désavantages importants de la méthode de de Graefe *le voisinage du corps ciliaire*. « Il ne saurait être indifférent, » dit-il, « eu égard à la propagation de l'inflammation à cette région, dont les affections » ont de si cruels retentissements, que la section en soit » à 1/2, à 1, 2, 3 ou 4 millimètres de distance. Dans les sept » cents opérations que j'ai pratiquées par la méthode périphérique, j'ai vu survenir six fois l'ophthalmie sympathique, » bien que, dans la plupart de ces cas, l'opération eût été régulière. Je n'ai pas connaissance, ajoute-t-il, de statistiques » établissant l'apparition de ce grave accident à la suite des » autres procédés de cataracte, mais je ne fais pas de doute » qu'en ce qui concerne le procédé si généralement usité aujourd'hui, d'autres opérateurs, s'ils veulent être sincères, » reconnaîtront avoir constaté de leur côté le même fait » (*Compte rendu du Congrès ophthalmologique de Londres*, 1873, » page 52). »

Ainsi, aux désavantages immédiats déjà signalés de l'opération, à savoir : l'hémorrhagie, la disposition aux prolapsus du corps vitré, la difficulté d'une excision bien correcte de l'iris et d'une bonne incision de la capsule, le dégagement laborieux de la lentille, etc., on vient ajouter aujourd'hui la menace de l'irido-cyclite consécutive, et, comme si ce n'était pas encore assez, le fantôme de l'ophthalmie sympathique.

Chose bizarre cependant et qu'il importe au plus haut degré de faire remarquer, malgré tout ce cortége d'épouvantails, de nature à faire reculer les moins timides, il n'est pas, à ma connaissance, un seul opérateur sérieux, ayant pratiqué avec quelque suite l'opération de de Graefe, qui l'ait ensuite abandonnée pour revenir à la belle opération classique à grand lambeau. La vieille église, dont Daviel était le grand prêtre, compte bien encore de fidèles adeptes, aux convictions sincères et profondes, mais les innombrables transfuges qu'elle a

---

Les monuments égyptiens ne parlent que rarement du pays de *Punt*, riche en pierres précieuses et en aromates et semblent à peine connaître le nom de *Saba*. La tentative faite par les Milésiens pour coloniser le Yémen n'a pas réussi, leurs colonies étant détruites par les indigènes, antipathiques à tout élément étranger. L'expédition romaine, commandée par Ælius Gallus pour conquérir l'Arabie heureuse, a également échoué, sans laisser de traces dans le pays. On peut dire la même chose des conquêtes momentanées des Éthiopiens et des Perses.

Mais l'Inde, mère patrie de la race philosophique et artistique par excellence, n'a-t-elle pas introduit, grâce à ses colons civilisateurs, cet état policé que nous admirons chez les peuples de Saba? Une telle hypothèse paraît bien hasardée. Si un échange intellectuel entre les peuples indiens et sémitiques s'est jamais effectué, c'était, à coup sûr, à une époque où ces derniers n'avaient rien à apprendre des premiers, mais où ils avaient, au contraire, la mission d'enseigner aux futurs théophes du *Véda* l'art élémentaire sans lequel toute philosophie et toute civilisation deviennent impossibles, l'art d'écrire. Aussi est-ce un phénomène unique que l'on observe dans la civilisation de l'Arabie méridionale, que les 800 inscriptions découvertes dans le Yémen ne contiennent pas un seul mot, un seul nom emprunté à un autre peuple; la langue sabéenne, beaucoup plus que l'hébreu et le phénicien, est restée pure de tout mélange hétérogène, jusqu'au moment où elle dut céder à l'Arabie.

Peu à peu, l'histoire des Arabes grandit : ce ne sont plus des luttes de tribus à tribus entre les habitants d'un désert, c'est un peuple organisé par le génie puissant de Mahomet, s'élançant à la voix de son chef et marchant de conquête en conquête. L'empire des khalifes est l'époque la plus brillante de cette période de gloire. Sciences, littérature, géographie, devinrent tributaires de l'Arabie, alors que la civilisation arabe remplaçait seule la civilisation romaine étouffée par les barbares.

Deux nations principales se sont en quelque sorte partagé la

vu s'éloigner d'elle, une fois passés à l'ennemi, ne sont plus jamais revenus au bercail.

Ce n'est donc pas à l'extraction à grand lambeau qu'a profité jusqu'ici la guerre faite à la méthode moderne. C'est vers une autre direction que s'est tournée l'opposition. Elle n'a pas songé à chercher mieux que l'extraction à grand lambeau, car l'extraction périphérique le lui avait depuis longtemps donné; c'est mieux que cette dernière qu'elle a voulu trouver, et pour cela elle a jeté les yeux sur les divers procédés que nous appellerons *par extraction médiane*, dont l'examen fera l'objet principal de ce travail.

II. — Nous appelons *extraction médiane* celle qui se pratique à travers une ouverture faite dans le champ de la cornée, entre son diamètre transversal, siége de l'extraction transversale de Küchler et son extrême circonférence, théâtre de l'incision périphérique. Tantôt on lui a donné la forme linéaire (*Notta*, *Giraud-Teulon*), tantôt celle d'un petit lambeau rectangulaire (*Perrin*), tantôt, enfin, celle d'une courbe comprise en partie dans la cornée, en partie dans la sclérotique (*Liebreich*).

Jetons un rapide coup d'œil sur ces divers procédés, dont la plupart ont fait récemment, à la Société de chirurgie de Paris, le sujet d'une discussion longue et retentissante, dont nous résumerons, à ce point de vue, les chefs principaux :

M. *Notta* (de Lisieux) (voy. *Gaz. des hôp.*, 1873, n° 16, p. 11) n'admet pas que l'excision de l'iris, dans l'opération de de Graefe, y soit une sauvegarde contre l'inflammation. «Comment serait-il possible, en effet, dit-il, que cette membrane, qui peut à peine supporter le tiraillement continu et la contusion que lui cause le cristallin en passant à travers la pupille, ne fût point impressionnée par le tiraillement, autrement énergique, de la pince, qui en amène au dehors un lambeau destiné à subir l'excision? La réunion de la plaie a lieu par première intention, non point à cause de cette excision, mais bien malgré elle. Cela étant admis, l'extraction *linéaire*, sans l'excision de l'iris, doit donner identiquement les mêmes résultats que l'opération de de Graefe. »

L'auteur a sous-entendu, sans doute, que c'est à la condition que l'incision soit faite en un lieu où la lentille trouve à sortir sans tourmenter disproportionnellement la pupille. C'est en conséquence de ces prémisses que M. Notta recommande le procédé suivant : le couteau à lame étroite de de Graefe est enfoncé dans la cornée à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'équateur de l'œil, à l'union de la cornée à la sclérotique, puis dirigé transversalement et parallèlement à l'iris, de façon à faire sa contre-ponction au point opposé à celui de l'introduction ; son tranchant est alors dirigé en avant, de manière que le dos de l'instrument soit tourné vers le centre idéal du globe cornéen, puis, animé d'un léger mouvement de scie, à l'aide duquel la cornée se trouve divisée (fig. 1, A). Cela fait, on incise la capsule, et, à l'aide d'une légère pression sur la paupière inférieure, exercée avec le dos de la curette au niveau du bord inférieur de la cornée, tandis qu'on relève légèrement la paupière supérieure, on fait sortir le cristallin avec la plus grande facilité. M. Notta a opéré 10 cataractes par ce procédé et a obtenu 10 guérisons. La plaie de la cornée étant taillée à pic ne donne lieu qu'à une opacité tellement linéaire qu'elle ne gêne en aucune façon la pupille, au-dessus de laquelle elle est d'ailleurs située. La guérison a eu lieu du quatrième au douzième jour dans 9 cas, le dix-huitième jour dans le dernier cas. Dans 1 cas, la pupille a été déformée ; dans les 9 autres, elle est demeurée parfaitement nette.

Cette section ne s'éloigne guère, par son siége kératique, de celle que nous avons décrite (voy. art. CATARACTE, *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1872, t. XII, 2, p. 190); seulement la nôtre, que nous avons depuis longtemps abandonnée et que M. Couper (de Londres) semble avoir reprise depuis, empiétait des deux côtés sur la sclérotique. M. Couper y ajoute l'iridectomie, ainsi que nous le faisions nous-même (voy. fig. 1, B).



FIG. 1 A.



FIG. 1 B.

M. *Giraud-Teulon* (*Gaz. des hôp.*, 1873, n° 53, p. 339) considère l'extraction linéaire périphérique comme une grande et précieuse découverte : elle a réduit, dit-il, de 5 à 3 pour 100 les pertes complètes de l'organe, mais elle nécessite l'iridectomie, et elle a encore un autre côté faible : la difficulté que rencontre l'*expulsion* proprement dite de la cataracte. Ainsi, au moment où le cristallin, pressé *à tergo*, se présente au contact des lèvres de la plaie pour les entrebâiller, la pression qu'il transmet aux lèvres de la boutonnière porte, en vertu des lois hydrostatiques et des propriétés du grand cercle, avec une intensité presque égale, sur les extrémités et sur le centre de la plaie. Il tend donc à peu près aussi bien à fermer cette plaie qu'à l'ouvrir. De là les hésitations qui se sont manifestées jusqu'au moment où le docteur A. Weber a formulé nettement l'avis de faire artificiellement bâiller la plaie *avant* tout effort de force expultrice, et de conjurer ainsi dans les limites du possible les dangers d'*une issue laborieuse dépendant d'une porte trop étroite*. Pour cela, pendant que sa pelle d'écaille est appliquée sur la lèvre postérieure de l'incision, et légèrement engagée dans le canal de la plaie, de façon à en déprimer la lèvre sclérienne, on fait exécuter par l'aide la manœuvre d'expulsion (*Sturzmanöver*), et l'on force ainsi le cristallin à exécuter un mouvement ascensionnel qui engage son bord équatorial supérieur dans le canal béant de la plaie. L'accouchement est alors naturel et facile.

Quoi qu'il en soit, et malgré l'effacement de ce côté faible,

---

Péninsule, depuis les temps les plus anciens jusqu'à la naissance de Mahomet. L'une faisait remonter son origine à Kahtan, que l'on identifie ordinairement avec le Jectan de la Genèse, Kahtan dont le petit-fils fut Himyar (de là le nom d'*Himyarites*, *Homeritæ* des anciens); telle était la race du midi. L'autre, ou race du nord, prétendait descendre d'Ismaël, fils d'Abraham.

Ce sont les guerres ou les alliances de ces deux races qui forment les traits les plus saillants de l'histoire arabe avant l'islamisme.

Au Nedjed, la famille kahtanite commence à se mêler avec les descendants d'Ismaël, qu'elle finit par supplanter entièrement dans les provinces de l'est et du midi. Cette famille forme le chaînon qui unit l'Arabe à l'Abyssinien, la race blanche à la race noire, et c'est avec raison que M. Renan a pu dire : « L'Abyssinie, au point de vue de la linguistique et de l'ethnographie, est inséparable de l'Arabie méridionale. » (*Histoire des langues sémitiques.*)

L'ensemble de la population de l'Arabie peut comprendre environ 12 millions d'habitants, dont au moins 10 millions sont de race arabe. Ceux-ci, indépendamment de toutes distinctions basées sur la nationalité, la langue, etc., se partagent en deux classes distinctes : les Arabes nomades ou Bédouins et les Arabes sédentaires.

On trouve dans Burckhart (*Voyages en Arabie*, Paris, 1835) une classification très-complète des tribus de Bédouins qui habitent le désert.

La religion a toujours joué un grand rôle chez les Arabes.

M. Jules Soury a publié dernièrement (Journal *le Temps*, mars 1873) une savante étude sur la poésie arabe (poésie héroïque et religieuse) avant l'Islam.

Entre les dieux et les sanctuaires particuliers à chaque tribu, la kaaba avec sa *pierre noire* et ses trois cent soixante divinités, était universellement vénérée. Des sacrifices de moutons et de chameaux étaient adressés à ces images.

Comme toutes les religions sémitiques, la religion de la

M. Giraud-Teulon ne se rallie qu'à son corps défendant à l'incision de de Graefe. Écoutons-le plutôt :

« Depuis la mort de de Graefe, les écoles qui ont survécu à la sienne s'éloignent des positions réglementaires pour se rapprocher du centre de la cornée. Comme elles, nous cherchons par là à nous procurer une expulsion moins laborieuse, et c'est ainsi que, de notre côté, nous nous sommes engagé *proprio motu* dans la ligne décrite par M. Notta, et que nous avons été conduit à inscrire l'incision linéaire dans un grand cercle, soit exactement transversal, soit très-voisin de l'horizontalité, ainsi que l'avait déjà conseillé le docteur Küchler (de Darmstadt) en 1867 (*Compte rendu du congrès d'ophthalmologie de Paris*, 1868, p. 80) (voy. fig. 2). Dans l'incision de de Graefe, les points de ponction et de contre-ponction sont situés à 15 millimètres en dehors du bord transparent de la cornée (dans le limbe scléro-cornéal); il en est de même de la méthode de Küchler; seulement, cette ligne est exactement dans le diamètre transversal, et le sommet passe en plein sommet de la cornée. Cette direction est aussi la nôtre, avec cette exception que nous inclinons un peu le couteau, de façon à porter le centre de l'incision entre 1 et 2 millimètres au-dessus du diamètre même de la cornée (voy. fig. 3). M. Notta entre dans la cornée et en sort dans le diamètre transparent, même à ses extrémités; c'est la seule différence à noter entre sa manière de faire et la nôtre.



Fig. 2.



Fig. 3.

» Le seul inconvénient que nous ayons reconnu à cette méthode, *c'est la formation constante, dans les cas qui nous sont propres, dans la moitié des cas chez M. Notta, d'enclavements iriens dans la plaie.*

» Les adversaires de l'iridectomie trouveront dans ce procédé de très-grandes probabilités pour échapper à sa nécessité. Mais le vrai mérite qui la distingue, c'est la facilité remarquable de l'évolution expultrice, réunie à une coaptation par première intention ; c'est l'association, *ex æquo*, des deux qualités fondamentales de Daviel et de de Graefe; l'aisance de l'extraction réunie à la coaptation immédiate et par le seul équilibre hydrostatique du globe. »

Reste le pincement *constant* de l'iris dans la plaie, dont l'auteur nous paraît faire bien bon marché, ce qui, de la part d'un ophthalmologue aussi distingué, n'est pas sans nous surprendre quelque peu.

3. M. *Maurice Perrin* se demande si les incisions périphériques doivent être préférées aux incisions centrales et n'hésite pas à déclarer que non. D'une part, il est disposé à croire que les plaies de la cornée guérissent plus vite et mieux que celles de la sclérotique, et exposent à moins d'accidents; de l'autre, il constate que les plaies périphériques ont pour conséquence de transformer une opération dans laquelle la cataracte tend à s'engager spontanément et par la pression intra-oculaire, en une autre dans laquelle la lentille, laissée en équilibre, ne peut sortir qu'à l'aide de tractions, de manœuvres, de pressions destinées à provoquer un déplacement latéral, en quelque sorte contre nature.

« En effet, dit-il, le cristallin, dont l'axe principal se confond à peu près avec l'axe de la cornée, est soumis dans tous les sens à la pression intra-oculaire, et comme les effets de cette pression sont en raison directe de l'étendue des surfaces qui la supportent, il est clair que les conditions d'équilibre de la lentille sont réglées par les pressions supportées par chacune de ses faces. La pression exercée sur la face postérieure du cristallin tend à le déplacer directement d'arrière en avant, à l'appliquer contre une partie de la face interne de la cornée égale à ses dimensions propres. C'est le résultat de cette dernière, l'humeur aqueuse étant écoulée, qui assure l'équilibre de la lentille; et, de même, ce sont les défauts de résistance de cette membrane qui doivent entraîner le déplacement spontané. Plus la brèche se rapproche de l'axe de la cornée, plus la résistance est amoindrie et plus, par conséquent, le déplacement du cristallin est assuré. Ce déplacement doit s'opérer par un mouvement de rotation sur l'un des axes, dont la direction est déterminée par la situation même de la brèche. Plus, par conséquent, cette dernière se rapproche du bord de la cornée, moins les effets de la pression sont simples et sensibles. Au delà de cette dernière limite, dans le plan de l'équateur de la lentille, ils doivent être relativement nuls. Or, l'incision de Graefe laisse à peu près intactes les conditions d'équilibre de la lentille, puisque les plus gros noyaux mesurent rarement 8 millimètres et atteignent rarement, par conséquent, le niveau de la base du lambeau situé à 3 millimètres de l'axe de la cornée. Théoriquement donc, l'expulsion de la cataracte dans le procédé périphérique n'est en aucune façon aidée par la *vis à tergo*, elle est tout artificielle, partant irrationnelle, et en fait laborieuse, difficile et périlleuse. »

« Quel est donc parmi les procédés nouveaux, dit plus loin M. Perrin, celui auquel il faut donner la préférence? A celui évidemment qui réalisera le mieux les deux conditions fondamentales suivantes : d'une part, celle d'une porte largement ouverte pour le passage de la cataracte et la mieux placée pour sa sortie spontanée ; de l'autre, un siége et une forme de l'incision réalisant le mieux les conditions ci-dessus, et qui peut se résumer ainsi : plus la base de l'incision est étendue et bien placée, moins son sommet s'écarte de sa base, moins le lambeau est grand et la blessure dangereuse. A ce titre, l'incision transversale de Küchler, qui passe par le méridien de la cor-

---

Mecque avait un caractère essentiellement astrolâtrique. Parlant des diverses tribus de l'Arabie, Aboul Faradj a écrit : « Himyar adorait le soleil, Kinânah la lune, Tasm l'étoile Aldébaran, Lakhm et Djodham la planète Jupiter, Tag Canope, Quays Sirius, Asad Mercure. »

Au Taïf comme à la Mecque, c'était sous la forme d'une pierre qu'on adorait Allât, c'est-à-dire la *deesse*. Telle est la *grande déesse*, comme les Arabes du Hedjaz la nommaient, à la fois génératrice et sidérale, l'Alilat d'Hérodote (les Alilat étaient les dieux de Saba), Allât associée au dieu El dans les religions sémitiques, l'Aphrodite céleste, l'Attar des Sabéens, l'Astarté des Syriens et des Phéniciens, celle que Jérémie appelle la *Reine du ciel*, divinité dont le culte était commun à tous les peuples de l'Arabie pétrée, de l'Arabie déserte et de l'Yémen, commue à toutes les autres familles de la race sémitique.

Dans la Kaaba, le dieu parèdre de la déesse était Hobal, dieu solaire d'origine yamanite, que M. François Lenormant (*Lettres assyriologiques et épigraphiques*, Paris, 1872) rapproche de l'Orotal d'Hérodote et qui serait identique avec l'Élioun du Liban, une des faces d'Adonis. Bref, la religion de la kaaba serait une importation syrienne introduite dans le culte antique de toutes les tribus arabes pour la grande déesse Allât, et le hadj ou pèlerinage de la Mecque aurait été les *Adonidies* de l'Arabie.

Mais depuis que les Juifs, Grecs, Syriens, Persans, Abyssins, avaient pénétré de tous côtés dans la Péninsule et s'étaient mêlés aux Arabes, les idées de Dieu unique, de paradis, de résurrection, de prophètes et de livres saints occupaient tous les esprits capables de quelque raffinement spirituel. On en causait au désert, sous la tente, dans la tribu des Banoû Dhobbyan, comme dans les boutiques des orfèvres et des armuriers de Médine ou de la Mecque. Par les rois de Hira et de Ghassân, le christianisme dominait au nord de l'Arabie, au centre par Médine, au sud par les évêchés de l'Yemen. Les juifs étaient partout. Le prince himyarite Dhoû Nowas s'était converti au judaïsme vers le VI[e] siècle, comme le roi de Hira, Nomân ben Moundhir, avait embrassé la religion chrétienne, parce que

née, est celle qu'il faudrait préférer; mais il importe que la cicatrice cornéenne consécutive soit en dehors du champ pupillaire et que l'incision ne se rapproche pas trop de la circonférence de l'iris, de crainte des enclavements, conditions que cette incision ne respecte point. »

M. Perrin a cru écarter ces deux vices radicaux, tout en demeurant fidèle à ses principes généraux, par l'adoption du procédé suivant, qu'il applique depuis plusieurs années et dont il déclare se bien trouver: « La ponction et la contre-ponction sont faites aux limites de la cornée, suivant une ligne passant à 2 millimètres au-dessus du méridien horizontal. A ce niveau, la base de l'incision mesure 9 millimètres, en prenant toujours pour type une cornée de 10 millimètres. (S'il est possible de prévoir que le noyau est très-volumineux, la ponction et la contre-ponction sont reculées d'un millimètre dans le bord scléral, de façon à procurer une ouverture de 11 millimètres, amplement suffisante.) L'incision est ensuite conduite de bas en haut, de façon à aboutir à 1 ou 2 millimètres au-dessus du limbe supérieur de la cornée (voy. fig. 4). » On peut parfaitement se passer de l'iridectomie; toutefois, l'auteur la pratique pour faciliter l'introduction et la manœuvre de sa griffe capsulaire, et dans le but d'éviter les enclavements. Sur 83 extractions ainsi exécutées, M. Perrin a eu 72 succès immédiats, 11 insuccès (parmi lesquels, malgré l'exiguïté du lambeau, 2 par suppuration de ce dernier), soit 87 pour 100 de succès. Il ne fait pas mention des synéchies antérieures, qu'il croit éviter par ses sections iriennes, mais qui doivent néanmoins être très-fréquentes, malgré l'iridectomie, celle-ci étant, dans sa section, presque impossible à faire correcte et suffisamment excentrique.



Fig. 4.



Fig. 5.

A côté des procédés dont il vient d'être parlé se place celui de Liebreich, qui ne conserve plus du procédé de de Graefe que le couteau qui lui sert à l'exécuter. La section située dans le champ médian (inférieur) est faite en partie dans la cornée, en partie dans la sclérotique, a la forme d'une courbe à grand rayon, et l'opération se fait sans iridectomie (voy. fig. 5). M. Liebreich n'est arrivé que peu à peu à l'abandon de la section irienne; sa section cornéale étant trop peu excentrique pour permettre une iridectomie périphérique correcte, il s'était d'abord contenté d'enlever une petite partie de l'iris, débridant la pupille, soit pour en éviter l'enclavement, soit pour livrer à la cataracte une issue plus facile, soit dans un but antiphlogistique préventif; mais il y a renoncé depuis, ainsi que nous venons de le dire.

L'opération de M. Liebreich est conforme aux principes énoncés; la situation de la plaie, sa forme et ses dimensions rendent facile la sortie des noyaux les plus volumineux, et l'on peut s'y passer de l'iridectomie. Mais elle expose, comme les autres sections médianes dont il a été question à la Société de chirurgie, à des enclavements et à des synéchies, rendus imminents par la situation de la plaie qui se trouve à cheval sur les insertions les plus reculées de l'iris. Et ceci n'est pas une simple assertion: au congrès ophthalmologique de Londres, un opérateur habile, M. Hansen (de Copenhague), est venu déclarer qu'il avait pratiqué une trentaine de fois l'extraction d'après le mode Liebreich, et que ces trente opérations lui avaient donné un résultat favorable, à l'exception d'un seul; mais que, dans *treize* de ces cas, l'adhérence de l'iris à la plaie avait eu lieu, non au bord pupillaire, mais seulement à la périphérie, et que, comme conséquence dans presque tous, excepté dans quatre, il y avait eu iritis adhésive, à un léger degré dans le plus grand nombre, et sans tendance à l'exsudation. Cette déclaration, émanant d'un auteur qui, sans aller jusqu'à recommander le procédé, ne dissimule pas cependant ses sympathies pour lui, est un aveu ne manquant pas de valeur.

Ajoutons que l'incision, empiétant sur la sclérotique et ne s'arrêtant qu'à peine aux confins du muscle ciliaire, expose aux atteintes de cet organe et aux conséquences des inflammations d'une région, à raison soupçonnée d'être le fréquent point de départ des affections sympathiques.

Il résulte de cet exposé que nos collègues de la Société de Chirurgie de Paris, que nous venons de citer, dépouillent le procédé périphérique de la plupart des avantages qu'on est convenu de lui attribuer généralement: ainsi, l'excision de l'iris, loin d'être une sauvegarde contre l'inflammation consécutive, ne ferait, au contraire, qu'introduire dans l'opération un élément phlegmasique de plus: on la subirait, mais on ne l'y emploierait que parce qu'on ne peut pas s'en passer, et l'extraction linéaire sans iridectomie donnerait d'aussi bons résultats que l'opération de de Graefe (Notta). L'expulsion de la lentille, dans cette dernière, serait au plus haut degré irrationnelle et laborieuse (Giraud-Teulon et Perrin). Enfin, les plaies de la cornée guériraient plus vite et mieux que celles de la sclérotique, et exposeraient à moins d'accidents (Perrin).

« Et malgré tout cela, il serait difficile au plus sceptique, ajoute M. Perrin, de ne pas accepter comme démontré que la proportion de succès par la kératotomie à grand lambeau de Daviel est inférieure à celle des procédés nouveaux. » « Je ne crois pas m'écarter beaucoup de la vérité, dit-il, encore en évaluant la différence à 10 pour 100 au moins en faveur de ces derniers. » Et nous croyons qu'il est encore au-dessous de la vérité.

---

ces religions étaient celles d'une grande partie de leurs sujets.

Ce qui atteste bien que la première impulsion du mouvement monothéiste, qui allait gagner toute l'Arabie, vint surtout des juifs, c'est la présence des légendes et des noms bibliques dans les kasîdas des poëtes antéislamiques, seule littérature des Arabes avant le Korân, et les rapports directs de tous les précurseurs de l'islâm avec les juifs et les chrétiens. Comme une religion ne s'invente pas de toute pièce, il faut bien se persuader que Mohammed (Mahomet) n'a fait que travailler, avec beaucoup d'autres, à la révolution capitale à laquelle son nom est resté attaché. C'est le propre des fondateurs et des réformateurs de religion de suivre et non de devancer le mouvement religieux de leur époque. Pour ne rien dire ici du voyage de Mohammed en Syrie, de ses rapports avec les moines chrétiens et de ses entretiens de chaque jour avec un cousin de sa première femme, Waraka, versé dans les écritures juives et chrétiennes, il suffit de rappeler que Mohammed ne fut qu'un de ces nombreux hanîfs dont les rouleaux d'Abraham et de Moïse étaient la bible. La première période de l'enseignement du prophète n'est que la confirmation des doctrines de cette secte monothéiste, née, comme tant d'autres, dans le pays des Nabatéens. On nommait aussi les hanîfs çâbiens abranamides. Les légendes et les traditions contenues dans ces « rouleaux » ou livres, que Mohammed crut d'abord authentiques, étaient sorties d'une élaboration populaire des légendes rabbiniques et des évangiles apocryphes.

Abraham avait été un hanîf: devenir un hanîf comme Abraham, voilà quel fut l'idéal de tout croyant. Or, aux yeux des Arabes, les chrétiens, avec leur Trinité et leur Incarnation d'un dieu mort sur la croix, étaient encore plus éloignés de cet idéal que les juifs. « Abraham, le père des hanîfs, dit le saint livre, ne fut en fait ni juif ni chrétien: il fut un hanîf, un musulman, et il n'eut point plusieurs dieux. » (Korân, III, 60.) Que la croyance en l'unité divine fût très-répandue dans l'Arabie avant l'islâm, c'est ce qu'attestent et l'histoire et le succès de la prédication de Mohammed.

De quoi dépend donc cette supériorité si flagrante de la méthode périphérique? De l'iridectomie? On a vu plus haut qu'on la considère plutôt comme défavorable. Du siége de la plaie? Mais n'est-il pas essentiellement contraire à la sortie facile de la lentille, voire même, pour quelques-uns, à une bonne et prompte cicatrisation? Mais alors que lui reste-t-il pour expliquer le chiffre élevé de ses succès, si ce n'est une *forme* de section s'éloignant le plus possible du grand lambeau, tellement importante que ce n'est pas l'acheter trop chèrement que de la payer au prix d'une mutilation de la pupille et d'une issue artificielle du cristallin?

Trouver une incision située de telle façon qu'elle permette d'éviter ces deux inconvénients en ne s'éloignant que le moins possible, par la forme, du principe de la *linéarité*, qui joue un si grand rôle dans la question, tel est le problème à la solution duquel nos confrères de la Société de Chirurgie de Paris se sont appliqués. Voyons dans quelle mesure ils y ont réussi: M. Notta, sur 10 opérations, a eu 10 succès; M. Giraud-Teulon en a eu autant, mais ces succès sont tempérés, pour l'un comme pour l'autre, détail essentiel, par le stigmate d'enclavements iriens dans *quinze* (!) de ces cas, enclavements qu'il n'est absolument pas possible d'envisager d'un cœur léger.

M. Perrin, sur 83 kératotomies à petit lambeau rectangulaire, accuse 11 insuccès, ce qui réduit ses succès à 87 pour 100. Et notons, en passant, que M. Perrin pratique l'iridectomie concomitante, et ne peut ainsi invoquer à l'appui de son procédé, dans le parallèle qu'il en voudrait faire avec celui de de Graefe, qu'une moindre chance d'iritis ou d'ophthalmie sympathique secondaire, son incision se passant tout entière dans la cornée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Congrès médical de Vienne.

(Fin.)

Aux travaux dont nous avons rendu compte dans le numéro 40, à celui de M. le docteur Caminhoa, qui est en voie de publication dans la GAZETTE, nous n'ajouterons plus que le suivant:

Prophylaxie de la syphilis. — M. le professeur Sigmund a lu sur ce sujet un mémoire dont voici les conclusions:

« 1° Il faut que la police exerce une surveillance plus attentive sur la prostitution en général, et que cette surveillance soit soumise à un contrôle médical des plus sévères.

» 2° Pareil contrôle doit également être exercé, au point de vue de la syphilis, dans tous les corps organisés chez les militaires et les marins aussi bien que sur les ouvriers des manufactures ou des fabriques, et en particulier dans toutes les associations ouvrières ou les deux sexes se trouvent réunis.

» 3° L'examen médical doit en outre porter sur les nourrices et leurs nourrissons, à quelque classe de la société qu'ils appartiennent. Les vaccinations ne doivent pas être faites à la légère, et les professions reconnues suspectes, telles que celles de verriers, de musiciens faisant usage d'instruments à vent, d'émailleurs, d'ouvriers employés à la fabrication des cigares, seront soumises à un contrôle minutieux. Dans le cas où la syphilis viendrait à atteindre l'un de ces ouvriers, il devrait être traité avec les plus grands soins.

» 4° Des instructions spéciales relatives à la contagion de la syphilis, aux moyens de préservation et au traitement de cette maladie doivent être données aussi bien aux écoles d'adultes qu'aux corporations ouvrières.

» 5° Il est aussi urgent d'admettre tous les individus atteints de syphilis qui se présentent à la consultation nosocomiale que de créer pour eux des hôpitaux spéciaux, ou tout au moins de réserver dans chaque hôpital une ou plusieurs salles exclusivement consacrées à cet objet.

» 6° Il est également nécessaire de répandre et de vulgariser l'étude des maladies vénériennes en créant des cours spéciaux sur la matière dans toutes les facultés de médecine, et en confiant cet utile enseignement à des professeurs instruits et compétents.

» 7° Infliger une punition sévère à toute prostituée atteinte de syphilis qui ne sera pas venue réclamer en temps opportun les soins médicaux ou qui s'y sera volontairement soustraite.

» 8° Consacrer une somme prise sur le budjet de chaque municipalité à l'exécution de ces différentes mesures de surveillance et à l'établissement des asiles spéciaux.

» 9° Instituer des conférences internationales périodiques pour la promulgation ou la révision des lois ou décrets spéciaux sur la syphilis et la prostitution.

» 10° Créer un comité dont chacun des membres étudiera la question dans le pays qu'il habite et viendra communiquer le résultat de son enquête au prochain congrès. »

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

EMPLOI DES TUYAUX DE PLOMB POUR LA CONDUITE DES EAUX POTABLES. — M. *de Laval* écrit: ... «De la divergence des opinions émises sur la question de l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables, il me paraît impossible de conclure à l'innocuité du plomb. Tout au plus pourrait-on prétendre que

---

C'est aux hanîfs, fort nombreux à la Mecque, qu'est due la réformation des cultes polythéistes de la Kaaba, sous l'influence des traditions judéo-chrétiennes. Les diverses stations du pèlerinage, les idoles du temples, les peintures murales furent expliquées dans le sens des nouvelles croyances, avec une naïveté fort analogue à celle des chrétiens du moyen âge dans l'interprétation des monuments et des usages du paganisme romain. Adam et Ève, les patriarches, l'ange Gabriel, etc., devinrent les acteurs du grand drame religieux de la Kaaba; Hobal fut Abraham, et Allât, la déesse sœur d'Astarté, Marie, mère de Jésus.

M. Emm. Latouche vient de faire, au *Congrès international des orientalistes*, une communication curieuse sur l'idée que les Orientaux professaient au sujet de la vierge Marie et sur les légendes des Vierges-Mères dans les diverses contrées de l'Orient, légendes qui, suivant M. Textor de Ravisi, se retrouvent non-seulement dans l'Inde ancienne, mais aussi chez la plupart des nations civilisées du monde asiatique.

Mais ce qui enfanta le plus de croyants à l'islâm, surtout parmi les gens d'une culture inférieure, lesquels, en tout pays, n'entendent rien aux raffinements de la théologie, ce fut la vieille et sincère admiration des Arabes pour ceux qu'ils appelaient « les gens du livre », les juifs, les chrétiens et les çâbiens. Les livres juifs parlaient des Arabes et les rattachaient à Abraham par Ismaël; il n'en fallait pas davantage pour captiver un peuple qui a toujours eu le goût et la passion des généalogies, et qui ne voit guère autre chose dans l'histoire religieuse et politique du genre humain. M. Ernest Renan l'a dit en excellents termes dans sa grande HISTOIRE GÉNÉRALE DES LANGUES SÉMITIQUES: « Les Arabes n'ayant pas de vieux souvenirs écrits, et trouvant à côté d'eux, dans les premiers siècles de notre ère, un peuple qui en avait, adoptèrent de confiance toutes les histoires des juifs, et y relevèrent avec avidité les traits qui, de près ou de loin, se rattachaient à l'Arabie. Les juifs avaient tenu jusque-là les archives de la race sémitique, et les Arabes reconnaissaient leur supériorité en érudition. »

cette question a été jusqu'ici imparfaitement connue, et que les faits contradictoires qui ont été signalés sont dus à des circonstances spéciales qui peuvent en faire concevoir les variations. Mais il faut reconnaître que, si le mal n'existe pas à l'état permanent, il est au moins possible, et qu'il serait utile de prendre des mesures pour faire disparaître le danger. »

M. *Ad. Bobierre* a pu constater, à bien des reprises, que le plomb, toutes choses égales d'ailleurs, s'altère surtout dans des tuyaux où l'action de l'eau est aidée par celle de l'air. Lorsqu'un doublage de navire est piqué et corrodé; tous les navigateurs savent que l'usure a surtout lieu à la ligne de flottaison ou dans les portions fouettées par l'eau aérée, c'est-à-dire *là où il y a action alternative de l'eau, de l'oxygène et de l'acide carbonique;* les portions de doublage complétement immergées sont, au contraire, les moins usées.

A l'exception des eaux pluviales ou distillées, les eaux potables n'attaquent en général les tuyaux de plomb d'une manière sensible que *si la surface métallique est alternativement en contact avec l'air et avec l'eau.* L'auteur a constaté aussi que la plus grande quantité de matière vénéneuse d'un liquide plombifère obtenu par le contact de l'eau ordinaire avec des tuyaux de plomb est *en suspension*, et que, dans certains cas, la filtration de cette eau *sur du calcaire* lui ôte toute propriété vénéneuse.

Enfin M. *Champouillon* dit : «Toutes les casernes, tous les hôpitaux militaires de Paris sont pourvus d'eaux potables, conduites et distribuées par des tuyaux de plomb ; ces eaux proviennent de la Seine, de la Marne, de la Dhuis, du canal de l'Ourcq et du puits artésien de Grenelle. De 1845 à 1869, sur un effectif de 108 000 militaires malades reçus dans les hôpitaux du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou, de Saint-Martin, il n'a pas été signalé un seul cas d'intoxication saturnine à un degré quelconque... Les eaux potables qui alimentent les casernes de Paris contenant de 15 à 60 centigrammes de principes salins en dissolution, il est naturel que le personnel de la garnison n'ait jamais offert un exemple d'intoxication saturnine. »

Ces trois communications sont renvoyées à une commission composée de MM. Chevreul, Dumas, Balard, Peligot, Wurtz et Belgrand.

Phylloxera. — Communications de MM. *Cornu, Dumont* et *Babret.*

Berberine contre les fièvres intermittentes. — M. *Prota-Giurleo* soumet au jugement de l'Académie une note manuscrite sur ce sujet. (Renvoi à l'examen de M. Cloquet.)

Lithoclysmie. M. *A. Pignoni* adresse une note relative à la lithoclysmie, opération ayant pour objet la dissolution intravésicale de la pierre. (Renvoi à l'examen de M. Cloquet.)

De la différence d'action physiologique des courants induits, selon la nature du fil métallique formant la bobine induite. Note de M. *Onimus.*

« Sur les nerfs et sur les muscles de l'homme sain, les effets de la secousse ont été différents selon la nature du métal, et l'on peut dire d'une manière générale, que, lorsque le fil de la bobine induite est formé par un métal mauvais conducteur de l'électricité, la contraction est plus forte et l'impression sur les nerfs cutanés moins vive qu'avec des fils bons conducteurs, comme le cuivre par exemple. Ces effets sont d'autant plus marqués que la résistance extérieure est plus grande. Ainsi, en faisant passer le courant à travers de l'eau alcoolisée et en le diminuant jusqu'à un minimum où les contractions musculaires n'ont plus lieu avec le courant des fils de cuivre, on obtient encore, dans les mêmes conditions, des contractions avec le courant provenant de la bobine en fil d'argentan. Le plomb étant moins bon conducteur que le cuivre, mais meilleur conducteur que l'argentan, donne des effets intermédiaires. Le prix élevé du platine nous a empêché de faire les mêmes expériences avec ce métal. Sur les muscles superficiels, la différence entre les courants de la bobine de cuivre et ceux de la bobine d'argentan est beaucoup moins prononcée : elle s'accentue à mesure que l'épiderme est plus épais ou que les muscles sont plus profonds. L'impression déterminée par le courant des fils de plomb ou des fils d'argentan est plus profonde ; elle s'irradie moins loin sur les nerfs superficiels de la peau. Sur les nerfs sensitifs, situés dans l'épaisseur des tissus, l'excitation est peut-être plus vive que celle que donne le courant des fils de cuivre ; mais elle a quelque chose de moins aigu et de moins lancinant. On peut conclure de ces faits que le courant induit des fils mauvais conducteurs a une tension plus forte que celui qui se produit dans des fils meilleurs conducteurs de l'électricité. »

L'auteur a complété ces recherches avec la collaboration de M. le docteur Legros, en prenant sur des animaux le tracé des contractions musculaires provoquées par les courants de ces différentes bobines. Les tracés ainsi obtenus indiquent, d'une manière très-nette, l'action plus énergique du courant de la bobine d'argentan. En employant un courant minimum, et en expérimentant dans des conditions identiques, la courbe qui est formée par chaque contraction musculaire est bien plus élevée pour la bobine d'argentan que pour la bobine de cuivre. De plus, pour la bobine d'argentan, les contractions sont régulières, égales entre elles, et offrent toutes la double secousse due au courant de fermeture et à celui d'ouverture. (On a employé comme interrupteur le mouvement du levier du métronome.) Le tracé obtenu avec la bobine de cuivre offre des contractions plus irrégulières, car plusieurs d'entre elles ne sont que légèrement prononcées, et il est rare qu'elles aient la double secousse.

Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière. Note de M. *L. Ranvier.*

« Une petite seringue de verre, munie d'une canule d'or à extrémité tranchante, est remplie d'une solution d'acide osmique à 1 pour 300. L'extrémité de la canule est plongée, soit dans un cordon de la substance blanche, soit dans un cordon de la substance grise. L'injection est faite alors avec ménagement jusqu'à ce que l'on voie refluer le liquide par les espaces périvasculaires ouverts dans la surface de la moelle. La pièce est abandonnée à elle-même pendant une heure ou deux ; au bout de ce temps, des sections longitudinales mettent à découvert les portions de la moelle où l'acide osmique a pénétré et diffusé...

» La substance fibro-nerveuse (cordons postérieurs et antéro-latéraux)

La littérature, les monuments, la tradition elle-même qui, en raison de la situation isolée de l'Arabie, mérite ici plus de créance qu'ailleurs, tout s'accorde à prouver qu'avant l'ère de Mahomet la religion chrétienne était répandue dans le nord de la Péninsule, pour ne point parler de l'Yemen ni de l'Hadramouth, et que les provinces soumises à son empire avaient atteint un haut degré de richesse et de civilisation.

C'est une croyance générale dans l'Église d'Orient que saint Thomas, l'apôtre, a prêché dans l'Arabie heureuse, lors de son voyage aux Indes.

Les sectateurs du prophète, Ali et Khalid-ebn-Walid, durent employer, pour convertir à l'islamisme les Djowfites, par exemple, le plus tranchant de tous les arguments, le glaive.

Plus tard, comme les autres habitants de l'Arabie, cette tribu retomba dans un demi-paganisme ; ils adoraient une divinité locale, nommée Djann, quand l'épée des Wahabites réveilla leur ferveur pour la foi de Mahomet.

C'est à cette époque surtout que reparurent les coutumes païennes et que les discordes intestines ruinèrent le pays. L'Arabie offrit alors le même aspect que l'Europe du moyen âge. « La civilisation, dit Tacite, décrit un cercle comme le soleil ; les événements et les saisons viennent à leur heure. »

« Depuis les frontières syriennes jusqu'aux vallées du Nedjed, dit Palgrave (*Une année de voyage dans l'Arabie centrale*. Paris, 1866), on rencontre une tribu fort étrange, partout la même, partout distincte des autres clans et bien connue de tous les habitants du désert. Ce sont les *Solibah*, dont le nom même dérive du mot *Solib*, qui signifie *croix*, semble indiquer l'origine chrétienne. D'autres preuves viennent, au reste, confirmer cette supposition ; ainsi, ils ne prennent jamais part aux guerres et aux disputes des nomades, jamais ils ne contractent entre eux de mariages ni d'alliances ; ils vivent principalement de chasse et n'ont pas de rivaux dans l'art de poursuivre la gazelle et l'autruche. Quoique l'influence du christianisme sur eux soit presque effacée, ils gardent encore un des signes distinctifs de notre croyance, une antipathie profonde contre le

montre des tubes nerveux dont la myéline est fixée par l'acide osmique, et colorée en noir plus ou moins intense...

» Je n'ai pu distinguer, sur tous les tubes nerveux des centres, une enveloppe membraneuse comparable à la gaîne de Schwann; cependant, sur quelques gros tubes j'ai observé, autour de la myéline teinte en noir par l'osmium, une membrane incolore et plissée. Peut-être est-elle un artifice de préparation.

» Entre les lobes nerveux, il existe des fibres ou plutôt de petits faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif, dont le diamètre est de 1 à 2 millièmes de millimètre; ces faisceaux sont rectilignes ou courbés en divers sens. Quelques-uns possèdent des coudes à angle droit au niveau desquels on observe la réfringence spéciale des faisceaux du tissu conjonctif ordinaire quand ils se présentent ainsi : ce caractère suffirait déjà pour faire admettre que ce ne sont pas de simples fibrilles De plus, si l'on compare ces éléments avec des fibrilles isolées des tendons que l'on obtient bien facilement après macération dans l'acide osmique, on leur reconnaît un diamètre bien supérieur, car les fibrilles des tendons sont à peine mensurables au microscope. Les petits faisceaux du tissu conjonctif de la substance fibro-nerveuse de la moelle épinière peuvent être suivis dans une grande longueur. Ils ne s'anastomosent pas entre eux; mais en quelques points ils s'entrecroisent au nombre de 4, 5, 6, 7, 8 et même plus. Au niveau de cet entrecroisement il y a souvent un noyau rond ou ovalaire, muni de petits nucléoles, aplati et entouré d'une zone granuleuse. Avec un bon objectif à immersion, donnant un grossissement de 600 à 800 diamètres, il est facile d'apprécier tous ces détails et de reconnaître dans la zone granuleuse une lame de protoplasma qui, avec le noyau, constitue une *cellule plate de tissu conjonctif*. Au-dessous et au-dessus de cette cellule, les petits faisceaux se poursuivent. Il ne me paraît pas douteux que cet ensemble a été pris pour une cellule ramifiée; mais c'est là une erreur qui, j'en sois convaincu, sera abandonnée de tous ceux qui suivront exactement la méthode que j'ai indiquée. Du reste, à côté de cette disposition il en est d'autres qui viennent lever tous les doutes. Ce sont d'abord des entrecroisements de faisceaux connectifs sans noyaux; ensuite la présence de cellules isolées ayant probablement perdu leur relation avec les faisceaux. Ces cellules, formées par une faible quantité de protoplasma disposé en lame, possèdent un noyau aplati. Dans le voisinage s'observent aussi d'autres éléments cellulaires qui sont probablement des cellules lymphatiques.

Sécrétions de la fleur de l'Eucalyptus globulus. Note de M. *Gimbert*. — Le but de cette note est de montrer qu'une partie de la grande quantité d'eau absorbée par l'*Eucalyptus* en fleur, est rendue à l'atmosphère sous forme de sécrétion liquide sucrée et aromatique, produite par le style, la portion de l'ovaire qui l'entoure, ainsi que par le bourrelet sur lequel sont insérées les étamines. Là serait une des causes de l'influence hygiénique favorable que cet arbre exerce lorsqu'on l'introduit dans les contrées marécageuses.

Académie de médecine.

Séance du 9 décembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Goubaux* dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. *Leblanc*.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1872 dans le département de la Drôme. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de l'Hérault et de la Dordogne. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Le rapport de M. le docteur *Granmottet* sur une épidémie de variole et une de fièvre typhoïde qui ont régné, la première dans la commune de Cinqueiral, la seconde dans la commune du Ravillois (*Même commission.*) — *d*. Une lettre relative à la source de Meurra, à Ramouzens. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de candidature de MM. *Guyon*, *Léon Le Fort* et *Panas* pour la section de pathologie chirurgicale. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Camille Ricques* sur l'épidémie de typhus cholériforme qui a sévi dans la garnison du Hâvre du 15 août au 12 octobre 1873. — *c*. Un pli cacheté de M. le docteur *Magitot*. — *d*. Un pli cacheté de M. le docteur *Lajoux* (de Boissy-Saint-Léger) sur la guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie.

M. *Béclard* dépose sur le bureau : 1° La 1re partie d'un travail de MM. *Legros* et *Magitot* sur l'évolution du système dentaire chez l'homme et les mammifères. — 2° La thèse de M. le docteur *Cauchois* sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires.

M. *Larrey* offre à l'Académie : 1° Un mémoire sur les eaux minérales de Coamo (île de Porto-Rico), par M. le docteur *Dumont*. — 2° Trois brochures de M. le docteur *Armieux*, intitulées : Population de Toulouse et de la France; 2° Répartition du choléra en France; 3° Le choléra a Toulouse.

M. *Broca* présente, de la part de M. *Charles Martins*, une note sur un cas de luxation du muscle tibial postérieur comparée à celle des péroniers latéraux et de la longue portion du biceps brachial.

M. *Marriaud* présente un *révulseur filiforme* pour les affections oculaires, fabriqué d'après les indications de M. le docteur *Gillet de Grandmont*.

M. *Mathieu* présente un *porte-caustique laryngien*, construit d'après les indications de M. le docteur *Fauvel*.

Choléra. — M. *Barth* continue et termine aujourd'hui son argumentation sur le choléra.

Le choléra est une maladie *sui generis* transportable et transportée à distance par l'homme et se propageant non par contact direct, mais par l'intermédiaire de miasmes morbides.

Telle est l'opinion généralement admise aujourd'hui. Sans doute, cette doctrine ne donne pas la solution de tous les problèmes que présente le choléra, mais c'est certainement celle qui offre l'interprétation la plus satisfaisante des faits observés depuis 1832.

Le choléra est donc contagieux, c'est un fait indiscutable; mais quel est l'agent de cette contagion? quelle est la source des miasmes cholériques? Après avoir expérimenté successivement tous les liquides de l'économie, on est arrivé à cette conclusion que les déjections cholériques étaient la véritable source de la contagion. Déjà, dès 1849, M. le docteur Pellarin avait attiré l'attention du public médical sur cette origine probable de l'infection; les faits sont venus lui donner raison, et l'on ne peut nier aujourd'hui que les déjections alvines ne soient la principale source des miasmes délétères qui, emportés par des courants atmosphériques, vont frapper les individus à des distances plus ou moins grandes.

Jusqu'à quelle distance s'étend leur influence? Évidemment, dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre à cette question.

A quel moment ces miasmes deviennent-ils infectieux? A

---

mahométisme, dont ils ne se contentent pas de désavouer les rites, comme la plupart des Bédouins, mais qu'ils désavouent hautement. Évidemment, ils n'appartiennent pas au tronc arabe; d'après leurs propres traditions, ils seraient venus du Nord, et ils ont en effet beaucoup plus de ressemblance avec les Syriens qu'avec les Arabes. »

Les musulmans eux-mêmes regardent la médecine comme un héritage des chrétiens et ils reconnaissent volontiers que, sous ce rapport, ils sont loin d'égaler les disciples de Jésus; aussi ont-ils une préférence marquée pour les docteurs Solibah!

Il n'est pas douteux que Mahomet avait une antipathie profonde surtout contre le christianisme et qu'il a été, avant tout, poursuivi du désir de tracer une ligne de démarcation infranchissable entre ses disciples et ceux de Jésus; tel est le mobile qui lui a fait interdire, par exemple, le vin, qui, dans la religion chrétienne, est l'élément d'un ineffable mystère, les sculptures et les images, décorations si essentiellement liées au christianisme oriental, les ornements profanes, les cloches, la musique, etc.

Outre la religion de Jésus, deux autres croyances disputaient au prophète l'empire de l'Arabie; c'étaient le judaïsme et le paganisme, contre lesquels il fallait aussi prendre quelques précautions. Les honneurs rendus à la kaâba, l'usage de la chair de chameau, que Moïse avait interdite, la consécration de la polygamie dans la forme nouvelle du harem, séparaient suffisamment les vrais croyants des israélites. Quant aux païens, c'est-à-dire aux Arabes qui professaient le sabéisme, Mahomet ne les redoutait guère; un compromis avec eux était chose impossible et la lutte même ne pouvait être de longue durée entre les erreurs du polythéisme et la doctrine plus pure qui enseignait l'unité divine. En face du christianisme, la situation était bien différente. Une lutte dont il était impossible de prévoir le terme allait s'engager; les forces ennemies paraissaient d'égale puissance et les deux religions présentaient assez d'analogie pour faire craindre une transaction fatale à l'islamisme,

quelle époque perdent-ils ce caractère? Autant de problèmes à résoudre, mais tout porte à croire que les déjections alvines sont infectieuses dès le début de la maladie.

M. Jolly, pour combattre la théorie de l'importation, demande comment il se fait qu'en 1832, sur 82 départements, il n'y en eut que 16 envahis par le choléra. D'abord, il y en eut 56, et l'observation démontre ensuite que les départements qui furent peu frappés ou épargnés furent justement ceux où les relations commerciales et les communications étaient difficiles, ce qui serait en faveur de l'importation.

Quant aux épidémies partielles ou isolées, on peut les expliquer en supposant que des germes laissés par des épidémies précédentes, après avoir sommeillé quelque temps, se réveillent tout à coup sous l'influence de causes que nous ignorons encore.

On invoque contre l'idée de contagion et d'importation quelques cas isolés de mort par le choléra nostras; ces cas ne prouvent rien contre les milliers de faits contraires.

On demande encore comment expliquer l'apparition simultanée du choléra dans plusieurs endroits à la fois: l'idée de propagation et de contagion par des miasmes et non par contact direct suffit parfaitement pour expliquer ce fait.

En 1832, le choléra mit treize jours pour arriver à son maximum d'intensité; en 1849, il lui fallut trois mois; en 1853 et 1854, dix mois; enfin en 1865, près de deux ans. Ces différences dans la marche progressive du fléau trouvent leur explication dans l'application des mesures d'hygiène publique et privée. En 1832, pris à l'improviste et persuadé que le choléra n'était pas contagieux, on ne fit rien pour arrêter les progrès du mal. Plus tard, en 1849, 1854 et 1865, averti par l'expérience, on prit des mesures en conséquence, et le mal n'arriva relativement que fort tard à son maximum d'intensité.

« Si cette explication ne vous satisfait pas, ajoute M. Barth, donnez-en une autre. »

On dit encore: comment expliquer que, dans une même rue, un côté seulement de cette rue soit frappé par la maladie? M. J. Guérin répondrait logiquement que ses deux facteurs épidémiques habitent ce côté de la rue. Une explication plus rationnelle est de supposer les maisons de ce côté infectées par les miasmes émanant d'un égout qui passerait sous ces maisons. « Si cette explication ne vous satisfait pas, dit encore l'orateur, donnez-m'en une autre. »

En somme, il résulte de cette revue rapide de la question, qu'il y a encore bien des obscurités, bien des problèmes à résoudre, mais, de toutes les théories émises sur le choléra, celle de l'importation est encore la meilleure, surtout au point de vue pratique, car elle prescrit des mesures d'hygiène publique et privée que négligent la doctrine de l'épidémicité et la théorie de la spontanéité.

Tannate de quinine. — M. *Regnault* donne lecture des conclusions d'un travail manuscrit sur le tannate de quinine. En voici le résumé :

Le tannate de quinine pur ne peut pas être obtenu par la simple précipitation de l'acétate de quinine à l'aide d'une solution d'acide gallotannique (*tannin de la noix de galle*). Le composé résultant de la réaction du tannin sur les sulfates basique et neutre de quinine retient une proportion d'acide sulfurique (environ 3 p. 100) qui ne peut pas être enlevé par les lavages. Dans le cas du sulfate basique dissous à la faveur de l'acide acétique (procédé de M. Barreswill), le dépôt est également sulfotannique. La formule de la pharmacopée de Hambourg est vicieuse. Le procédé décrit par M. Regnault permet d'obtenir régulièrement un sel toujours identique; il se réduit aux prescriptions suivantes: dans une solution aqueuse d'acétate de quinine, on verse une proportion d'acide tannique purifié telle que le dépôt produit au début de l'affusion le dissolve entièrement. Ce liquide, neutralisé avec soin par le bicarbonate de soude, abandonne le tannate de quinine dont le lavage est facile et la composition invariable. La solubilité du tannate de quinine est considérable dans les solutions aqueuses des acides qui ne précipitent pas l'acide tannique de ses dissolutions. Ce sel, au contraire, est insoluble, au moins immédiatement, dans les acides minéraux doués de la propriété de faire naître dans les liqueurs chargées de tannin les dépôts insolubles étudiés par Strecker. Dans les expériences physiologiques et thérapeutiques, il importe de noter que 1 gramme de sulfate de quinine, dit neutre, équivaut à 3gr,50 de tannate pur et sec.

L'auteur ajoute que M. Vulpian compare en ce moment les propriétés du tannate pur à celles des combinaisons sulfotaniques qui souvent ont pris sa place dans la médecine usuelle.

Suite du rapport sur le prix d'Ourches. — M. *Devergie* prend ensuite la parole pour terminer la lecture de son rapport sur le prix d'Ourches.

L'Académie remet à la prochaine séance la discussion de la partie scientifique de ce travail, qui se termine par deux propositions qui méritent certainement un examen sérieux.

M. Devergie demande d'abord que, dans chaque département, on prescrive des mesures pour faire appliquer la loi sur la constatation des décès. Il paraît, en effet, que dans plus de 25 000 communes on enterre les gens sans s'assurer officiellement qu'ils sont bien morts.

Il voudrait ensuite qu'on n'accordât le diplôme de docteur ou d'officier de santé qu'après avoir fait subir au candidat une épreuve démontrant qu'ils connaissent au moins les signes de la mort réelle.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE L'AUTOPLASTIE PÉRIOSTIQUE DANS LES AMPUTATIONS. — SUR LA NÉCROSE PRODUITE PAR LES VAPEURS DE PHOSPHORE; RAPPORT DE M. MAGITOT. — OPÉRATION DE BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ. — ANOMALIE DE L'ŒSOPHAGE.

M. *Després*. Il a été présenté cette année à la Société de chirurgie, par M. Houzé de l'Aulnoit, un nouveau procédé de décollement d'un lambeau périostique destiné à être appliqué

---

quand les communications de peuple à peuple auraient rapproché les esprits, fatigués d'ailleurs de guerres et de controverses. Il était donc indispensable d'établir des distinctions spéciales, visibles dans tous les détails de la vie quotidienne et capables de maintenir la dissemblance, sans laquelle l'islamisme était en danger de se confondre dans le grand courant chrétien.

Les siècles suivants montrèrent que les craintes du prophète n'étaient pas chimériques; l'histoire des confréries ascétiques et des sectes secrètes de l'Orient, depuis les Dardanelles jusqu'à l'Indus, prouvent combien de fois le mahométisme a été sur le point de se dissoudre par suite de l'infiltration des idées chrétiennes.

En résumé, on peut dire que, de temps immémorial, l'Arabie a eu foi dans un Être supérieur, créateur et souverain ordonnateur de toutes choses.

On ne peut nier que les hymnes les plus anciens du *Rigvéda* avaient un caractère monothéiste des plus anciens, et c'est plus tard seulement qu'on trouve dans le *Manava-dharma-sastra* l'influence perverse des brahmanes qui cherchaient, avant toute considération, la suprématie de leur caste dans l'Inde.

Mais le monothéisme avait été obscurci dans la suite par deux superstitions différentes: le sabéisme ou la croyance aux forces planétaires, et le fétichisme, dont les grossières pratiques étaient répandues dans les classes inférieures.

La loi générale devait cependant frapper aussi la doctrine de Mahomet et les réformateurs ne manquèrent pas. Son Église, comme toutes les autres, s'est partagée d'opinion. Outre la secte des *Sunnites*, il s'en est formé une autre fort considérable; ceux qui la suivent se nomment *Zéidites*. Vers le milieu du siècle dernier, un cheik de l'Yémen appelé *Mékrani* établit une secte nouvelle parmi les mahométans.

Ce fut vers le même temps que naquit, dans le centre du Nedj, la nouvelle religion des *Wahabites*. Les Schiites ou la secte d'Ali dominent le long du golfe Persique. L'Oman a vu naître

sur l'os sectionné, afin de prévenir les ostéo-myélites consécutives aux amputations. M. George M. Mac Gill, chirurgien assistant à l'hôpital général de Washington en 1862-1863, a eu l'idée de l'autoplastie périostique et l'a appliquée. Il reconnaissait lui-même en outre que l'idée appartenait au chirurgien américain J. H. Lidell. Voici comment il décrit son procédé.

« Avec un couteau court, résistant, je taille un lambeau antérieur (il s'agissait d'une amputation de la jambe), d'une étendue assez grande pour recouvrir la moelle de l'os. Le lambeau est alors détaché avec soin par le moyen d'un couteau à périoste. L'opérateur passe la lame sous le périoste et le sépare de l'os assez facilement pour que la membrane soit intacte. Il faut savoir que ce lambeau se rétracte plus encore que la peau, et c'est pourquoi dans le cas présent il se rétracta et se retourna un peu sur lui-même. L'os fut sectionné avec le plus grand soin et de façon qu'aucune pointe osseuse ne pût blesser le lambeau; ce dernier fut abandonné à lui-même et retomba par son propre poids. » L'auteur ajoute : « Je n'ai jamais fait cette autoplastie avec deux lambeaux, et je n'ai jamais fixé en aucune manière le lambeau périostique. »

Cette mention n'a pas été publiée, à notre connaissance, ailleurs que dans Reports on Surg. Cases in Army of the United States, Circular n° 3, from 1865 to 1871, p. 277; Washington, 1871.

Voici le titre du mémoire de M. George M. Mac Gill : « Extracts from reports suggesting a modification in the method of amputation by preserving the periosteum to cover the ends of bone, with remarks on amputation at the knee. »

Puisqu'il est question de documents historiques, M. *Le Fort* fait remarquer que Larghi, de Verceil, a publié en 1849 un mémoire sur l'amputation sous-périostée; ce chirurgien décrit un procédé analogue à celui de M. Houzé de l'Aulnoit.

Si la discussion s'engageait sur ce point, M. *Demarquay* aurait aussi des revendications à faire en faveur de son maître, Blandin.

— M. *Magitot* lit un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. Haas, de Sarreguemines : Sur la nécrose produite par les vapeurs de phosphore.

Suivant M. Haas, les accidents débutent par une douleur de dents, ou odontalgie simple; tantôt, dit-il, les dents sont cariées, tantôt elles sont saines mais s'ébranlent et tombent. Le terme odontalgie est vague; il s'adresse à un certain nombre d'altérations des dents très-diverses et trop souvent confondues. M. Haas ne s'explique pas sur ce point, ce qui est vraiment regrettable, car nous touchons ici au problème si obscur encore du mode de pénétration de l'agent altérant au sein des mâchoires.

Plusieurs opinions sont, comme on sait, en présence. L'une admet que la seule voie ouverte à l'agent morbide est la carie dentaire; elle a été indiquée dès 1845 par Dietz, puis adoptée par M. Lailler et M. Broca. Une seconde théorie fait pénétrer les vapeurs phosphorées par le bord gingival, à l'exclusion de toute autre voie; elle a été émise pour la première fois par Strohl; elle est défendue aujourd'hui par M. Trélat. Mentionnons pour mémoire la doctrine de Lorinser, aujourd'hui abandonnée, et par laquelle une intoxication générale phosphorique aurait pour manifestation élective la nécrose des maxillaires.

A ceux qui nient le rôle d'une carie dentaire, M. Magitot répond qu'il est difficile d'affirmer sur les souvenirs d'un malade ou d'après un examen le plus souvent superficiel, que le système dentaire ne présente point de carie, alors qu'il est parfois si laborieux dans une exploration attentive de discerner une altération de cette nature, souvent cachée dans un interstice dentaire ou localisée à la face postérieure d'une dent au voisinage du bord gingival. D'un autre côté, il n'est pas suffisant de constater l'existence d'une carie dentaire pour conclure que la maladie a pénétré par cette voie. Toute carie dentaire n'est pas nécessairement perméable à des agents extérieurs, liquides ou gazeux.

D'autres considérations peuvent s'appliquer à l'hypothèse de la pénétration de l'agent morbide par le bord gingival. Tantôt, en effet, les malades ont présenté une gingivite avec décollement du bord libre. On a signalé dans certaines observations un état fongueux et purulent de la gencive au pourtour d'une dent ébranlée; mais dans cette dernière circonstance il est facile de voir que déjà la nécrose est produite, de sorte que la suppuration de l'alvéole est un accident secondaire et non primitif de la maladie.

En résumé, la pathogénie de la nécrose phosphorée reste extrêmement obscure. Mais il y a un fait qui semble indiscutable, c'est que la nécrose débute invariablement par la portion alvéolaire du maxillaire. Un autre point aussi indiscutable c'est que le processus morbide commence par une périostite alvéolaire.

On a admis depuis longtemps que la nécrose phosphorée présentait des caractères spéciaux qui seraient de nature à la différencier des nécroses d'une autre origine. M. Haas partage cette opinion. Ces caractères seraient d'une part la tendance à l'envahissement, d'autre part la nature de la réparation osseuse, la physionomie des ostéophytes. M. Magitot pense, contrairement à l'opinion de l'auteur, que la nécrose phosphorée ne diffère au fond que par sa cause des autres formes de nécrose des mâchoires.

En ce qui concerne le mode d'action des vapeurs phosphorées, M. Haas suppose que le phosphore, transformé en acide phosphorique, se dissout dans la salive. Avant d'élucider ce point, il faudrait étudier chimiquement les vapeurs qui s'échappent de la pâte phosphorée.

---

une autre secte plutôt politique que religieuse; ses adhérents s'appellent *Bejas* et n'accordent aux descendants de Mahomet aucune de ces grandes prérogatives qu'ils exercent, surtout dans le Hedjaz. Mais la secte qui fit le plus de progrès fut celle des Wahabites, fondée par Mohammed-ebn-Abd-el-Wahab, qui naquit à Horeymelah vers le milieu du siècle dernier.

Ce puissant réformateur eut pour but de dégager le plan fondamental de Mahomet des altérations que lui avaient fait subir depuis onze siècles une foule de commentateurs divers, de races différentes. Il retrouva parmi les ruines la clef de voûte de l'édifice islamite et conçut le projet hardi de la remettre à sa place primitive.

Cette clef de voûte, cette idée mère, de laquelle découle le système entier, est contenue dans la phrase si souvent répétée, si rarement comprise : « *La Ilah illa Allah; il n'y a d'autre Dieu que Dieu* » (1).

Car, pour Mahomet, non-seulement Dieu est unique, il n'y a qu'un Dieu, mais encore Dieu est le seul agent, la seule force, la seule action qui existe et toutes les créatures, matière ou esprit, instinct ou intelligence sont purement passives.

Aussi, suivant le Coran : « *Kema yeshao; les choses sont ce qu'il plaît à Dieu. Allah Kerim : Dieu est grand.* »

D'où le fatalisme des Orientaux, dont on a souvent parlé sans le comprendre.

Le réformateur Nedjeen avait conçu le projet de faire revenir l'islamisme à son point de départ, à son type primitif et il avait raison, puisque l'islamisme est stationnaire de sa nature.

Quoi qu'il en soit, on peut voir quelle influence désastreuse le mahométisme a eu sur les peuples qui l'ont embrassé et plus particulièrement sur les Arabes. Les résultats sont la pierre de touche des systèmes. L'abaissement des intelligences, la cor-

(1) Le second dogme fondamental qui domine l'enseignement religieux du Coran est, après l'unité de Dieu, la croyance au jugement universel, par lequel tout homme sera récompensé ou puni selon les rapports que l'islamisme, la prière et les bonnes œuvres auront établi entre lui et son créateur.

M. Haas, suivant en cela une idée déjà formulée par Billroth, conseille de pratiquer prématurément, au début de la nécrose, l'ablation totale du maxillaire atteint, ou au moins la résection bien au delà de la partie nécrosée. M. Magitot ne pense pas que la Société donne son approbation à un procédé aussi radical.

— M. *Duplay* présente la photographie d'un enfant de dix mois qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche compliqué de division de la voûte palatine. Les deux lèvres de la division étaient situées tout à fait sur un plan différent. Il résultait de cette inégalité de niveau des portions osseuses une difficulté énorme de faire disparaître la difformité à l'extérieur. M. Duplay songea à utiliser cette saillie pour la restauration. Il fractura la lèvre droite de la division osseuse qui était saillante et la rapprocha de la partie gauche ; avivement et suture osseuse. Rien de particulier dans la réunion des parties molles. Trois jours après l'opération deux dents incisives ont poussé sur la partie fracturée de l'os.

— M. *Ch. Périer* présente une anomalie de l'œsophage. Il s'agit d'un enfant né à terme, avec les apparences de la plus parfaite santé. Chaque fois qu'il essayait de teter, il suffoquait et rejetait le lait ingéré. Le cathétérisme de l'œsophage indiquait une oblitération à 12 centimètres du bord gingival supérieur. L'enfant mourut d'inanition au bout de sept jours.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage terminé en cul-de-sac à 4 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur du larynx, à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée. La trachée avait son apparence normale jusqu'à sa bifurcation ; elle émettait les deux bronches, également normales, mais semblait se continuer directement avec un conduit purement membraneux, lequel traversait le diaphragme pour s'aboucher dans l'estomac. Le bout supérieur de l'œsophage est oblitéré, tandis que le bout inférieur s'abouche dans la trachée au point même où celle-ci se bifurque.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

DES GLANDES DE L'ESTOMAC : M. LÉPINE. — INJECTION INTRA-VEINEUSE D'EAU CHEZ UN CHIEN, SUIVIE DE MORT : M. LABORDE. — ACTION TOXIQUE DE L'ACIDE OXALIQUE : M. RABUTEAU. — EXAMEN DES GLOBULES DU SANG DANS L'ANÉMIE SATURNINE : M. MALASSEZ. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE DOSAGE DE L'OXYGÈNE DANS LES LIQUIDES : M. QUINQUAND.

M. *Lépine* a fait plusieurs expériences dans le but d'examiner si l'on ne pourrait retrouver dans les glandes à pepsine de l'estomac la preuve de l'existence d'une sécrétion acide. M. Cl. Bernard avait autrefois conclu de ses expériences que la surface de la muqueuse de l'estomac présente seule des réactions de nature à démontrer à la présence d'un acide, mais des recherches faites en Allemagne semblaient, suivant leurs auteurs, permettre de croire à la formation d'un acide dans l'intérieur même des glandes de l'estomac. M. Lépine, expérimentant sur des chiens tués par la section du bulbe, et chez lesquels il prend la muqueuse stomacale pour s'en servir comme membrane d'un appareil à dialyse, a constaté que cette muqueuse, mise en rapport d'un côté avec une solution de ferrocyanure de potassium, de l'autre avec du sulfate de fer, se colore partiellement. Le bleu de Prusse ne se forme qu'à la surface muqueuse, mais non dans les culs-de-sac glandulaires. L'auteur de ces recherches conclut qu'il n'y a pas de sécrétion d'acide, ni de cellules à réaction acide, dans les glandes à pepsine. Il remarque que ce sont là des résultats négatifs, mais ils offrent cette importance de confirmer les recherches antérieures de M. Cl. Bernard.

— M. *Claude Bernard* rappelle que ses expériences ont prouvé qu'il n'y avait pas de glandes acides proprement dites dans l'estomac, la formation de l'acide se fait à la surface de la muqueuse, elle se produit alors qu'on a largement hydrotomisé l'estomac au moyen de l'injection d'eau par l'aorte ; si même on a employé pour l'hydrotomie une injection alcaline, en vingt-quatre heures la surface muqueuse était devenue acide.

— M. *Laborde* présente les viscères d'un chien mort à la suite de l'injection d'un litre d'eau tiède. Il y a dans les poumons des infarctus et des lésions de l'apoplexie; à la paroi interne du cœur gauche, on remarque des ecchymoses. De plus, l'estomac et les intestins sont le siége d'une hypérémie considérable avec coloration violacée, tuméfaction de la muqueuse, lésions de date ancienne qui doivent être, suivant l'auteur, la conséquence de l'absorption quotidienne de sulfocyanure de potassium à la dose de 1 gramme pendant quatre mois.

L'expérience est malheureusement complexe, mais M. Laborde, se basant sur d'autres recherches, croit pouvoir déterminer la part de l'injection veineuse et celle du sulfocyanure.

— M. *Rabuteau* a constaté que l'acide oxalique est toxique employé à l'état de combinaison saline, et en particulier d'oxalate de soude ou de potasse ; ce poison produit des convulsions, le sang prend une coloration vermeille, l'examen au spectroscope montre que l'hémoglobine est altérée, et l'auteur croit pouvoir conclure dès à présent que l'acide oxalique est un poison hématique.

— M. *Malassez* communique les conclusions de nombreuses observations faites sur le sang des saturnins à l'aide de l'appareil dont il est l'inventeur, et qui permet la numération des globules du sang. Les résultats obtenus sont fort intéressants, ils démontrent l'anémie par diminution du nombre des globules rouges, le chiffre normal moyen de 4 500 000 s'abaisse

ruption des mœurs, la guerre au dehors, au dedans la discorde, sous toutes les formes, exerçant leurs ravages dans la famille, dans la société, dans l'État; les convulsions du fanatisme alternant avec une torpeur léthargique, une prospérité passagère suivie d'une longue décadence, tel est le tableau que présente l'histoire des races mahométanes. Le pays modèle de l'islam, le royaume d'utopie du Coran, l'empire Wahabite, en un mot, fournit un exemple frappant des effets démoralisateurs du mahométisme.

Au sein de l'empire romain, corrompu par les plaisirs, souillé par les vices, avili par l'esclavage, le christianisme était né pour régénérer le monde ; au sein du désert et de la liberté, chez un peuple plein de jeunesse et de vigueur, Mahomet a comprimé, par son Coran, l'essor d'une civilisation progressive; les Arabes ont payé de leur avenir l'immense succès qui leur soumit, pour quelques années, une partie de l'univers.

A. Bubz.

Conseil municipal. — *Vaccine. Vérification des décès.* — Dans la séance du 28 novembre, M. Depaul a constaté que le service des vaccinations est très-mal fait dans les arrondissements de Paris. L'organisation municipale de la vaccine est presque nominale. C'est à peine si, sur vingt mairies, trois ou quatre communiquent à l'administration centrale les documents relatifs à cette importante question. Il faut aussi reconnaître que le crédit de 10 000 francs alloué pour ce service est complétement insuffisant. M. Depaul voudrait qu'une commission composée d'hommes compétents pût examiner la question, et que M. le préfet fût invité à prendre à ce sujet l'avis de l'Académie de médecine.

— Dans la séance du 6 décembre, une assez vive discussion s'est engagée au sujet de l'utilité des médecins qui inspectent le service de vérification des décès. Après des observations faites à ce sujet par MM. Depaul et Hérod, l'incident a été clos. M. Collin a exprimé le vœu que les cercueils des pauvres, dans les hospices et ailleurs, ne soient plus cloués à grands coups de marteau, et qu'on remplace les clous par des vis. M. le préfet s'est montré sympathique à ce vœu et a promis de faire ce qui sera possible, en attendant le renouvellement du traité de la Ville avec les pompes funèbres.

pendant les accidents aigus de 3 600 000 à 3 200 000. La durée de la profession, l'âge, l'acuité de l'intoxication, se chiffrent par des différences dans le nombre des globules ; l'action des purgatifs répétés se traduit par une augmentation dans le nombre des globules rouges. De plus, les globules augmentent de volume, ils présentent un diamètre de 9 à 10 millièmes de millimètre au lieu de 7, moyenne normale. Des calculs montrent que l'augmentation de volume ne compense pas la diminution de nombre, et même elle serait une cause de ralentissement de l'activité circulatoire dans les fins capillaires. Il y a donc, chez les saturnins, de l'hypoglobulie, et l'auteur pense qu'elle est due à la diminution du processus de formation des globules rouges.

M. *Bouchard* constate que les résultats obtenus par la numération des globules sont d'accord dans leur ensemble avec ceux que lui a fournis le dosage de l'urochrome de l'urine des saturnins, mais ce dernier procédé lui a montré que la proportion d'urochrome devient considérable à la période des accidents aigus, coliques, arthrite, troubles encéphalopathiques ; il y a ainsi lieu de croire à une activité considérable de la destruction des globules rouges dans la période aiguë, à ce point que lorsque les reins ne suffisent pas à l'élimination de l'urochrome résultant de la destruction des globules rouges, on voit survenir l'ictère hématique. Il faut donc conserver des réserves sur l'explication théorique proposée par M. Malassez, laquelle est d'ailleurs indépendante des résultats obtenus par lui.

— M. *Quinquaud* présente un appareil qui permet le dosage de l'oxygène dans des liquides, alors que la quantité en est des plus minimes.

A. Hénocque.

REVUE DES JOURNAUX.

The febrifuge Properties of the cinchona alkaloids: cinchonia, quinidia, by Joseph Dougall, surgeon Madras army.

L'Angleterre est particulièrement en mesure, grâce à l'étendue et à l'organisation de ses possessions dans les Indes, de répondre aux questions que soulève l'étude des propriétés comparées des divers alcaloïdes du quinquina.

La Gazette hebdomadaire a toujours suivi avec intérêt les efforts que nos voisins d'outre-Manche font dans ce sens. Dans son numéro de l'année 1872 (18 octobre), elle a rappelé les expériences qui avaient, sous les auspices du gouvernement de l'Inde, été entreprises sur les alcaloïdes du quinquina, et notamment sur le cinchonine. Enfin, dans le numéro 10 de cette même année (7 mars 1873), nous publiions sur la cinchonine, à propos du discours prononcé à l'Académie par M. Briquet, un document qui nous était communiqué par un médecin militaire à l'armée des Indes, M. Edward Nicholson. La cinchonine, disait notre correspondant, guérit seulement les fièvres *peu fortes* à la dose de 1gr,50.

L'article du journal d'Edimbourg dont nous parlons aujourd'hui confirme en partie ce que nous disions il y a quelques mois. Il complète notre précédent document par des renseignements nouveaux sur la quinidine et la cinchonidine.

Le travail de Dougall repose sur 108 cas de fièvre intermittente traités en juillet, août, septembre, novembre et décembre, par les trois alcaloïdes : quinidine, cinchonine, cinchonidine. La plupart de ces cas revêtaient le type quotidien, sauf 16 fièvres tierces, 2 quartes et 2 types ébauchés qui n'étaient peut-être que des fièvres éphémères.

La quinidine a été donnée dans 39 cas, la cinchonidine dans 35, la cinchonine dans 34. Tous les 108 cas guérirent, sauf un seul, qui prit insensiblement le type rémittent. Dans 37 cas, il n'y eut plus aucun paroxysme après la première dose ; le médicament ne fut donné qu'un jour.

Dans 30 cas, le traitement dut être continué pendant deux jours.

Dans 14 cas, pendant trois jours.

Ainsi, dans 71 cas (les deux tiers du total), la fièvre a été arrêtée dès le début.

Si donc, au point de vue de la cure, les trois alcaloïdes se sont montrés à peu près égaux eu égard aux résultats obtenus, ils cessent de l'être lorsque l'on compare la dose nécessaire de chacun d'eux.

La dose de quinidine a été, *au minimum*, de 31 grains (1gr,86); celle de cinchonidine, de 43 grains (2gr,58); celle de cinchonine, de 54 grains (3gr,24). La quinidine est donc le plus puissant de ces trois alcaloïdes, la cinchonine le moins. Enfin la quinidine elle-même est environ des deux tiers ou des trois quarts moins énergique que la quinine.

Étudiée sur des sujets en bonne santé à la dose de 60 à 90 centigrammes, la quinidine a donné des nausées, de légères coliques; à la dose de 1gr,80, des vomissements bilieux. Elle donne plus de vertiges, plus de tintements d'oreille, de surdité et de céphalalgie que la cinchonine.

Les faits constatés par Dougall sont dignes d'intérêt; ils concordent avec ce qu'écrivait le docteur Nicholson sur l'infériorité de la cinchonine, mais ils tendraient à infirmer ce qu'il disait de la cinchonidine et de la quinidine, qu'il considère comme échouant souvent.

Nous devons cependant reconnaître que la supériorité de la quinidine sur les deux autres alcaloïdes qu'il a étudiés, constatée par Dougall, nous semble plus en rapport avec ce que nous savons déjà de sa constitution chimique isomère de celle de la quinine. Elle est du reste en accord avec l'opinion de Pereira, qui dit avoir guéri des fièvres aussi bien que par la quinine avec 60 centigrammes de quinidine.

L'état isomérique n'explique pas cependant une parité absolue d'action physiologique, car, d'après Dougall, la cinchonidine, sur le compte de laquelle nous étions jusqu'ici assez peu renseignés et qui est isomère de la cinchonine, possède une action très-supérieure à celle de ce dernier alcaloïde.

Nous disions (*Gaz. hebd.*, n° 10), si l'on veut nous permettre cette citation personnelle, que ce ne sont pas les substances dont les effets physiologiques sont le plus intenses, qui sont les meilleurs agents thérapeutiques ; ce sont celles dont les effets physiologiques sont le plus conformes à l'effort qu'on se propose de solliciter.

Nous citions à ce propos la cinchonine, qui donne plus de vomissements, mais moins de bourdonnements d'oreille, de troubles visuels et de sédation circulatoire que la quinine; nous disions que, si la cinchonine est inférieure à la quinine, c'est qu'elle n'a pas autant d'effets physiologiques *utiles* ; nous entendons par symptômes utiles ceux qui indiquent sur les centres nerveux une action dans le même sens que celle que les phénomènes pathologiques qu'on veut guérir semblent solliciter.

Dougall confirme cette manière de voir en montrant, d'un côté, que la quinidine qui, comme action sur la fièvre, est inférieure à la quinine, donne plus facilement qu'elle des nausées, des vomissements et des selles bilieuses; et, de l'autre, que la quinidine, qui est plus efficace contre la fièvre que la cinchonidine et que la cinchonine, donne plus de bourdonnements d'oreille et de phénomènes cérébro-spinaux que ne font ces deux alcaloïdes. (*Edinburg medical Journal*, September 1873.)

A. B.

BIBLIOGRAPHIE.

Enquête sur le goitre et le crétinisme, rapport par le docteur Baillarger. In *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène de France*, t. II. In-8 de 376 pages, 1873. — Paris, J. B. Baillière et Fils.

Dans le numéro du 5 septembre 1873, nous avons signalé à l'attention des lecteurs de la Gazette hebdomadaire la publication très-intéressante destinée à vulgariser les travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il s'agissait alors de la première partie du second volume du recueil dont la deuxième partie vient d'être livrée au public. Cette deuxième partie ne contient qu'un seul rapport; mais par son étendue, par les matériaux considérables qui s'y trouvent ramassés, par les déductions scientifiques et pratiques qui en découlent, certainement ce rapport mérite plus qu'une simple et brève mention.

Le rapport sur l'état du goître et du crétinisme en France est l'œuvre de M. Baillarger qui l'a composé d'après les éléments acquis à l'enquête longue et minutieuse entreprise sous les auspices des ministères du commerce et de l'intérieur. Il se divise en quatre parties.

La première partie traite de l'endémie du goître, du crétinisme et des rapports qui unissent l'une à l'autre ces deux maladies. On a soutenu que le goître et le crétinisme sont deux maladies essentiellement différentes; M. Baillarger et la commission admettent que ces états morbides ne sont que deux manifestations d'une seule et même endémie. Ils s'appuient sur les faits suivants :

Premier fait. — L'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître.

Deuxième fait. — Les endémies graves du goître sont toujours accompagnées d'une tendance à la dégénérescence de la race, attestée par des cas disséminés de crétinisme, ou tout au moins par des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégayement, etc.

Troisième fait. — Les crétins sont atteints de goître dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle.

Quatrième fait. — Les parents goîtreux engendrent des enfants crétins dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle, comparativement aux parents exempts de goître.

Cinquième fait. — Dans les contrées atteintes par l'endémie goîtreuse, les cas disséminés de crétinisme comparés jusqu'ici à la population générale ont été considérés, avec juste raison, comme ne formant qu'une proportion très-faible; mais ils doivent surtout être comparés à la population goîtreuse dans laquelle ils se trouvent, au contraire, dans une proportion très-forte.

La deuxième partie renferme une étude statistique très-étendue qui nous fait connaître la distribution géographique du crétinisme et du goître par départements, par arrondissements et même par cantons. M. Baillarger a reproduit sur trois cartes imprimées en couleur les principaux résultats de cette statistique.

1° Carte de la distribution géographique du goître en France.

2° Carte des variations de l'endémie du goître en France de 1816 à 1865.

3° Carte de la distribution géographique du crétinisme et de l'idiotie en France.

Il est affligeant d'avoir à constater qu'au bas mot 420 000 de nos compatriotes sont goîtreux.

Dans la troisième partie, l'auteur du rapport étudie l'étiologie du goître et du crétinisme. On a émis trois opinions principales sur cette étiologie. Les uns font provenir le goître et le crétinisme de causes occasionnelles communes : humidité très-grande, privation de lumière, défaut de ventilation des lieux et des eaux, etc. Les autres supposent qu'il s'agit d'une intoxication par un poison tellurique analogue au poison de la *malaria*. Les derniers, enfin, admettent que l'absence de l'iode dans l'air, dans le sol et surtout dans les eaux, est la cause de tout le mal. Eh bien, M. Baillarger, prenant à partie chacune de ces opinions, démontre que ces causes occasionnelles n'ont aucun rapport constant avec la production du goître et du crétinisme. Il rejette surtout l'idée que le défaut d'iode puisse occasionner ces maladies, car, dit-il, l'endémie du goître règne dans des contrées dont l'air est normalement iodnré et en épargne d'autres dans lesquelles il est privé d'iode. Il en est de même de l'absence de l'iode dans les eaux : en effet, toutes les eaux séléniteuses, étant privées d'iode, devraient donner le goître, et des observations très-nombreuses prouvent que cela n'est pas.

Quelle est donc la cause occasionnelle du goître et du crétinisme? Voici les conclusions du rapport :

« Bien que, dans l'état actuel de la science, il ne paraisse pas possible de formuler une doctrine étiologique définitive, néanmoins l'ensemble des faits recueillis jusqu'ici tend à démontrer que l'endémie du goître et du crétinisme est due à un agent toxique spécial, contenu dans les eaux potables et peut-être aussi dans les plantes alimentaires. Malgré de nombreuses recherches, la nature de cet agent est jusqu'ici restée tout à fait inconnue.

L'endémie du goître, accompagnée ou non de quelques cas isolés de crétinisme, peut se développer malgré l'existence de bonnes conditions hygiéniques, mais l'endémie du crétinisme semble exiger le plus souvent, outre l'action toujours nécessaire de la cause toxique, le concours d'un certain nombre de causes secondaires, parmi lesquelles il faut citer au premier rang l'humidité de l'air, sa viciation par des miasmes, l'insalubrité des habitations, l'extrême misère et aussi le défaut de croisement des races.

Quand le goître et le crétinisme se sont développés dans une contrée sous l'influence de causes endémiques, il est certain qu'après plusieurs générations l'hérédité contribue à la propagation des deux maladies, mais spécialement à celle du goître. »

Il est très-facile de suivre cette influence incontestable de l'hérédité dans le tableau généalogique de la famille Delormel qui a été fourni à l'enquête par M. le docteur Labitte, de Clermont-en-Beauvoisis.

La quatrième partie nous indique quelles devraient être les mesures prophylactiques qui pourraient être appliquées immédiatement dans les communes les plus gravement atteintes, et aussi quelles devraient être les mesures qu'on devrait chercher à appliquer le plus rapidement possible, dans la limite des ressources disponibles, parmi celles dont on ne saurait espérer l'exécution immédiate.

Ce long et remarquable rapport est complété par une note additionnelle sur le goître épidémique. Nous y trouvons les deux affirmations suivantes :

« Le goître épidémique ne doit pas être distingué du goître endémique ordinaire.

» Le goître épidémique n'a été observé que dans les villes atteintes par l'endémie goîtreuse, ou très-voisines de localités où cette endémie existait déjà. Il se manifeste en général chez des jeunes sujets venant d'une contrée saine et qui vivent, plus ou moins agglomérés, dans les casernes ou les pensionnats. »

Tel est ce travail, dont nous ne pouvons mieux terminer la rapide analyse qu'en reproduisant les paroles adressées au ministre de l'agriculture et du commerce par le président de la commission en lui présentant ce rapport. Après avoir déclaré que le nom de M. Baillarger doit être placé en tête de cette œuvre, M. le professeur Tardieu ajoute : «... De tels travaux sont de ceux qui honorent et engagent un gouvernement, car ils lui fournissent les moyens de réaliser une grande réforme humanitaire et sociale et de faire disparaître une des plus cruelles infirmités qui affligent les populations. »

V. A.

Index bibliographique.

Quelques réflexions sur la cocotte et le typhus de la race bovine; théorie ou sommeil, par le docteur Pigeon. — Broch. in-4. Nevers.

Il s'agit d'abord d'une critique de la communication faite sur ce sujet à l'Académie de médecine. L'auteur cherche à démontrer que la maladie n'est ni virulente ni contagieuse. Puis à ce travail l'auteur en a joint un autre relatif au sommeil. Le sommeil est pour lui le résultat de la déperdition de l'électricité animale.

Du massage, des frictions et des manipulations, par M. R. Laisné. — Broch. in-8. Paris, J. B. Baillière.

Cette brochure, de près de 200 pages, mérite d'être consultée par les praticiens. Elle émane d'un homme qui depuis longtemps a fait ses preuves dans les hôpitaux de Paris, sous les yeux des chefs de service, ainsi qu'en témoignent des rapports, lettres, déclarations émanés de Blache, Lélut, Mitivié, sans compter des observations publiées par des praticiens honorables et instruits; le tout réuni par l'auteur dans une *Introduction*. On trouve d'ailleurs dans cette brochure non-seulement les résultats obtenus par le massage, les frictions et les manipulations, mais un exposé complet du *modus faciendi*.

Traité pratique d'auscultation appliquée au diagnostic des maladies des organes respiratoires, par le docteur L. Mailliot.—1 vol. in-8. Paris, J. B. Baillière.

Compilation où ne se fait guère remarquer l'empreinte de l'expérience personnelle, et dont nous ne croyons pas devoir faire une analyse détaillée.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris. — Dans un article inséré au Journal officiel, nous lisons que sur 1000 examens de divers degrés, de bonnes notes ont été obtenues par 524 élèves en 1872, et 582 en 1873.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Estor (Pierre-André-Marie-Alfred), docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale et toxicologie.

Diplômes espagnols. — Le chargé d'affaires de France à Madrid, M. de La Rochefoucauld, a adressé, le 3 octobre, au ministre des affaires étrangères la dépêche suivante :

« Par sa dépêche du 15 septembre dernier, Votre Excellence m'a fait l'honneur de me demander, au nom de M. le ministre de l'instruction publique, si le titre de licencié en médecine, en Espagne, suppose quatre années d'études, ou bien s'il équivaut seulement au grade d'officier de santé. Sous l'ancienne législation, le titre de licencié en médecine ne s'obtenait qu'après six années d'études et donnait le droit, à celui qui en était muni, d'exercer la médecine par toute l'Espagne. Il en est encore de même, quant aux prérogatives du titre; seulement, depuis que, par décret du 21 octobre 1868, l'enseignement a été déclaré libre en Espagne, l'obtention des titres académiques, tout en restant soumise aux mêmes sujets d'études et aux examens spéciaux et généraux, a cessé d'être restreinte à un nombre déterminé d'années d'assistance aux cours. Il en résulte que, maintenant, le grade de licencié en médecine peut être donné après quatre ans d'études, si, aux examens, le candidat est reconnu capable. Pour arriver au grade de docteur, le licencié doit suivre, pendant un an, un cours à l'Université centrale; mais ce grade supérieur ne lui donne pas davantage la faculté d'exercer la médecine.

Promotions. — Ont été promus :

1° *Au grade de médecin principal de première classe :* M. Lecomte (Pierre-Onésime-Nicolas).

2° *Au grade de médecin principal de deuxième classe :* MM. Jeaux (Claude-Pierre-Amédée), et Leroux (Henri-Alfred).

3° *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. Julia (Théophile-Paul-Jean); Dujardin-Beaumetz (Armand-Napoléon-Thadée); Nublat (Henri-Michel-Gaspard); Casteran (Pierre-Jacques-Adolphe); Kraus (Henri-Conrad-Roch); Ladoire (Jean-Évangéliste-Ernest); Conquet (François-Joseph); Huguet (Pierre-François-Jules-Émile); Hennequin (Charles James); Cazeneuve (Jacques); Virlet (Nicolas-François); Halbron (Lehmann).

Service de santé militaire. — Dans la commission mixte chargée d'étudier le fonctionnement du service de santé militaire dans les hospices civils, MM. Larrey et Poggiale, admis à la retraite, ont été remplacés par MM. Cazalas et Jeannel.

Conseils académiques. — Dans la deuxième délibération qui vient d'avoir lieu à l'Assemblée nationale sur la composition de ces conseils, un amendement présenté par notre confrère M. Bouisson a été adopté. Il introduit dans les conseils académiques (outre le doyen de chacune des Facultés comprises dans les circonscriptions et les directeurs des écoles secondaires déjà admis), les directeurs des écoles supérieures de pharmacie.

Choléra. — Depuis quelques jours la ville de Munich est désolée par la réapparition soudaine et très-menaçante du choléra, alors qu'on s'en croyait définitivement délivré. Les journaux du lieu assurent que le gardien des tours de Notre-Dame de Munich, qui demeure à 330 pieds au-dessus du sol, est mort aussi d'une attaque de choléra, quoique aucune personne ne fût montée chez lui pendant toute la durée de l'épidémie. Il avait l'habitude de se faire monter ses vivres par le moyen d'un treuil. D'après la Gazette d'Augsbourg, il est fortement question de suspendre les réunions de la Chambre et de licencier les élèves des écoles populaires de Munich, à cause des progrès de l'épidémie. Du 29 au 30 novembre, il y a eu 35 cas, dont 13 décès, quelques-uns foudroyants; du 30 novembre au 1er décembre il y a eu 20 nouveaux cas et également 13 décès».

— Voici le bulletin sanitaire du 1er au 10 novembre à Bucharest:

Choléra, 101 cas, 66 morts; angine, 33 cas, 27 morts; variole, 58 cas, 37 morts.

Homœopathie. — En Italie, un professeur suppléant de la Faculté de Naples vient de demander l'autorisation d'ouvrir un cours d'homœopathie. La Faculté a refusé l'autorisation, en déclarant « que la médecine rationnelle qui s'enseigne sur les bases des sciences naturelles exclut aussi bien l'allopathie que l'homœopathie et les autres systèmes absolus. » (*Il Morgagni.*)

Hippophagie. — Pendant le troisième trimestre de 1867, on a livré à la consommation, à Paris, 418 chevaux, 7 ânes et 10 mulets. Pendant le troisième trimestre des années suivantes, voici les chiffres : en 1869, chevaux, 599, ânes, 27, mulets, 0; en 1871, chevaux 624, ânes 82, mulets 10; en 1873, chevaux 1548, ânes 140 et mulets 15, qui ont fourni 303 970 kilogrammes de viande nette, c'est-à-dire non compris le cœur, le foie, la cervelle, la langue, etc., dont on fait usage comme de ceux du bœuf.

— D'après les calculs d'une feuille médicale de Kiew, la Médecine contemporaine, il n'y aurait en Russie qu'un médecin pour 14116 habitants, tandis qu'en Prusse la proportion est de 1 à 3230, en Autriche de 1 à 4355, et en Hongrie de 1 à 5492. Le nombre total des étudiants en médecine monte en Russie à 1922, tandis qu'en Allemagne il s'élevait à 3978 dans le semestre de l'hiver passé.

État sanitaire de Paris :

Du 29 novembre au 5 décembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 745 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 19. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 63. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 196. — Affections chroniques, 321, dont 158 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 46.— Causes accidentelles, 25.

Londres : Population, 3 356 073 habitants. — Décès du 23 au 29 novembre 1873, 1585.—Variole, 3; rougeole, 121; scarlatine, 16; fièvre typhoïde, 33; érysipèle, 12; bronchite, 285; pneumonie, 127; dysentérie, 2; diarrhée, 15; choléra nostras, 2; diphthérie, 8; croup, 26; coqueluche, 34; autres, 901.

Sommaire. — **Paris.** Académie de médecine de Belgique : De la déformation des globules rouges du sang. — Académie de médecine de Paris : Signes de la mort réelle. — **Travaux originaux.** Ophthalmologie : Des procédés d'extraction de la cataracte et spécialement de l'extraction médiane. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — **Congrès scientifiques.** Congrès médical de Vienne. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** The febrifuge Properties of the Cinchona alkaloids : cinchonia, quinidia. — **Bibliographie.** Enquête sur le goître et le crétinisme. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Le pèlerinage de la Mecque.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

VINGTIÈME ANNÉE. № 51. 19 DÉCEMBRE 1873.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 décembre 1873.

Académie de médecine : SIGNES DE LA MORT RÉELLE.

La courte discussion qui s'est engagée mardi dernier à l'Académie sur les signes de la mort réelle n'est pas de nature à apporter de modifications sensibles dans les appréciations de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Cette discussion a porté principalement sur les recherches ophthalmoscopiques et thermométriques entreprises par quelques-uns des concurrents au prix d'Ourches.

On s'est étonné que l'un d'eux ait noté la *décoloration* de la rétine parmi les signes de mort, la rétine étant une membrane *transparente*; mais, ainsi que l'a dit M. Gavarret, ce fait de la transparence de la membrane rétinienne était parfaitement connu de l'auteur très-distingué du mémoire où les observations sont consignées; mais ses affirmations portent précisément sur l'absence, en cas de mort réelle, de la coloration communiquée à la rétine *vivante* par la circulation capillaire. La distinction est-elle aussi claire, aussi facile qu'on l'a dit ? C'est une autre question.

Sur la valeur des déterminations thermométriques, nous croyons pouvoir maintenir ce que nous avons avancé. Qu'un individu en état de mort apparente se refroidisse de la même manière qu'un cadavre, parce que les actes chimiques sont en lui suspendus; qu'il en soit ainsi chez la marmotte ou le hérisson, nous l'accordons à M. Colin. Mais ce n'est pas tout à fait de cela qu'il s'agit; d'autant plus que, si l'on procédait par présomption, on devrait admettre que, l'arrêt absolu des actes chimiques dans l'organisme humain équivalant à la mort, la température ne saurait tomber aussi bas dans la mort apparente que dans la mort réelle. En fait, il s'agit de savoir, comme l'ont rappelé MM. Béclard et Gavarret, quel est, *chez l'homme*, le plus bas degré de température compatible avec la vie. Or, suivant la commission, il n'y a pas d'exemple d'individus ayant survécu après un abaissement de leur température animale au-dessous de + 20 degrés. La commission s'est-elle trompée ? Il faudrait alors en fournir la preuve. Notons, en attendant, que, chez la femme tombée de froid ou d'ivresse dont a parlé M. Chauffard, et qui est revenue à la vie, le thermomètre introduit dans le rectum et dans le vagin marquait encore + 26 degrés.

Les conclusions de la commission ont été très-bien défendues par M. Devergie.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DE LA MORT PAR ÉTHÉRISATION.

La question de la léthalité de l'éthérisation est en ce moment à l'ordre du jour à Boston, ville qui fut, comme on sait, le berceau de l'anesthésie. C'est à l'Hôpital général de Massachusetts que l'éther sulfurique fut administré pour la première fois par Morton de manière à produire l'anesthésie chirurgicale, l'opérateur étant J. C. Warren. La grande question du degré de mortalité que comporte l'emploi des deux principaux agents anesthésiques, l'éther et le chloroforme, vient d'être soulevée par deux cas récents de mort pendant l'anesthésie. L'un de ces cas vient d'avoir lieu à Boston, le 11 novembre dernier; il s'agissait, en peu de mots, d'une femme qui fut endormie *incomplétement* par un dentiste au moyen d'un mélange de chloroforme (40 parties) et d'éther (60 parties); la malade, assise et portant un corset serré, s'est débattue en criant pendant l'avulsion de la dent; elle a eu ensuite un accès de convulsions cloniques puis toniques, suivi de mort en quelques minutes. Comme ce fait intéressant, dont les détails sont encore mal connus, est en train de subir une investigation très-minutieuse, je me borne à cette courte mention, me réser-

FEUILLETON.

Leibniz, physiologiste, naturaliste et médecin, travail lu le 12 juillet 1873 à l'Académie des sciences morales et politiques (1).

Leibniz a été versé dans la physiologie et dans la médecine autant que Descartes, Locke et Berkeley; il y a consacré des méditations mémorables, des études curieuses, des écrits originaux, et si, par la seule teneur et la vertu propre de ses doctrines métaphysiques, il a une grande part dans l'avancement de la physiologie et de la médecine, il y a coopéré aussi par une action concrète et immédiate; je veux dire par les conseils et les avis qu'il a donnés, par l'inspiration qu'il a communiquée à plusieurs médecins célèbres. Comme le philosophe de Hanovre n'a encore été, sous ce rapport, l'objet d'aucune étude, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à combler cette lacune.

Chez Descartes, la doctrine de la vie est une conséquence rigoureusement logique de la doctrine générale du monde. Ce grand révolutionnaire spéculatif veut tout expliquer par des facteurs extensifs et mécaniques, tout hormis la pensée, qu'il considère comme l'attribut de quelque chose dénué de rapports avec l'étendue et le mouvement. Ramener impérieusement les phénomènes vitaux à des facteurs de cette sorte, c'était la négation radicale de la vie, c'était l'automatisme. Chez Leibniz, la doctrine de la vie découle pareillement de la doctrine du monde; mais, pour le philosophe de Hanovre, le monde est déjà plein de vie, la vie y est déjà en balance avec

(1) Comme ces études sur Leibniz ont été faites à des époques et dans des circonstances bien diverses, nous ne nous sommes pas toujours servi de la même édition. Nous citons tantôt Dutens, tantôt M. Janet, tantôt M. Foucher de Careil. L'éditeur sera toujours indiqué dans les notes. — Je suppose connue la théorie de la matière de Leibniz, qui a été excellemment exposée par Maine de Biran, par MM. Secretan, Albert Lemoine, Nourrisson, Foucher de Careil, etc.

vant de compléter ces renseignements plus tard, lorsque tous les détails auront été réunis. Mais je me hâte de faire remarquer que ce cas de mort, qui dans les premiers jours qui l'ont suivi a été imputé à l'éther, revient, au contraire, au *chloroforme;* on sait que ce dernier joue le principal rôle anesthésique et toxique dans tout mélange à parties sensiblement égales des deux agents. (Voy. un article de Robert Ellis in *Med. Times* et *Gaz. hebd.*, du 9 mars 1867.)

Le deuxième cas, survenu en Angleterre, est très-différent du premier; l'agent anesthésique employé cette fois était bien *l'éther sulfurique.* Comme la lettre suivante, adressée à la rédaction du British Medical Journal par le professeur H. J. Bigelow, contient à la fois la relation du fait lui-même et l'interprétation dont il paraît être justiciable, et comme elle émane d'un chirurgien des plus autorisés en ce qui a trait à l'éthérisation, je ne puis mieux faire que de la reproduire intégralement, en l'empruntant au Medical and Surgical Journal de Boston du 20 novembre; les lecteurs seront alors en possession des principales pièces du procès et pourront juger de la part qui revient à l'éther dans la production de l'accident mortel qui lui est imputé. Avant de céder la parole à M. Bigelow, je ferai observer que les remarques qu'il fait au sujet de ce cas particulier peuvent et doivent s'appliquer à un grand nombre des cas de mort que reprochent à l'éthérisation les partisans du chloroforme. Voici maintenant la lettre de M. Bigelow, qui a été provoquée par une interpellation directe adressée aux chirurgiens de Boston :

Au rédacteur du British Medical Journal :

Monsieur,

Votre journal du 11 octobre contient l'avis suivant : « Nous avons cette semaine à enregistrer un cas de mort par l'inhalation de l'éther, survenu à South Hants Infirmary. Nous serions désireux de savoir ce que pensent do ce fait le docteur Morgan et nos confrères de Boston. »

L'intérêt manifeste qu'inspire un cas de mort survenu pendant l'éthérisation témoigne de la rareté relative de cet accident, qui est cependant assez commun relativement avec le chloroforme ; et ceux qui connaissent déjà de longue date la sécurité et l'efficacité offertes par l'éther pourraient être tentés de trouver que l'épreuve expérimentale, dont le besoin paraît enfin s'être fait sentir en Angleterre à la suite des nombreux témoignages de la léthalité du chloroforme, s'est fait un peu trop attendre. Je me hasarde à répondre à l'appel que vous nous faites l'honneur d'adresser à vos confrères de Boston, parce que j'ai la conviction que l'éther sulfurique devra être considéré comme le meilleur des agents anesthésiques, jusqu'au jour où l'on aura découvert un nouvel agent qui soit moins odorant et moins volumineux, tout en étant aussi peu dangereux à administrer. Je n'ai pas l'intention d'aborder l'analyse de la manière d'agir de l'éther, en faisant des distinctions plus ou moins subtiles entre les actions soporifique, anesthésique et inébriative qui pourraient lui appartenir. Il est plus important maintenant de fixer l'attention sur certains points pratiques, sur lesquels les Européens n'insistent pas assez fortement; je veux parler surtout de certains détails ayant trait à l'asphyxie et à l'état du pouls, qui peuvent nous éclairer sur les différences qui existent entre ce que les journaux appellent vaguement la *mort par l'éther* et la *mort par le chloroforme.*

La statistique de l'Hôpital général de Massachusetts contient plus de 15000 cas d'éthérisation, dont 6000 ont été enregistrés depuis cinq ans. La quantité d'éther consommée ainsi pendant ces cinq années s'élève à environ 1260 kilogrammes, ce qui fait environ 200 grammes par malade; chez un malade, 2 kilogrammes d'éther furent employés dans l'espace de douze heures. En 1846, et pendant un ou deux ans après la découverte de l'anesthésie, je fus chargé de l'administration de l'éther à l'Hôpital général, et depuis cette époque jusqu'à ce jour, outre les cas d'éthérisation survenus dans ma pratique particulière, j'ai assisté à la grande majorité des cas qui se sont présentés dans cet hôpital; cependant je n'ai jamais rencontré un seul cas de mort pendant l'administration de l'éther qui ait paru déceler dans le mode d'action de cet agent l'existence d'une influence autre que celle qui caractérise d'une façon générale tous les agents anesthésiques, à savoir : une action thérapeutique progressive et graduelle qui produit les effets anesthésiques et soporifiques recherchés.

Dans un cas qui, comme le fait dont il est question, comporte des symptômes à évolution rapide et des mesures thérapeutiques très-urgentes, toute observation détaillée doit être suspecte au point de vue de l'exactitude absolue des détails; un tel rapport doit donc être accepté avec certaines réserves, et pourra surtout servir comme exemple instructif d'un incident qui aura grande chance de se reproduire dans la pratique de ceux qui adoptent l'opinion exprimée récemment dans un journal médical anglais, et suivant laquelle moins un malade respire d'air, mieux il sera éthérisé, ou qui pensent, avec certains chimistes français, que le protoxyde d'azote n'agit que par asphyxie. Personne certes ne mettra en doute l'existence de l'anesthésie asphyxique, qui est facile à vérifier expérimentalement; mais cette anesthésie de l'asphyxie, qui est nécessairement de courte durée, ne comporte pas un état d'excitation agréable; au contraire, les phénomènes de l'asphyxie commençante sont des plus pénibles et s'accompagnent d'un état livide, avec rigidité où l'asphyxie est quelque peu prononcée, ce qui explique l'anxiété que témoignent beaucoup de malades pendant l'inhalation des agents anesthésiques.

Le fait dont il s'agit est rapporté comme suit :

« David Newman, âgé de quatorze ans, scrofuleux, ayant été atteint de kératite à plusieurs reprises, fut reçu le 25 septembre 1873 dans le service du docteur Lake. Le 1er octobre, il fut conduit à l'amphithéâtre

---

la géométrie. A plus forte raison, les phénomènes vitaux proprement dits y conserveront-ils l'irréductible autonomie et la prérogative caractéristique qui les distinguent. Leibniz voit la vie partout, même où il est permis de croire qu'elle n'existe pas. C'est une réaction contre Descartes, qui ne l'avait vue nulle part, même où elle existe.

Il faut d'abord établir la doctrine de l'auteur de la *Monadologie* touchant la vie considérée comme l'activité manifeste des êtres organisés. Il y aura lieu ici d'admirer la vertu de la méthode intuitive. Cette méthode, au sujet de laquelle je compte soumettre des réflexions spéciales à l'Académie, peut être définie sommairement : la conjonction constante du monde avec l'âme, seule réalité directement connue, c'est-à-dire l'explication du monde d'après les analogies perçues entre les phénomènes extérieurs et le phénomène intérieur de nous-mêmes, notre unique lumière, la raison. C'est cette méthode, dont contestent la légitimité et même l'utilité, ceux qui ne la peuvent ni comprendre ni appliquer, qui a été l'instrument de Leibniz dans les dispositions dont l'exposé va suivre, et il y autant d'intérêt métaphysique que d'intérêt historique dans ce spectacle de la rencontre de l'âme d'un Leibniz avec le mystère caché des opérations de la vie.

Il faut considérer, dans la doctrine biologique de Leibniz : 1° l'essence de la vie; 2° les monades, en qui réside la vie; 3° la diffusion de la vie; 4° la continuité de la vie.

Leibniz reconnaît à tous les corps un premier genre d'activité, représenté par ce que nous appelons aujourd'hui les propriétés physico-chimiques, ou, d'une façon plus générale, les propriétés mécaniques. Pour expliquer cette activité, il surajoute à la matière nue, caractérisée seulement par l'étendue et l'antitypie, une *entéléchie inétendue qui est le principe du mouvement.* Il reconnaît aux principes organiques un second genre d'activité représenté par ce que nous appelons aujourd'hui les propriétés vitales. Pour expliquer cette activité il surajoute à la matière nue, ou masse, compliquée de la première entéléchie, une *seconde entéléchie qui est le pouvoir*

pour subir l'opération de l'iridectomie. Lorsqu'il se trouva couché sur la table à opérations, il se montra très-inquiet, et il fallut quelque insistance pour le persuader à se laisser opérer. Le docteur Griffin s'étant chargé du pouls, une demi-once d'éther (environ 15 grammes) fut versée sur une éponge renfermée dans un cône de spongio-piline, et cet appareil fut appliqué directement sur la figure du malade, de manière à recouvrir la bouche et le nez (*closely applied to the mouth and nose*). Après que l'inhalation eut duré quelques minutes, l'éther étant presque entièrement évaporé, on en versa de nouveau trois drachmes (environ 10 grammes) sur l'éponge. Peu de temps après avoir commencé à inhaler cette deuxième dose d'éther, le malade se mit à lutter violemment, et bientôt il offrait un état spasmodique so rapprochant de l'opisthotonos, la face étant devenue cramoisie. Le docteur Griffin annonça alors que le pouls, jusqu'à ce moment resté normal, était très-affaibli. On cessa immédiatement l'administration de l'éther; puis, le pouls s'étant amélioré, le docteur Lake pratiqua son opération sans avoir de nouveau recours à l'agent anesthésique. Lorsque l'opération, qui no dura que quelques secondes, fut terminée, et avant qu'on eût appliqué le pansement, le pouls devint imperceptible et la face livide. La langue fut attirée fortement hors de la bouche et maintenue dans cette position; on flagella vigoureusement les mollets et la poitrine du malade avec une serviette mouillée. Ces moyens eurent pour effet de le faire respirer librement; il cria vigoureusement et se débattit sur la table, mais l'amélioration ne dura guère plus d'une minute. Le pouls radial ne se rétablit pas, et la respiration cessa de nouveau. »

On eut recours inutilement à la respiration artificielle, à l'électrisation, etc.; les résultats de l'autopsie furent insignifiants.

Afin de bien me faire comprendre, permettez-moi de résumer en termes concis les détails de cette observation, avec l'interprétation que je leur donne.

Un garçon de constitution faible est éthérisé; tout en subissant incomplétement l'action thérapeutique soporifique de l'éther, il est parfaitement asphyxié, et lorsqu'il est presque mort il subit l'opération sans être préalablement ressuscité. Lorsque l'état de prostration finit par causer de vives alarmes, le malade est vigoureusement fouetté, dans le but de rétablir ses forces épuisées, et cette vive stimulation a pour effet d'exciter un dernier effort musculaire, entraînant la dépense et l'extinction de la dernière étincelle vitale. — Je crois que la mort avec de tels phénomènes et dans de telles conditions pourrait avoir lieu sans l'intervention de l'éther. Considérons les circonstances en détail, et voyons si elles ne prêtent pas un appui à cette manière de voir.

Voyons d'abord quel a été l'appareil employé pour l'administration de l'éther. Celui-ci était disposé de manière à produire l'asphyxie. Si la spongio-piline était comme d'ordinaire recouverte à l'extérieur d'une couche imperméable, l'air atmosphérique ne pouvait arriver au malade qu'à travers l'interstice existant entre le bord du cône et la face. Mais, d'après l'observation, l'ouverture du cône reposait sur la figure du malade; du moment qu'il en était ainsi l'asphyxie complète devait être inévitable. Il peut paraître superflu de dire que pendant l'éthérisation le malade a besoin d'oxygène pour vivre, et que sans oxygène il mourra; la présence de l'éther ne saurait l'empêcher de mourir s'il est privé d'air. Desdemona aurait succombé quand même l'oreiller qui servit à l'étouffer aurait été imprégné d'éther. Dans le cas actuel l'asphyxie eut lieu, mais les signes de cet état ne furent pas remarqués, on n'en tint pas compte. Le malade était fortement convulsé : or, s'il est vrai que pendant l'éthérisation il arrive souvent au malade de se débattre d'une manière à demi inconsciente, par simple excitation du système nerveux moteur, ce phénomène a peu d'importance. Mais un état de convulsion tonique, avec opisthotonos, est bien autrement significatif. Cet état spasmodique, qui peut envahir les muscles du larynx, dépend de l'asphyxie. Ici je voudrais faire remarquer qu'il y a une distinction importante à établir entre : d'une part le ronflement banal, je dirai même désirable, qui résulte de la vibration du voile du palais relâché, et d'autre part le ronflement stertoreux et comme croupal qui dépend d'une obstruction siégeant dans le larynx. Ce dernier phénomène, qui dépend de l'état spasmodique général dont l'opisthotonos est une des manifestations, témoigne d'un état qui, en empêchant l'abord de l'air, prolonge l'état asphyxique, cause première du spasme. La respiration de l'air atmosphérique est le seul remède à cet état.

A l'Hôpital général de Massachusetts, ces phénomènes sont parfaitement connus des élèves et des infirmiers, auxquels l'administration de l'éther est ordinairement confiée. La coloration livide du front, indiquant l'existence probable d'une coloration analogue du sang intracrânien, est le signe avant-coureur d'un état spasmodique imminent; d'autre part, la rigidité musculaire et la sterteur laryngée appellent l'attention sur la coloration de la face. Ces phénomènes étant constatés, il est indiqué de permettre l'abord de l'air jusqu'à ce que les téguments aient repris leur coloration normale. Parfois l'existence de la rigidité musculaire a pour effet de faire croire que le malade est incomplétement éthérisé, mais si alors on lui laisse respirer de l'air, le relâchement musculaire qui s'ensuit témoigne du contraire; il arrive même parfois que quelques mouvements de résistance offerts par le malade à demi conscient et suivis d'inconscience complète, ont pour effet de le rendre légèrement livide; l'état spasmodique provoque alors de la part du chirurgien un examen de l'état du malade, et parfois il en résulte un temps d'arrêt suivi de la reprise de l'éthérisation.

Si ces phénomènes peuvent parfois être constatés pendant l'administration de l'éther au moyen d'une éponge dont les vacuoles permettent facilement le passage de l'air, et qui, entre parenthèse, constitue incomparablement l'appareil le plus simple et le plus inoffensif, sinon le moins coûteux, pour l'administration de l'éther, quelle situation précaire alors que celle d'un garçon débile qui se débat d'une façon désespérée en s'efforçant de respirer, convulsé jusqu'au degré indiqué par l'opisthotonos, la face vultueuse et dont la bouche et le nez sont obstrués par un appareil imperméable à l'air maintenu en contact direct avec la figure jusqu'à ce que le pouls ait presque disparu.

---

perceptif. La vie est donc essentiellement pour Leibniz la perception. Qu'est-ce que la perception? Je crois qu'on peut la définir ainsi : tout changement survenu dans une unité et qui reste distinct et indépendant de la tendance à l'action mécanique. La perception exprime pour Leibniz la modification interne de la substance inétendue, c'est-à-dire la réaction déterminée et concentrée dans la substance elle-même par une action externe. Le corps qui perçoit se modifie en sa plus secrète profondeur, sans que rien au dehors trahisse cette opération absolument énergétique, complétement distincte et indépendante en soi des changements soumis au mécanisme : « Les modifications ou variétés de l'antitypie, dit Leibniz, consistent dans les modifications du lieu. Les modifications de l'étendue consistent dans les changements de grandeur et de figure. D'où il suit que la matière est quelque chose de purement passif, puisque ses attributs et leurs variétés n'enferment aucune action. Et en tant que, dans le mouvement, nous considérons seulement les variétés du lieu, de la grandeur et de la figure, nous ne considérons là rien que purement passif; mais si nous examinons le changement actuel ou le principe même du mouvement, nous avons quelque chose de plus que la matière nue. Semblablement, il est clair que la perception ne peut pas se déduire de la matière nue, puisqu'elle consiste dans une certaine action. Si, dans l'organisme, il n'y avait rien autre chose que la machine, c'est-à-dire la matière nue, ayant des variétés de lieu, de grandeur et de figure, il ne pourrait sortir de là rien autre chose qu'un mécanisme... Dans un moulin ou dans une horloge, par exemple, on ne peut trouver aucun principe qui perçoive ce qui se fait dans ces machines. Si l'on ne peut concevoir comment naît la perception dans une machine grossière, on ne peut pas concevoir davantage comment elle se fait dans une machine aussi subtile qu'elle soit, car si nos sens étaient meilleurs, celle-ci nous paraîtrait aussi imparfaite que la précédente. Par conséquent, il faut tenir pour certain qu'un mécanisme seul, c'est-à-dire la matière nue avec ses modifications, ne peut pas plus

Quant à moi, sur la foi des détails contenus dans l'observation, je n'hésite pas à avancer que l'asphyxie a été la véritable cause de la mort. Malgré les phénomènes présentés par le malade, il fut mal procédé à l'opération. A Boston, dans un état d'asphyxie tellement accentué, on aurait reconnu l'importance capitale du rétablissement immédiat de la respiration, du pouls et de la coloration de la face; cette indication satisfaite par l'admission d'un peu d'air, on aurait procédé à l'administration d'une nouvelle dose d'éther pour compléter l'anesthésie. Mais dans le cas actuel aucun effort dans ce sens ne fut tenté; aucun temps d'arrêt n'eut lieu. Au bout d'un court laps de temps, de quelques secondes qui furent consacrées à l'opération de l'iridectomie, et pendant lesquelles le malade était encore livide par l'effet des efforts de résistance auxquels il venait de se livrer contre l'appareil qu'on maintenait appliqué sur sa figure, le pouls était devenu imperceptible, la respiration avait cessé, et au bout d'une minute environ le malade était mort.

A cet état asphyxique prédominant, auquel le sujet, naturellement débile, n'a pu résister, a été surajoutée l'action inébriative exercée à un degré limité par l'éther; mais les détails du fait montrent à l'évidence que l'agent anesthésique n'a agi que d'une façon incomplète. La quantité d'éther qui avait été administrée était peu considérable, et il est constaté par l'observation que sous l'influence de la flagellation avec une serviette mouillée le malade cria vigoureusement et se débattit pendant le court intervalle d'une minute qui s'écoula entre la fin de l'opération et le moment de la mort. L'action exercée par l'éther était donc restée en deçà de l'analgésie. Il est impossible d'admettre que l'éthérisation partielle ainsi produite dans ces conditions ait pu jouer le principal rôle dans la production de l'accident mortel.

Ces faits étant dûment constatés, il serait inadmissible de vouloir déplacer les responsabilités en accusant du résultat fatal soit un *choc* invraisemblable après une opération aussi insignifiante, soit quelque propriété toxique de l'éther, mystérieuse et inconnue jusqu'à ce jour, et distincte de l'action thérapeutique graduelle et relativement innocente dont l'éther jouit en commun avec les autres agents anesthésiques. Nous aurons du reste à revenir sur ce point.

En cas d'accident, le meilleur moyen de ressusciter le malade, qu'il soit menacé d'asphyxie imminente ou qu'il ait absorbé une dose excessive d'éther, consiste à lui faire respirer de l'air pur immédiatement et sans secousse. Par suite de la volatilité de l'éther et du chloroforme, ces agents s'éliminent si facilement par la muqueuse pulmonaire qu'un léger mouvement respiratoire imprimé au thorax et entretenu artificiellement suffit le plus souvent à rétablir les mouvements respiratoires spontanés, ainsi que le pouls. Un adolescent débile, qui aurait dépensé ses forces en luttant contre l'asphyxie, ne serait plus guère en mesure de réagir sous l'influence d'une vigoureuse flagellation. A ce point de vue, il se comporterait autrement sans doute que ne le ferait un malade qui aurait subi tranquillement l'action narcotique de l'opium.

En faisant le procès de l'éther et du chloroforme, il faut restreindre les débats. Il est certain que tous les agents et moyens thérapeutiques puissants peuvent, dans certaines conditions, exercer sur l'économie un action dépressive; cela s'applique à l'éther comme au chloroforme, et celui-ci, étant plus puissant que l'éther, exerce à un plus haut degré cette action dépressive; mais cette influence stupéfiante, qui leur appartient en commun, et qui, poussée trop loin, peut concourir à déterminer la mort chez un sujet débile ou moribond, cette influence thérapeutique stupéfiante, dis-je, ne constitue pas le véritable sujet du débat qui se poursuit dans les journaux médicaux. La question est celle-ci : L'un ou l'autre de ces agents possède-t-il, outre l'action soporifique et anesthésique à développement graduel, une autre action additionnelle, nocive et toxique qui soit la source du danger? A cette question, je réponds sans hésitation aucune : Oui, le chloroforme possède une action nocive de ce genre, tandis que l'éther n'en a pas.

Le chloroforme administré à un sujet bien portant, dans les conditions les plus favorables, avec une provision abondante d'air et en prenant toutes les précautions imaginables, exerce parfois, même dans ces conditions, une action toxique qui lui appartient d'une manière spéciale et qui peut occasionner la mort; quelquefois le patient succombe subitement dès le commencement de l'action anesthésique, comme s'il s'agissait d'un empoisonnement foudroyant par l'acide prussique; la cessation subite d'un pouls jusqu'à ce moment resté normal, témoigne que le malade vient d'expirer. Avec l'éther, je crois qu'il n'y a absolument rien de ce genre à craindre; celui-ci agit invariablement d'une manière lente et graduelle; jamais il ne produit la dépression des forces vitales subitement et d'une manière irrémédiable; toujours l'état du pouls fournit un avertissement assez précoce pour que le chirurgien puisse à temps écarter le danger au moyen d'une mesure très-simple, qui consiste à faire respirer au malade de l'air pur.

J'ai écrit en 1848, à la demande de l'Association médicale américaine, un mémoire assez étendu sur les agents anesthésiques, mémoire qui fut publié dans les Transactions de ladite Société, environ dix-huit mois après que Morten eut publié le rapport de sa première avulsion de dent sans douleur, et peu de mois après le premier essai du chloroforme par Simpson; dans ce mémoire, j'ai insisté sur la nécessité absolue de l'air atmosphérique, sur l'importance capitale des indications fournies par le pouls, ainsi que sur la différence qui existe entre le ronflement de l'éthérisation légitime et la sterteur avec lividité qui accompagne l'asphyxie. J'espère qu'on me permettra en terminant de citer le passage suivant, qui a trait au point litigieux capital de la discussion actuelle.

« L'éther ne saurait prévenir le collapsus mortel qui, dans certains états de l'économie, est le résultat de certains traumatismes ou de certaines opérations, et il ne doit pas en supporter la responsabilité. La rareté des cas où l'éther pourrait être seulement soupçonné d'avoir concouru à occasionner la mort, constitue un des principaux arguments en faveur de cet agent. Pour ce qui est du chloroforme, au contraire, les témoignages ne sont plus les mêmes. Deux cas de mort assez remarquables, survenus déjà depuis l'introduction récente de la chloroformisation, se présentent tout de suite à l'esprit, à savoir : le cas survenu à

donner naissance à la perception qu'au mouvement. On doit donc admettre qu'outre la matière il existe quelque chose qui est le principe, d'abord du mouvement ou de l'action externe, puis de la perception ou action interne. Il est évident que ce principe n'est pas étendu (*Commentatio de animâ brutorum*, Dutens, t. II, 1re partie, p. 230). » Leibniz définit encore ailleurs la perception d'une manière plus complète et plus profonde : « La vie, dit-il, est le principe de l'action interne existant dans une chose simple ou monade, et auquel correspond l'action externe. *Cette correspondance de l'interne et de l'externe dans l'unité, ou cette représentation de l'externe dans l'interne constitue en réalité la perception du composé dans le simple, de la multitude dans l'unité.* » (*Epist. ad R. C. Wagnerum : De vi activa corporis, de animâ*; etc. Dutens, t. II, 1re partie, p. 226). Il n'y a pas, dans l'œuvre philosophique de Leibniz, de passage plus lumineux et plus précis. On peut ajouter aussi qu'il n'y a pas, dans la philosophie moderne, de formule plus compréhensive.

Cette idée de la perception pure, sans nulle conscience ou mémoire, est une de celles auxquelles Leibniz tient le plus. C'est pour lui la raison fondamentale de l'harmonie universelle. A vrai dire, il accorde une telle perception à toutes les monades, même aux plus rudimentaires, et en ce sens, il paraît ne point séparer l'organique de l'inorganique. Dans sa conception du monde, rien n'est sans vie. Cependant on ne saurait soutenir qu'il n'établit point de différence, qu'il ne marque point de distinction entre les activités si manifestement dissemblables de la force qui est dans les minéraux et de celle qui est dans les végétaux et les animaux. Il a un mot particulier pour désigner les énergies primitives de ces derniers. Il les appelle des âmes. Quel est le caractère de ces âmes? Quelle est la différence entre la perception universelle propre à toutes les monades et la perception qui caractérise spécialement les monades douées de vie, les principes animés? Leibniz ne s'explique pas avec une netteté suffisante à ce sujet. Cependant il semble attribuer aux âmes une sorte d'activité

Cincinnati et le cas de M. Megisson, de Winlaton. Dans ces deux cas, la mort survint au bout d'environ cinq minutes à partir du début de l'inhalation... Ces exemples témoignent de l'existence d'une action toxique toute spéciale, consistant dans l'impression subite que produit sur l'économie un agent inébriatif puissant. L'alcool à dose excessivement exagérée a souvent été cause de mort subite ; et, par analogie, nous pouvons admettre que la vapeur de l'agent anesthésique, absorbée par la voie respiratoire, joue parfois un rôle du même genre que celui du liquide alcoolique absorbé par l'estomac, et que dans l'un des deux cas ci-dessus mentionnés, sinon dans les deux, le chloroforme aurait produit sur l'économie une action dépressive et subite suffisant à déterminer la mort. »

La lettre qu'on vient de lire présente, comme on le voit, une interprétation des faits très-vraisemblable, et basée sur l'analyse du rapport même de M. Lake. Il est évident que la mort par le mécanisme qu'invoque le professeur Bigelow, à savoir *l'asphyxie par défaut d'air respirable*, a dû souvent se présenter avec le chloroforme, celui-ci étant tout aussi impuissant que l'éther à empêcher la mort par suffocation résultant de l'emploi d'un appareil à inhalation mal conçu ou inhabilement appliqué. Sous ce rapport, les deux agents rivaux, je dirai même tous les agents anesthésiques se valent. Mais ce qui distingue d'une manière fondamentale l'éther et le chloroforme, c'est que : 1° la dose anesthésique complète de l'éther reste toujours fortement en deçà de la dose excessive et mortelle par paralysie bulbaire; avec le chloroforme, au contraire, la dose anesthésique légitime et chirurgicale côtoie, pour ainsi dire, la dose excessive et périlleuse (Snow., *On chloroform*, etc.); 2° rien ne démontre que l'éther possède une propriété toxique, comme celle qui avec le chloroforme produit parfois la mort subite dès le début des phénomènes anesthésiques; propriété de nature inconnue, qui agit d'une manière imprévue et irrémédiable, et dont on a dû se contenter d'expliquer l'action en invoquant une prétendue *idiosyncrasie chloroformique* (Robert). Avec l'éther, rien de pareil; la mort par dose excessive, par exagération extrême de l'action thérapeutique est théoriquement possible ; mais *pratiquement* ce résultat n'est guère à craindre, tant il faudrait dépasser la mesure de l'action thérapeutique du médicament.

Dr Curtis (de Boston).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Les origines et la propagation du typhus, par le docteur Guillemin, médecin-major des hôpitaux militaires.

Le problème des origines du typhus épidémique, que l'on pouvait croire définitivement résolu, a été de nouveau remis en question dans ces derniers temps.

M. le professeur Chauffard, fermement convaincu que le typhus ne s'était montré pendant la dernière guerre ni à Metz pendant le blocus, ni à Paris pendant les rigueurs de son long siége, s'est efforcé de rechercher les raisons de cette immunité ; il a fait de cette étude le texte d'une communication lue à l'Académie de médecine dans la séance du 15 octobre 1872.

Passant en revue les conditions dans lesquelles se trouvaient la population civile et l'armée, soit à Paris, soit à Metz, il cherche à démontrer qu'on y trouvait réunies toutes les causes communes, généralement admises, des épidémies de typhus. Le typhus ayant fait défaut, au moins dans l'opinion de M. Chauffard, il en conclut, sans être toutefois complétement affirmatif à cet égard, que « le typhus doit être rangé parmi les maladies épidémiques d'origine exotique, ne paraissant sur notre sol que par importation et ne s'y acclimatant pas après qu'il y a été importé. »

Partant de là, M. Chauffard en arrive à nier, non plus seulement pour notre pays, mais d'une manière générale, la possibilité de l'éclosion spontanée des épidémies de typhus.

Le typhus n'est plus pour lui cette affection qu'on peut, pour ainsi dire, faire naître à volonté par un ensemble de conditions hygiéniques défavorables, mais chaque cas de typhus provient toujours par contagion d'un cas de typhus antérieur, et, dans les pays où il n'existe pas à l'état endémique, il est toujours la conséquence de l'importation.

On aura sans doute remarqué qu'il suffirait, pour faire crouler l'échafaudage laborieusement édifié par M. Chauffard, de démontrer, contrairement à ses assertions, ou bien que les conditions qui rendent inévitable l'éclosion spontanée du typhus n'existaient ni à Paris ni à Metz, ou bien que des cas de typhus ont été observés dans l'une ou l'autre de ces deux villes.

Sans trancher pour le moment cette question, que je me réserve d'examiner un peu plus loin, je ne puis me dispenser de faire remarquer qu'il n'est pas permis, pour résoudre la question de l'origine d'une maladie épidémique, de se borner à étudier les circonstances dans lesquelles elle ne s'est pas montrée, car, même en supposant parfaitement fondées les assertions de M. Chauffard, c'est-à-dire : 1° que le typhus n'a été observé ni à Paris ni à Metz, et 2° qu'on y trouvait réunies toutes les conditions généralement reconnues comme propres

qu'il ne reconnaît point aux simples entéléchies proprement dites. C'est l'appétition. Les perceptions vitales sont *appétitives*. « Les corps, dit-il, agissent selon les lois des causes efficientes ou des mouvements. Les âmes agissent selon les lois des causes finales par appétitions, fins et moyens. » (*Monadologie*, § 79). » Et ailleurs : « L'appétit est une tendance à de nouvelles perceptions (Dutens, t. II, 1re partie, p. 331, et 2e partie, p. 155). La vie, conçue dans son essentialité primitive, serait donc une perception réglée par une tendance finale à de nouvelles perceptions harmoniques avec les premières. Au reste, cette différence deviendra beaucoup plus nette et tranchée quand nous verrons les caractères fondamentaux, non plus de la vie, mais des êtres vivants.

Quoi qu'il en soit, la perception ainsi définie appartient aux moindres vivants, là où il n'y a ni sensation, ni intelligence. C'est la vie à son minimum, c'est l'énergie rudimentaire et sourde des êtres les plus infimes de la création. Mais la vie plénière est susceptible d'autres activités. La vie, dit Leibniz, est le principe perceptif, l'âme est la vie sensitive, l'esprit est l'âme raisonnable (*Epist. ad Wagnerum*, Dutens, t. II, 1re partie, p. 227. — Cf. Dutens, t. V, p. 375). Ce qui peut se traduire ainsi : *La vie est caractérisée par la perception, l'âme par la sensation, l'esprit par la raison.* Tandis que la *perception* n'implique rien d'autre, la *sensation* comporte en plus de la conscience, de l'attention et de la mémoire (*Commentatio de animâ brutorum*, ibid., page 230), et la *raison*, à son tour, est le sentiment des rapports universels des choses. Telle est la hiérarchie des trois degrés essentiels de la vie. L'unité, qui n'a que perception, est dans un mystérieux rapport avec tout le reste, mais elle l'ignore, et son esclavage est absolu. L'unité, qui a sensation, distingue quelques-uns de ces rapports, je veux dire ceux qui la touchent de plus près. L'unité, qui a raison, conçoit l'ensemble de ces rapports et s'élève au commerce de l'idéal suprême qui les régit souverainement. Elle a un certain degré de liberté, puisqu'elle peut, avec plus ou moins de science et d'arbitre, mettre son activité dans une harmonie

à le faire naître, cela n'autorise nullement à conclure à la nécessité de l'importation; on peut, en effet, prétendre avec tout autant de raison que si l'action des causes habituelles du typhus n'a pas produit ses effets ordinaires, c'est qu'elle a été entravée par telles ou telles circonstances qui ont pu échapper à l'observation et qu'il y a lieu de rechercher.

Et par exemple, dans le cas particulier, ne pourrait-on pas soutenir que si le typhus ne s'est pas montré, c'est grâce aux précautions hygiéniques prises pour atténuer les funestes effets de l'encombrement.

L'absence du typhus à Paris et à Metz ne serait donc pas suffisante pour justifier les conclusions de M. Chauffard; il eût fallu pour les faire accepter comme vraies, et certes la question en valait la peine, il eût fallu, dis-je, passer en revue les épidémies de typhus sur l'origine desquelles nous avons des renseignements positifs, étudier les conditions dans lesquelles elles se sont produites et démontrer que l'importation a été la condition *sine qua non* de leur apparition.

C'est ce qui n'a pas été fait, ce qui ne pouvait pas l'être, attendu qu'il y a, au contraire, un grand nombre d'épidémies de typhus pour lesquelles l'importation n'est en aucune façon admissible.

Les idées de M. Chauffard, bien qu'elles aient ébranlé certaines convictions, ne seront pas définitivement acceptées, j'en ai la ferme assurance; elles ont été d'ailleurs déjà combattues et en grande partie réfutées (voy. en particulier le remarquable travail lu par M. Fauvel à l'Académie de médecine, séances des 27 mai, 3 juin et 10 juin 1873); elles auront eu néanmoins pour résultat utile de démontrer la nécessité d'étudier à nouveau et avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, les questions qui se rattachent à l'origine et à la propagation du typhus, et de provoquer autour de ces questions une agitation salutaire, toujours profitable aux progrès de la science.

I. — Formation des foyers de typhus.

A l'origine de toutes les épidémies de typhus on constate l'existence d'un ou de plusieurs foyers d'infection; la maladie naît parmi des individus rassemblés et placés dans les mêmes conditions sanitaires, vivant de la même vie, respirant la même atmosphère. Les premiers cas de typhus viennent tous de ces foyers; un certain nombre des individus qui les constituent ont été frappés simultanément; la maladie ne s'est pas communiquée des uns aux autres: ils en ont tous pris le germe à la même source.

Très-souvent encore les premiers cas de typhus se montrent non chez les individus même dont le rassemblement constitue les foyers, mais chez des personnes qui font dans ce foyer ou dans son voisinage un séjour prolongé et fréquemment renouvelé.

Si le rassemblement d'un certain nombre d'individus est la condition première de la formation d'un foyer de typhus, il n'en résulte pas nécessairement qu'un rassemblement quelconque puisse suffire à faire naître cette maladie; il faut encore qu'il ait lieu dans certaines conditions déterminées, qu'il me semble utile d'étudier avec soin.

Une des conditions les plus habituelles de la formation des foyers typhiques c'est l'*encombrement*; or, comme c'est là une expression vague et mal définie, il me paraît nécessaire de chercher à en fixer la signification d'une manière précise.

§ 1. — *De l'encombrement.*

Dans mon opinion, il faut donner au mot *encombrement* le sens de *séjour dans l'air confiné*; il y aura donc encombrement toutes les fois que, des individus étant rassemblés dans un lieu fermé, la quantité d'air pur dont ils peuvent disposer deviendra insuffisante.

Cette définition, j'en conviens, ne suffit pas encore à indiquer où commence l'encombrement avec les dangers qu'il comporte, tous les individus n'ayant pas un égal besoin d'air pur et ne présentant pas une égale résistance à l'influence de l'air vicié.

Je vais essayer cependant de déterminer comment l'encombrement devient nuisible et quelles sont les conditions dans lesquelles il peut faire naître le typhus.

Les évaluations théoriques résultant des expériences faites pour déterminer la quantité d'air nécessaire à l'entretien de la vie, ne sauraient être ici d'aucune utilité; il en est de même, par conséquent, de la considération du cubage atmosphérique. Les effets les plus graves de l'encombrement ne sont pas ceux qui résultent de l'insuffisance de l'oxygène, mais bien de la présence dans l'air de matières organiques de nature animale.

D'ailleurs, si les grandes dimensions des locaux ont leur importance, elles ne suffisent pas cependant à prévenir l'encombrement; elles ne font que reculer le moment où l'air vicié devient nuisible.

On voit par là qu'il n'est pas nécessaire pour que l'encombrement existe, qu'il y ait disproportion entre le nombre des individus et les dimensions du local où ils sont rassemblés; il suffit que leur séjour s'y prolonge au delà d'un certain temps qu'il est impossible de déterminer à priori, en supposant, bien entendu, que le renouvellement de l'air fasse défaut ou qu'il s'effectue d'une manière insuffisante.

Le renouvellement de l'air, ou, en d'autres termes, la *ventilation*, peut en effet diminuer, faire disparaître même les dangers de l'encombrement. Si ce renouvellement se fait d'une manière continue, si en outre il est proportionnel à la dimension des locaux en même temps qu'au nombre des individus que ceux-ci contiennent, l'encombrement n'existe réellement plus; aussi n'est-il pas rare de voir un certain nombre d'individus s'entasser sans danger dans un espace étroit, mais

---

plus ou moins grande, avec la loi divine (voyez surtout la *Monadologie*, §§ 18 à 30).

Cette distinction éminemment juste de l'esprit, de l'âme et de la vie, permet de concevoir aisément la vraie doctrine de l'illustre philosophe sur l'*âme des bêtes* et de résoudre sans peine les difficultés qu'elle a soulevées. L'esprit, l'âme et la vie sont tous trois indéfectibles, en quelque être qu'on les considère. Mais les bêtes n'ont que l'âme et la vie. Elles sont dénuées d'esprit, c'est-à-dire de raison. Par conséquent, la seule immortalité de la vie et de l'âme leur appartient. Elles n'ont point, elles ne peuvent avoir la véritable immortalité, personnelle et consciente, c'est-à-dire celle de l'esprit et de la raison. Les forces vitales, les énergies sensitives, qui constituent l'animal ne disparaissent point quand il expire, elles retournent au réservoir immense des monades, où elles se confondent, obscures et indistinctes, avec leurs sœurs éternelles. Il en est de même pour celles qui constituent l'homme, mais l'homme avait en plus les énergies de la raison, lesquelles, après la mort, vont prendre place dans le sein de Dieu, assurées de l'éternité substantielle et de l'éternité de la conscience qui était pendant l'existence du corps leur sublime prérogative.

Voyons ce que sont les monades, en qui réside la vie. Elles ont la même constitution que les monades en général, mais de plus elles ont l'entéléchie perceptive qui est nécessairement inétendue et doit être consubstantielle aux unités. D'autre part, elles sont adjointes à un certain mécanisme, à de certaines petites machines, et c'est ainsi qu'est formé le corps organique. Leibniz ne s'explique pas bien sur ces petites machines. C'est d'elles cependant qu'il dit qu'elles sont dans un mouvement et un flux perpétuel comme des rivières, que des parties y entrent et en sortent constamment. Les monades, qu'il faut considérer non point comme le terme d'une analyse, car elles ne proviennent pas d'une décomposition; mais comme le résultat d'une intuition de l'esprit, qui ne conçoit l'activité que dans des principes plus ou moins analogues au sien, ces monades

où l'air se renouvelle bien, tandis que dans des locaux beaucoup plus vastes, mais mal ventilés, ils ne tarderaient pas à ressentir les effets de l'encombrement.

« Plus on laisse entrer d'air frais dans les hôpitaux, dit Pringle, moins il y a de danger d'y causer cette maladie contagieuse » (la fièvre d'hôpital) (Pringle, *Observations sur les maladies des armées dans les camps et les garnisons*). Pour constituer l'encombrement, il n'est pas nécessaire que le nombre des personnes rassemblées dans le même local soit considérable; il suffit, comme cela résulte d'ailleurs des considérations précédentes, qu'il y ait *disproportion entre le nombre de ces personnes et la quantité d'air pur dont elles peuvent disposer*. Plusieurs épidémies de typhus ont pris naissance dans des prisons, bien que le nombre des individus qui y étaient renfermés fût très-peu considérable.

D'autre part, si le typhus éclate souvent au milieu des grandes agglomérations d'hommes, telles que les armées en campagne, ce n'est pas, comme on a une certaine tendance à le croire, que les grandes agglomérations soient directement cause de typhus; elles ont seulement pour effet de faire naître des circonstances qui rendent l'encombrement presque inévitable, et ce n'est que lorsqu'on n'a pas pu ou pas su l'éviter, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu formation de foyers typhiques, que l'on voit naître les épidémies de typhus.

On ne saurait déterminer d'une manière précise quel est le temps nécessaire pour que le séjour dans l'air confiné devienne nuisible; tout ce qu'il est permis de dire, c'est que ce temps est d'autant moins long que l'encombrement est poussé à un plus haut degré, que les individus sont plus entassés, plus serrés les uns contre les autres. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le séjour pendant un certain temps dans l'air confiné suffit, à lui seul et à l'exclusion de toute altération organique des hommes qui y sont soumis, pour constituer un foyer de typhus; un certain nombre des exemples rapportés dans le livre de Pringle en sont une démonstration convaincante.

Il n'est pas douteux cependant que des hommes vigoureux, en état de santé parfaite, peuvent impunément séjourner dans des locaux relativement étroits et mal ventilés, mais c'est à une condition : il faut que leur séjour ne s'y prolonge pas au delà d'un temps assez court et qu'ils puissent compenser par l'exposition au grand air l'influence délétère de l'air méphitique qu'ils ont respiré.

Il faut donc avoir bien soin de distinguer, au point de vue des effets qui peuvent en être le résultat, le séjour permanent et prolongé dans l'air confiné de celui qui n'a lieu que pour une durée très-courte et d'une manière intermittente. Aussi n'a-t-on que bien rarement l'occasion d'observer les effets de l'encombrement sur des individus valides et en possession de leur liberté, parce que, s'ils supportent un certain degré d'encombrement, ce n'est habituellement que d'une manière passagère, généralement pendant la nuit; dans le jour ils vont au grand air, et l'absorption d'une quantité suffisante d'air pur prévient les fâcheux effets que pouvait entraîner le séjour dans l'air confiné; mais les malades n'en peuvent faire autant; voilà pourquoi, pendant la guerre d'Orient, le typhus ne se montrait pas sur les vaisseaux conduisant des troupes de France en Crimée, tandis qu'il éclatait sur les vaisseaux ramenant des *malades* de Crimée en France; il y avait forcément encombrement dans le dernier cas et non dans le premier.

Les prisonniers de guerre et les détenus ordinaires, pas plus que les malades, ne sont libres de fuir le danger qui résulte de l'extrême encombrement; aussi les exemples abondent d'épidémies de typhus faisant explosion au milieu d'individus appartenant à l'une ou à l'autre de ces deux catégories, tandis que les populations qui les entourent restent tout à fait indemnes. Pringle cite un grand nombre de faits semblables; mais il n'est même pas besoin de remonter si loin dans le passé pour en retrouver des exemples; en France même il s'en est produit plusieurs depuis le commencement du siècle. Ainsi le typhus règne en 1823 à Alby parmi des prisonniers espagnols; en 1830 il fait explosion dans le bagne de Toulon; au mois d'octobre 1854 le professeur Forget l'observe à la prison de Strasbourg; à peu près à la même époque M. Parisot l'observe à la prison de Nancy.

On voit parfois des hommes valides prolonger leur séjour dans l'air confiné lorsqu'il leur serait à la rigueur possible de s'y soustraire, mais c'est par suite de circonstances exceptionnelles, telles que les gros temps dans les voyages sur mer, l'extrême intensité du froid ou la continuité des pluies qui poussent les hommes à se renfermer et à s'entasser dans l'intérieur des vaisseaux ou des maisons. On retrouve ces circonstances à l'origine d'un certain nombre d'épidémies de typhus observées à bord des vaisseaux ou dans des pays humides et froids.

S'il est incontestable que l'encombrement peut à lui seul faire naître le typhus parmi des hommes valides, il n'en résulte pas qu'il le fasse toujours naître, et ses effets peuvent être nuisibles longtemps avant qu'il soit porté à un assez haut degré pour que le typhus en soit le résultat; on voit d'abord les maladies communes devenir plus nombreuses et prendre de plus en plus le cachet typhique à mesure que l'encombrement devient plus prononcé et plus général, ensuite apparaissent des états morbides variés se rapprochant du typhus, puis un moment arrive où l'encombrement ayant persisté à un haut degré pendant un temps suffisamment long, le typhus complet, le vrai typhus des camps fait son apparition. Si, au contraire, l'encombrement est porté d'emblée à un très-haut degré, le typhus se montre immédiatement sous sa forme la plus grave, comme il est arrivé, par exemple, à la suite des assises d'Old-Bailey. (Pringle, *ouvrage cité*.)

Les conclusions qu'on peut tirer des considérations précé-

---

sont toutes au fond de même essence, qu'elles soient affectées aux opérations les plus rudimentaires et les plus humbles ou qu'elles servent aux manifestations les plus compliquées et les plus éminentes de la vie. L'esprit est une monade, mais une monade dominante. « Dans les assemblages réguliers de la nature, dit Leibniz, c'est-à-dire dans les corps organisés comme sont ceux des animaux, il y a des unités dominantes dont les perceptions représentent le total. Ces unités sont ce qu'on appelle des âmes et ce que chacun entend quand il dit *moi*. » (*Lettre à l'Électrice Sophie*, Lettres et opuscules inédits publiés par Foucher de Careil, p. 193.)

Ainsi donc, et c'est là le point délicat et essentiel, il y a dans l'être vivant trois choses : les capacités percevantes qui, associées à certaine forme, déterminent les monades, lesquelles demeurent dans l'organisme pendant que la matière de celui-ci est dans un flux perpétuel. La perception est le caractère essentiel et métaphysique de la vie, chose abstraite. Quel sera le caractère essentiel et physique de l'être vivant, chose concrète? Ce caractère sera évidemment le résultat de l'exercice de la perception dans un système de monades exprimé par une agrégation qui se renouvelle constamment. Ce sera l'*irritabilité*. L'irritabilité, en d'autres termes, est à l'organisme concret ce que la perception est à la monade. Telle est, du moins, la définition que j'en donne et qui me paraît conforme à l'esprit des textes leibniziens, bien que l'illustre penseur ne s'explique pas à ce sujet, bien que toute cette partie de la monadologie reste dans un clair-obscur embarrassant. Je n'examine pas ici l'histoire, tout entière à faire et à laquelle je suis occupé, des origines historiques de l'irritabilité, c'est-à-dire des rapports de Leibniz avec Campanella et Glisson; je fais seulement remarquer tout à l'avantage de Leibniz — et j'y insiste, parce que ces notions ont joué un rôle considérable et méconnu jusqu'ici dans l'histoire de la biologie — que l'on arrive à l'irritabilité par le développement normal et le processus régulier de la pensée leibnizienne prise à son commencement.

dentes, c'est qu'il y a des degrés dans l'encombrement, et que celui-ci, bien que toujours nuisible, ne produit pas toujours le typhus. Citer des cas où il y a eu encombrement sans typhus cela ne suffit donc pas pour faire admettre que l'encombrement n'est pas capable, lorsqu'il est porté à un certain degré, de produire à lui seul le typhus.

Les degrés de l'encombrement sont en rapport avec un cersain nombre d'éléments dont les principaux sont :

1° La relation qui existe entre le nombre des individus renfermés et les dimensions des locaux où ils séjournent;

2° La manière plus ou moins imparfaite dont se fait le renouvellement de l'air.

3° La durée et la continuité, ou, au contraire, l'intermittence du séjour dans l'air confiné.

§ 2. — *Des rassemblements de malades.*

Il suffit de rassembler un certain nombre de blessés ou de malades gravement atteints pour voir survenir chez le plus grand nombre d'entre eux, au bout d'un temps très-court et sans que l'encombrement puisse être mis en cause, soit une aggravation de leurs maladies ou de leurs blessures, soit des complications de diverse nature, gangrènes, infections purulentes, pourritures d'hôpital, érysipèles infectieux, diarrhées, dysentéries, états typhiques plus ou moins prononcés.

Toute agglomération de ce genre est une source de dangers non-seulement pour les malades ou blessés eux-mêmes, mais aussi pour les individus qui ont avec eux des rapports fréquemment renouvelés.

Certains faits m'autorisent à penser que ces effets peuvent survenir même lorsque le rassemblement a lieu à l'air libre ou dans des locaux non fermés.

Au début de la guerre de 1870, je me trouvais avec mon ambulance dans le petit village de Vionville. On nous amena, le 16 et le 17 août, des blessés recueillis sur le champ de bataille de Rezonville. Je fis placer les premiers arrivés dans les granges et les écuries de la maison où était installée l'ambulance, mais il en vint bientôt en si grand nombre qu'il fallut mettre les autres en plein air, sur de la paille, dans le jardin de la maison, qui n'était séparé des champs que par des haies vives; les écuries et les granges elles-mêmes étaient largement ouvertes, ce qui ne pouvait avoir que des avantages, eu égard à la saison dans laquelle nous étions; mais partout les blessés étaient serrés les uns contre les autres. Au bout de quatre ou cinq jours, deux des médecins qui donnaient avec moi leurs soins aux blessés étaient pris de dysenterie, ainsi que plusieurs infirmiers qui aidaient à faire les pansements et un assez grand nombre des blessés eux-mêmes. La plupart de nos hommes étant atteints de blessures extrêmement graves, les exhalaisons miasmatiques étaient en si grande masse qu'elles n'avaient pas besoin, pour être absorbées en quantité suffisante et produire des effets nuisibles, d'être condensées dans un espace clos et non ventilé.

Si des rassemblements de malades à l'air libre peuvent produire de semblables effets, à plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque ces rassemblements ont lieu dans des espaces fermés.

On voit souvent, en effet, dans les hôpitaux *trop remplis*, même sans qu'il y ait à proprement parler encombrement, même lorsqu'on prend la précaution de pratiquer libéralement le renouvellement de l'air, les maladies prendre une gravité insolite et des allures fâcheuses, et les affections traumatiques s'accompagner des complications que j'ai précédemment indiquées.

Ces mêmes effets s'étant aussi montrés, et quelquefois *très-rapidement*, dans des bâtiments qui n'avaient jamais servi jusqu'alors à abriter des malades, dans des hôpitaux improvisés, ce n'est pas l'insalubrité des locaux qu'il faut en rendre responsable; c'est en vain qu'on emploierait tous les moyens de désinfection connus, ces effets se reproduiraient *aussitôt* que les conditions redeviendraient ce qu'elles étaient avant, c'est-à-dire aussitôt que les malades seraient rassemblés de nouveau dans ces mêmes locaux.

Les mêmes effets s'observent encore lorsque les hôpitaux, sans être *trop remplis*, reçoivent des blessés ou des malades atteints d'affections plus graves que celles qui y avaient été traitées jusque-là, de telle sorte qu'une salle, pouvant contenir un nombre donné de malades légèrement atteints, ne pourra pas recevoir sans danger un nombre trois ou quatre fois moindre de malades ou de blessés très-graves.

On peut expliquer ces faits en disant que, pour des malades et surtout des malades atteints de certaines affections déterminées, l'encombrement existe bien avant le moment où il aurait lieu s'il s'agissait d'individus en état de santé. Toutefois, cette explication n'est pas parfaitement juste : on suppose l'encombrement parce qu'on en constate les effets, mais il n'existe réellement pas dans le sens strict et rigoureux du mot, puisque ces mêmes effets peuvent être observés parmi des malades rassemblés à l'air libre. Il faut donc chercher une autre interprétation. Or, la plus naturelle qu'on puisse donner, c'est que les malades atteints d'affections graves exercent les uns sur les autres, de même que sur les individus sains qui ont avec eux de fréquents rapports, une influence nuisible due, selon toute apparence, à la grande abondance d'exhalaisons morbides qu'ils répandent dans l'air. Les miasmes se forment en quantité considérable; cela revient au même que si, en les supposant moins abondants, l'encombrement en produisait la concentration. Voilà pourquoi les effets produits par les rassemblements de malades gravement atteints sont les mêmes que ceux qui résultent de l'encombrement.

L'action réciproque des malades les uns sur les autres et les

---

La troisième idée à considérer est la diffusion de la vie. Nécessairement, d'après ce qui précède, cette diffusion est illimitée. De même que, dans les corps bruts, la capacité d'agir constituant l'attribut d'éléments imperceptibles et inaccessibles à la sensation, il ne faut pas en faire le caractère du tout que nous connaissons directement, de même, dans les corps animés, les capacités perceptives et celles d'un degré plus élevé, appartenant aux monades, il ne faut pas les considérer comme l'activité de l'organisme concret. Celui-ci n'est qu'une apparence confuse. Sa force vient des myriades de forces qui le pénètrent et l'animent. Il est actif dans tous les points profonds de sa masse, mais celle-ci n'est rien. La vie, en son essence, gît dans une association intime d'énergies primitives et pénétrantes dont les organismes sont des expressions complexes. Éminemment consubstantielle aux monades que les sens n'atteignent point, la vie est là où les sens ne la voient point, c'est-à-dire partout, jusque dans les profondeurs obscures et les dépouilles glacées de la mort.

« Les machines de la nature, dit Leibniz, sont machines partout, quelque petite partie qu'on y prenne, ou plutôt la moindre partie est un monde infini à son tour, et qui exprime même à sa façon tout ce qu'il y a dans le reste de l'univers. Cela passe notre imagination; cependant on sait que cela doit être, et toute cette variété infiniment infinie est animée dans toutes ses parties par une sagesse architectonique plus qu'infinie..... Il y a un monde de créatures, de vivants, d'animaux, d'entéléchies, d'âmes dans la moindre partie de la matière... » (*Monadologie*, passim.)

F. Papillon.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Eaux de Bourbonne-les-Bains. — A l'Assemblée nationale M. de Tillancourt a appelé l'attention du gouvernement sur la nécessité de reconstruire l'établissement militaire de Bourbonne-les-Bains. La guerre a rendu les travaux plus urgents que jamais.

fâcheux effets qui en résultent sont d'ailleurs faciles à comprendre : tandis qu'un malade ou un blessé isolé n'est exposé à absorber que ses propres émanations, dans un rassemblement de malades, au contraire, chacun des individus qui en font partie est exposé à l'influence des émanations de tous les autres; ces émanations seront en quantité d'autant plus grande que les malades ou blessés seront plus nombreux, les maladies étant supposées de la même nature et de la même gravité; il y aura par conséquent d'autant plus de danger que le nombre des malades sera plus considérable. Telle est l'explication bien simple de la supériorité des petits hôpitaux sur les grands au point de vue de la salubrité, quelque parfaites que soient d'ailleurs les conditions d'installation de ces derniers.

Le typhus lui-même peut être produit par le seul rassemblement de malades atteints d'affections d'une nature spéciale, ainsi qu'il ressort d'un certain nombre de faits observés pendant l'épidémie algérienne de 1868. « Avant qu'il y eut, dit M. Périer, par rapport au nombre des malades reçus, encombrement de nos hôpitaux, par leurs altérations organiques, par la viciation de leurs humeurs, par leur état sordide, les faméliques introduisaient le typhus dans ces établissements » (Périer, *Effets de la misère et typhus dans la province d'Alger en* 1868, in *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1870). Certaines observations recueillies pendant cette même épidémie sembleraient même prouver que les rassemblements à *l'air libre* d'Arabes en proie à la cachexie famélique, ont suffi quelquefois à faire naître le typhus d'emblée, c'est-à-dire sans que l'imminence typhique ait été annoncée par des complications entravant la marche des maladies communes, ou par les affections qui précèdent habituellement les épidémies de typhus.

« L'infection, dit M. Périer (Mémoire cité, *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1870, p. 509), s'est produite dans des conditions où l'encombrement ne pouvait plus être mis en cause. A Coléah, à Cherchell, à Orléansville, la présence des faméliques errants dans les rues a suffi au développement d'un certain nombre de cas de typhus chez les habitants. » Ainsi à Choléah les Arabes faméliques stationnaient pendant le jour devant les boutiques des boulangers, des épiciers, des bouchers, soit pour y demander l'aumône, soit pour y acheter des denrées; un certain nombre de marchands qui avaient été en contact avec eux furent atteints de typhus, et cependant la communication entre les uns et les autres avait eu lieu à l'air libre, peut-être bien aussi quelquefois, il est vrai, dans l'intérieur des boutiques.

Parmi les premiers typhiques reçus à l'hôpital de Ténès, se trouvaient deux soldats du train qui avaient conduit, de Ténès à Orléansville, une troupe d'Arabes d'une dégoûtante malpropreté.

Il faut ajouter que les exemples de ce genre sont extrêmement rares; en général les foyers typhiques ne se forment guère que dans des espaces clos, et, même dans ce cas, on voit habituellement survenir d'abord quelques-unes des complications que j'ai signalées comme résultant des rassemblement de malades; les maladies prennent une apparence typhoïde de plus en plus accentuée, jusqu'à ce qu'enfin les conditions s'étant aggravées ou étant restées stationnaires, mais pendant un temps suffisamment long, le vrai typhus fait explosion.

Du reste, même en Algérie, dans la plupart des localités où le typhus s'est montré en 1868, les médecins signalaient déjà, longtemps avant son apparition, des affections à allures suspectes et à cachet typhoïde qui n'étaient pas encore le typhus, mais qui auraient pu, du moins, le faire pressentir.

(La suite à un prochain numéro.)

Chirurgie.

Notes chirurgicales : Tumeurs du cou ; amygdalotomie ; trachéotomie ; polype du larynx, par le docteur Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

(Suite. — Voyez les numéros 47 et 49.)

Des avantages de la lenteur méthodique dans l'opération de la trachéotomie, par le docteur Laroyenne, chirurgien des

La trachéotomie est une opération qui s'impose à tout praticien appelé à secourir un malade menacé de succomber à une asphyxie imminente par la difficulté de l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. L'envahissement du larynx par les membranes croupales la nécessite au premier chef, puisque, jusqu'ici, tout autre mode de traitement a donné des résultats encore moins heureux que ceux de l'intervention chirurgicale. Pour vulgariser cette opération si rarement pratiquée en dehors des grands hôpitaux, il est indispensable de lever toute hésitation, toute incertitude relativement au choix du manuel opératoire, et d'abandonner tous les procédés qui exposent le patient à expirer sous le couteau, surtout si celui-ci est tenu par une main peu expérimentée.

En effet, il n'est pas de statistique où l'on ne voit figurer des cas de mort survenue sur la table d'opération. L'entrée de l'air dans les veines n'a pas, que je sache, été signalée comme cause de cet accident. Il n'en est pas de même des syncopes. Des pertes de sang plus ou moins abondantes peuvent aussi le déterminer. Mais la complication la plus insidieuse, la plus redoutable est, sans contredit, l'écoulement de ce liquide dans les conduits respiratoires au moment de l'ouverture de la trachée, si la canule éprouve quelque difficulté à recontrer celle-ci et à y pénétrer. Sans doute, comme on le dit partout, son introduction suspend l'hémorrhagie; mais si cette introduction est laborieuse, le sang peut être aspiré en assez grande abondance pour déterminer une asphyxie mortelle ou une syncope, d'autant plus facile que l'opéré sera plus jeune ou plus affaibli.

Le souvenir de cette éventualité n'est pas de nature à répandre une opération qui déjà, chacun le sait, donne dans les meilleures conditions plus de revers que de succès quelque habilement et heureusement conduite qu'on puisse le désirer. Aussi ne nous paraît-il par inutile d'exposer sommairement la conduite, selon nous la plus rationnelle et la plus facile à suivre pour éviter du moins tout danger immédiat.

Jusqu'ici les opérateurs peuvent être divisés en deux camps : les uns marchent droit au but avec ou sans l'aide de ténaculum fixateur, sans s'inquiéter des vaisseaux qui peuvent se trouver sur leur route. Les autres vont, sans précipitation, à la recherche de la trachée, après avoir écarté, comprimé, lié, chemin faisant, les vaisseaux qu'ils rencontrent. Les premiers ne nous semblent pas se mettre suffisamment à l'abri d'une hémorrhagie primitive ou secondaire, et surtout de la pénétration du sang dans l'ouverture trachéale, s'il s'écoule un certain temps, pour la reconnaître, la dilater et introduire la canule. Les seconds, plus prudents en apparence, sont passibles aussi du même reproche, car ils se contentent, les aponévroses divisées, les muscles écartés, l'éoulement sanguin à peu près tari, la trachée manifestement reconnue et sentie du doigt, ils se contentent, dis-je, de la ponctionner et de l'inciser sans la voir, ne s'inquiétant pas autrement de la division possible des vaisseaux de petit et moyen volume qui rampent à sa surface. Ils se fient au toucher pour ce temps opératoire, ainsi que pour celui qui consiste à placer la canule. Aussi considèrent-ils cet instant, non sans raison, avec Trousseau et bien d'autres, comme émouvant et périlleux. Pour lui faire perdre ce caractère, il faut non-seulement délaisser les procédés rapides, mais choisir un procédé de lenteur qui permette de conserver cette allure jusqu'à la fin de l'opération, y compris le temps de l'introduction de la canule.

Pour cela on va à la recherche du conduit trachéal, comme s'il s'agissait d'une artère qu'on voulût découvrir pour la lier, en s'aidant des points de repère admis partout, qui sont fournis par l'anneau cricoïdien et la ligne médiane du cou. On procède avec lenteur, on décolle et l'on rejette les veines sur les côtés. Toute effusion de sang étant supprimée à l'aide de pinces appliquées sur les vaisseaux qui en sont la source, l'isthme thyroïdien décollé et soulevé, ou même sectionné, si fortuitement cela était nécessaire, on arrive ainsi sur la trachée. Sa teinte blanchâtre et sa résistance élastique ne peuvent la laisser méconnaître. Il faut la dénuder légèrement avec la sonde cannelée. Son incision n'est pratiquée que lorsque la plaie ne donne plus de sang, et qu'il ne reste au-devant d'elle sur le point où va porter le bistouri aucun tissu, aucun vaisseau susceptible d'en fournir.

L'introduction de la canule s'effectue alors indifféremment, avec ou sans pince dilatatrice, dans une ouverture qu'on a sous les yeux. Cette ouverture est exactement située sur la ligne médiane; elle est rectiligne et ne présente pas ces directions irrégulières que l'on observe parfois lorsque, pratiquée à l'aveugle et à la hâte, la pulpe du doigt et l'ongle sont les seuls conducteurs et les seuls garants de sa rectitude. Cette rectitude a bien son importance, tant pour faciliter l'engagement de la canule dans la trachée que pour y assurer son maintien. En agissant aissi, il n'existe plus aucune crainte de blesser les gros vaisseaux, ni de traverser la trachée de part en part. La suffocation par le sang, ainsi que les tentatives destinées à l'aspirer, sont évitées.

Les chirurgiens anglais ne craignent pas d'avoir recours, paraît-il, aux anesthésiques. Leur emploi, jusqu'à preuve contraire, nous semble contre-indiquée par l'état du patient qui est menacé d'asphyxie. Par contre, l'impression qui résulte de la lecture de l'article de Holmes sur la trachéotomie, est que ses compatriotes redoutent encore plus que nous ses complications opératoires immédiates, telles que l'hémorrhagie et l'asphyxie. Aussi Buchanan conseille, comme nous l'avons fait, de dénuder la trachée sur le point où doit porter sa section. Mais à cause des dangers précités, il préfère pour les enfants en général, recourir à la trachéotomie sus-thyroïdienne, ou même à la cricotomie.

Il me semble qu'il y a lieu d'établir une distinction que nos confrères n'ont pas faite, et réserver à la première enfance seulement (s'étendant d'un an à deux ans) l'opération au-dessus de l'isthme de la thyroïde. Encore est-il nécessaire qu'il soit démontré que les succès définitifs obtenus par cette dernière méthode ne sont pas inférieurs à ceux de la trachéotomie sous-thyroïdienne. En effet, la cricotomie est d'une exécution plus facile que l'opération précédente sur les sujets de l'âge que j'ai indiqué. Mais à partir de ce moment les difficultés de celle-ci ne sont pas telles qu'elles doivent faire abandonner cette opération pour en choisir une autre, s'il n'existe — et je l'ignore — pour justifier ce choix, que des raisons tirées exclusivement de la facilité ou de la sécurité du manuel opératoire.

Les avantages du procédé de lenteur méthodique, tel que nous venons de le décrire, étant supposés admis, il est naturel de se demander s'il est toujours applicable, si l'urgence d'une intervention rapide ne commande pas parfois de recourir à un mode plus expéditif. Nous estimons que cette nécessité doit se présenter bien rarement en dehors d'une asphyxie imminente produite par un corps étranger, une fracture du larynx, ou l'introduction d'une abondante quantité de sang dans les voies aériennes durant le cours d'une opération. Car exécutée comme nous l'avons décrite, cette opération comporte en moyenne à peine une durée de dix minutes ou d'un quart d'heure. Mais il est indispensable dans la période ultime du croup de prendre certaines précautions, de relever la tête de temps en temps pour faciliter la respiration, pendant que de petites éponges sont maintenues dans la plaie, de ne pas comprimer du doigt le conduit trachéal dans les explorations qui servent à le faire reconnaître, manœuvre qui augmente la gêne respiratoire et pourrait déterminer la mort.

C'est après avoir pratiqué un grand nombre de ces opérations un peu par tous les procédés, que je me suis arrêté à celui que je viens de décrire, lequel, sans l'adjonction d'aucune innovation instrumentale, met le plus sûrement à l'abri de toute éventualité périlleuse immédiate.

(*Suite et fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Origine de la levure de bière. — M. *A. Trécul* s'élève contre les doctrines de M. Pasteur. Il a, dès 1868, constaté non-seulement la transformation du *Mycoderma cerevisiæ* en levûre de bière, mais aussi le passage de ce *Mycoderma* au *Penicillium*, ainsi que l'avait vu Turpin. Comme, d'un autre côté, les spores du *Penicillium* se changent en *Mycoderma* et en levûre de bière, la démonstration de la parenté de la levûre et du *Penicillium* lui paraît complète. Il a indiqué la cause de l'erreur nouvelle de M. Pasteur bien avant qu'il commît cette faute; car il a reconnu que les *Mycoderma* trop âgés ne se transforment pas en levûre, que les seuls *Mycoderma* jeunes subissent la transformation. La conséquence de tout cela est que, si l'on admet cette transformation du *Mycoderma* en levûre, il faut nécessairement reconnaître que la levûre peut se changer en *Mycoderma*, et alors on n'a plus guère de raison pour récuser le passage du *Mycoderma* au *Penicillium*.

« Tout cela prouve, ajoute-t-il, qu'il n'y a pas lieu de partager ces êtres inférieurs en *classe des* ANAÉROBIES *ou* ZYMIQUES et en *classe des* AÉROBIES *ou* AZYMIQUES. Ce mode de distinction est sans fondement sérieux. En effet, les êtres de ces deux catégories se comportent absolument de la même manière; ils prennent de l'oxygène au milieu dans lequel ils vivent et rendent de l'acide carbonique. Que de la réaction il résulte en outre de l'alcool, de l'eau, de l'acide acétique, etc., peu importe, il y a toujours une combustion, et celle-ci est effectuée par des êtres qui opèrent dans l'air ou au milieu des liquides; et certes M. Pasteur ne peut pas plus refuser le titre de ferment au *Mycoderma aceti*, qui agit à la surface du liquide, qu'au vibrion butyrique ou tartrique et à la levûre alcoolique, qui fonctionnent au sein des liquides. Cela seul montre le défaut de parallélisme des *zymiques* et des *azymiques* avec les *anaérobies* et les *aérobies*. »

M. *Pasteur* répondra dans la prochaine séance.

Distribution géographique des populations primitives dans le département de l'Oise, par M. *R. Guérin*. — Les dépôts tourbeux ont fourni des armes de pierre et de bronze; on a trouvé des flèches (têtes) à Bresles, ainsi que des haches polies; il en a été de même aussi pour le marais de Sacy-le-Grand. Le bronze a été rencontré dans les marais de Goincourt, de Sacy, dans ceux de la vallée de Thérain, de la Nonette, à Beauvais même. Nulle part encore on n'a trouvé de traces de stations semblables à celles établies en Suisse sur pilotis; mais, en revanche, on voit que les bords des vallées de l'Oise, du Thérain, de la Nonette, de l'Epte, de l'Authonne, de l'Aisne, ont vu naître, se développer et mourir des populations nombreuses. On peut reconnaître, par l'ensemble des faits, l'importance des vallées déjà à cette époque, et quelles voies ou plutôt quels sentiers les peuplades avaient suivis pour venir habiter et se répandre sur les plateaux. (*Comm.* : MM. de Quatrefages, Daubrée, Roulin.)

Phylloxera. — Communications de MM. *M. Cornu* et *Milins*. (Renvoi à la commission du Phylloxera.)

Causes des maladies. — M. *Rousset* adresse une nouvelle note sur ce sujet. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Action de certaines substances toxiques sur les poissons de mer. Note de MM. *A. Rabuteau* et *F. Papillon*. — Il résulte de cet intéressant travail, dont la partie expérimentale, trop étendue pour être reproduite, n'est pas susceptible d'analyse, qu'en général, et exception faite de quelques particularités assez intéressantes, les poisons organiques, les seuls que les auteurs aient étudiés, agissent sur les poissons de la même façon que sur les espèces appartenant aux autres groupes du règne animal, ce qui confirme une fois de plus la doctrine de M. Claude Bernard concernant l'identité fondamentale des actions toxiques élémentaires dans toute la série vivante.

Un fait intéressant relatif à l'action de la strychnine, c'est la persistance de l'excitabilité réflexe chez les animaux qui ont reçu ce poison à dose non mortelle. Une roussette de près de 2 kilogrammes, dans la bouche de laquelle on avait introduit près de 2 centigrammes de strychnine, a présenté pendant une semaine une susceptibilité excessive au toucher.

Un autre fait à noter, c'est que la thébaïne a excité de violentes convulsions chez la raie, tandis qu'elle n'en a pas provoqué chez la blennie. D'après les expériences de M. Cl. Bernard, ce même alcaloïde est convulsivant chez le chien, et, d'un autre côté, d'après des expériences de l'un des auteurs, cette base parfaitement pure peut être prise par l'homme à la dose de 10 centigrammes sans provoquer aucun phénomène d'excitation.

Ajoutons que, d'après le résultat des expériences, l'action de l'iodure de tétraméthylammonium est analogue à celle du curare.

Chronologie du follicule dentaire chez les mammifères, par MM. *E. Magitot* et *Ch. Legros*. — Une série d'embryons humains mesurant 5 centimètres 1/2, 7 centimètres 1/2, 11 centimètres et 20 centimètres, a permis de fixer les époques d'apparition de la *lame épithéliale*, de l'*organe de l'émail*, du *bulbe*, de la *paroi folliculaire* jusqu'au moment où celle-ci effectue la clôture du sac.

Emploi de la galvanocaustie dans les opérations chirurgicales. Note de MM. *Ch. Legros* et *Onimus*. — Pour bien démontrer les avantages de la galvanocaustie, les auteurs ont déterminé des lésions intra-péritonéales avec le galvanocautère, lésions habituellement mortelles avec d'autres procédés. Ils ont opéré sur des rats et des chiens, et il résulte de ces expériences que les eschares galvanocaustiques dans les cavités péritonéales et pleurales sont inoffensives; d'où il faut conclure à la supériorité de cette cautérisation sur les autres procédés pour l'ablation ou la cautérisation des organes renfermés dans ces cavités.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté de M. le docteur *Dupré*. — *b*. Une note de M. le docteur *Romanowski* sur le choléra. — c. Une lettre de M. le docteur *Guillery* sur le nouveau système d'attelles qu'il a proposé dans la séance du 16 septembre.

M. *Théophile Roussel* dépose sur le bureau le projet présenté par M. *Paul Bert* à l'Assemblée nationale sur l'organisation de l'enseignement supérieur.

M. *Larrey* offre à l'Académie les Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse (7e série, t. V).

Séance peu intéressante; trois rapports et une courte discussion sur la partie scientifique du rapport de la commission du prix d'Ourches.

Rapports. — M. *Jules Lefort* donne d'abord lecture du rapport de la commission des remèdes secrets et nouveaux, comme toujours remèdes plus ou moins fantaisistes contre les maux de dents, la rage, les brûlures et les cors aux pieds. Rien de particulier. Signalons pourtant un propriétaire qui demande modestement la croix d'honneur et un million pour avoir trouvé une préparation infaillible contre le cancer.

M. *Bernutz* lit ensuite un rapport sur le prix Itard, pour lequel l'Académie avait reçu sept mémoires.

Puis M. *Devilliers* donne lecture d'un troisième rapport sur le prix Capuron.

Signes de la mort réelle. — Une courte discussion s'engage vers la fin de la séance entre MM. *Colin*, *Devergie*, *Chauffard*, *Gavarret*, *Béclard*, *Giraldès* et *Gubler* sur la valeur de quelques signes présentés dans le rapport du prix d'Ourches comme signes certains de la mort.

M. *Colin*, après quelques observations sur la tache scléroticale, critique l'emploi du thermomètre dans la constatation des décès. Il est insuffisant pour reconnaître la mort réelle de la mort apparente. On dit que, quand la température du corps descend à 20 ou 22 degrés, c'est un signe certain de mort. Ce n'est pas démontré, et il croit que, dans certains cas de mort apparente par suite de l'arrêt des fonctions respiratoires, le refroidissement peut être considérable et atteindre cette limite de 20 degrés. Au point de vue pratique, le thermomètre lui paraît d'une application difficile.

Il ajoute que d'une façon générale la question lui semble mal posée ; on aurait dû demander non les signes de la mort réelle, mais ceux de la mort apparente.

MM. *Devergie*, *Béclard* et *Gavarret* répondent que la commission avait voulu bien établir ce fait que, jusqu'à présent, on n'avait pas d'exemple de persistance de la vie avec une température inférieure à 20 degrés.

M. *Chauffard* cite un cas d'alcoolisme dans lequel le thermomètre mis dans le rectum était descendu à 26 degrés sans que la mort s'ensuivît; il se demande si, dans certains états pathologiques d'alcoolisme, d'inanition ou de froid, la température ne pourrait pas tomber au-dessous de 20 degrés sans que la mort survînt.

A propos de la tache scléroticale signalée comme un des meilleurs signes de la mort, M. *Gubler* fait observer qu'on la rencontre chez les cholériques quelque temps avant la mort. Il ne faut donc pas en exagérer la valeur.

M. *Devergie* doute que ces taches soient de même nature que la tache scléroticale dont parle le rapport.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

LÉSIONS DES LYMPHATIQUES DE LA DURE-MÈRE SPINALE DANS LE MAL DE POTT : M. CORNIL. — RÉFORMES A APPORTER DANS LA RECHERCHE DE L'ACUITÉ VISUELLE : M. JAVAL. — LA SCLÉROSE DES FAISCEAUX RADICULAIRES DES CORNES POSTÉRIEURES DE LA MOELLE EST LA LÉSION PRÉDOMINANTE DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE : M. PIERRET. — DE L'ICTÈRE DANS LA LIGATURE DU CANAL CHOLÉDOQUE : M. SINETY.

La communication de M. *Cornil* est très-importante, parce qu'elle démontre, par des observations anatomo-pathologiques, l'existence de canaux lymphatiques à la face externe de la dure-mère rachidienne. Dans un cas de mal de Pott où la dure-mère rachidienne présentait une sorte de bourrelet faisant saillie à la face externe de la dure-mère, M. Cornil a observé, dans la partie moyenne de la dure-mère, des cavités tapissées d'épithélium polyédrique, renfermant des cellules infiltrées de matière colloïde, c'est-à-dire en résumé les caractères des canaux lymphatiques enflammés. Lorsqu'on aura définitivement démontré les relations de ces lymphatiques avec le tissu nerveux médullaire et, par suite, leur rôle normal et pathologique par rapport à la moelle, on pourra sans doute expliquer des phénomènes peu connus dans la nutrition de la moelle et dans les altérations résultant de la compression de cet organe.

L'étude des lésions pathologiques de la moelle a d'ailleurs accompli un progrès très-remarquable, car M. *Pierret* vient de communiquer un nouveau fait pathologique démontrant que

l'ataxie locomotrice semble liée à l'altération d'une certaine zone de la moelle, c'est-à-dire que la sclérose des fibres radiculaires situées contre les cornes postérieures de la moelle, à leurs bords internes, c'est-à-dire regardant vers la scissure postérieure, et séparés de celle-ci par les faisceaux de Gull, constitue la lésion caractéristique de l'ataxie locomotrice. Cette communication confirme les observations antérieures de M. Pierret, de M. Liouville et de M. Charcot.

M. *Javal* démontre les imperfections des procédés appliqués jusqu'à ce jour dans l'étude de l'acuité visuelle. Les échelles de Snellen, de Giraud-Teulon, vulgairement employées dans la pratique, ont constitué un progrès, mais elles présentent des inconvénients, les uns inhérents à la fabrication même, c'est-à-dire la coloration du papier ou des caractères, les autres dépendant du mode d'emploi, c'est-à-dire de l'intensité de l'éclairage, qui offre une importance considérable. Une réforme est nécessaire. Il faut d'ailleurs substituer le système métrique à la dénomination en pouces de la distance à laquelle on observe; il faut prendre comme point de départ l'acuité intégrale de la vision basée sur des observations multiples. En définitive, la proposition de réforme doit être basée sur une longue série d'expériences très-précises, très-délicates. M Javal les a commencées; nous ne doutons pas qu'il ne les mène à bonne fin, le temps et la patience y aidant.

— De la communication de M. *Sinety*, que l'heure avancée a dû rendre très-brève, nous signalerons une conclusion intéressante, à savoir que la ligature du canal cholédoque chez le chien est suivie d'une apparition rapide des matières colorantes de la bile dans l'urine, lesquelles sont observées quelques heures après l'opération. L'ictère ne se montre que plus tardivement; dans ce cas, huit jours après la ligature.

— Dans la même séance, M. *Hamy*, dont les travaux anthropologiques sont bien connus, a été élu membre titulaire par 35 voix sur 39 votants.

A. Hénocque.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. MIALHE.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES A LA GLYCÉRINE : MM. DELIOUX DE SAVIGNAC, SECOND-FÉRÉOL ET MIALHE; DISCUSSION. — PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES; DISCUSSION : MM. MIALHE, DELIOUX DE SAVIGNAC. — ICTÈRE EXPÉRIMENTAL; CHOLESTÉRHÉMIE; PRÉSENTATION DE PIÈCES : M. AUDIGÉ.

Revenant sur les injections sous-cutanées à la glycérine, M. *Second-Féreol* croit que la douleur provoquée par elles peut être expliquée par la présence des acides qui s'y trouvent combinés (les acides formique et butyrique). Cette question toute chimique est étudiée en ce moment par son interne en pharmacie qui se propose de soumettre à la société le résultat de ses recherches.

M. *Delioux* ne serait pas à priori porté à admettre dans la glycérine l'existence de ces acides. Ils forment avec l'argent des sels insolubles; or, la plupart des glycérines du commerce essayées par le nitrate d'argent ne se troublent pas. Quelle que soit la cause de la douleur, il ne voit là, après tout, qu'un inconvénient secondaire à côté de l'avantage que présente cet alcool au point de vue de la conservation d'une solution d'alcaloïde toujours pure. La douleur peut être due à la glycérine elle-même qui, loin d'être un calmant, excite les tissus et provoque toujours de la douleur, lorsqu'on l'emploie sur les gerçures des mains par exemple. Enfin l'acide formique par lui-même n'est pas un excitant.

M. *Mialhe* admet la possibilité de l'existence de l'acide formique, mais du moment qu'il y est assez dissimulé pour ne pas se combiner avec l'argent, il ne doit pas non plus éveiller la douleur, si tant est qu'il soit capable de la provoquer.

M. *Limousin*, au nom de M. Lebaigue, donne lecture d'un travail qui a pour titre : Note sur le mode d'action des ferrugineux, et sur le fer dialysé en particulier.

Ce travail tendrait à établir la supériorité de l'oxyde de fer obtenu par la dialyse du perchlorure sur toutes les autres préparations martiales. Il ne s'appuie, en réalité, sur aucune expérience physiologique, sur aucun fait clinique, et cherche à combler cette lacune par l'intervention aussi inattendue que peu probante d'une foule de problèmes de physiologie générale qui brillent aux yeux du lecteur, sans éclairer le moins du monde la question de supériorité de l'oxyde de fer, comme nouvelle préparation pharmaceutique.

On y trouve, en outre, quelques erreurs : l'une d'elles consiste dans une étrange opinion professée par l'auteur, sur la constipation. Il la considère comme donnant la mesure de l'efficacité d'un ferrugineux, sous prétexte qu'elle serait la conséquence d'une digestion plus complète. Le *nec plus ultra* de l'hygiène serait donc de supprimer la défécation et de liquider la situation de l'organisme comme celle d'une caisse. Il est entré de la matière organique dans le tube digestif, il n'en est pas sorti, donc l'organisme a profité de toute la matière entrée. Ce qui ne sort pas, le gros intestin le garde sans aucun profit pour lui-même et au détriment de l'organisme; constipation n'est pas assimilation.

M. *Mialhe* reproche à la préparation présentée de n'être nouvelle qu'en apparence. Quelle que soit la préparation de fer qu'on donne, elle n'arrive jamais qu'à l'état d'oxyde de fer. Si l'acide du sel ferreux ou ferrique est organique, il est brûlé et l'oxyde est mis à nu. Si l'acide est minéral, il se combine avec les alcalins du sang et l'oxyde de fer est encore mis à découvert. Rien ne légitime à ses yeux la tendance que pourrait avoir la nouvelle préparation à se spécialiser aux dépens des autres. Tous les sels de fer fournissent ce métal de la même manière. S'ils ne sont pas tous égaux pour le médecin, cela tient à d'autres considérations d'ailleurs capitales.

M. *Delioux*, tout en reconnaissant que l'application de la dialyse est ingénieuse, fait des objections analogues à celles de M. Mialhe. Il s'élève, en outre, contre l'opinion qui voudrait que la chlorose nécessitât toujours l'introduction, quand même, dans l'économie, d'une assez grande proportion de fer. A quelque dose qu'on le donne, il en reste bien peu dans le sang. Il ne suffit pas qu'il se fixe sur les globules; il faut, en outre, que ce nombre des globules soit augmenté : c'est à la nutrition générale qu'il faut s'adresser pour obtenir ce résultat. Les eaux minérales ferrugineuses suffisent souvent comme préparation martiale; on réussit ainsi avec l'aide de l'hydrothérapie ou de quelques autres méthodes, à guérir les chlorotiques beaucoup mieux qu'en les bourrant de préparations ferrugineuses qui, d'ailleurs, sont abondantes.

M. *Audigé*, qui depuis quelque temps s'est livré avec M. Dujardin-Beaumetz à une série d'expériences ayant pour but de produire des coliques hépatiques ou des ictères artificiels, présente le foie d'un chien chez lequel il a pratiqué la ligature du canal cholédoque.

Après avoir pratiqué cette opération, l'expérimentateur vit la bile apparaître dans l'urine au bout de trois heures. Elle apparut en même temps dans le sang; les matières furent à ce même moment décolorées.

Ce n'est que huit ou neuf jours après qu'apparut la coloration des sclérotiques, des muqueuses et de la peau du ventre. A ce moment survint une hémorrhagie intestinale; l'animal succomba à des accidents convulsifs. A l'examen de la pièce, on ne constata pas de péritonite. Les voies biliaires sont extrêmement dilatées : le canal cholédoque, rempli de bile, mesure 2 centimètres 1/2 de diamètre. Le foie est gros; les canaux biliaires offrent le calibre d'une plume d'oie; les canalicules sont également dilatés. La rapidité de l'apparition de la bile dans l'urine et dans le sang, la lenteur avec laquelle apparait la coloration ictérique, distinguent ce fait des expériences de Frerichs et le rapprochent de celles de Saunders.

Ce n'est donc pas plusieurs jours après la ligature du canal cholédoque que les matières colorantes de la bile apparaissent dans les différents liquides de l'économie : c'est trois heures après.

M. Audigé se demande si les résultats contraires obtenus par d'autres expérimentateurs ne tiennent pas à ce que le hasard les aura fait tomber sur une disposition anatomique commune chez le chien; il arrive fréquemment chez cet animal que le foie se divise en cinq ou six lobules; un des canaux hépatiques vient alors se jeter dans le cholédoque à l'endroit même où ce dernier traverse les parois de l'intestin.

M. Audigé constate ensuite que l'expérimentation qui lui a montré que l'ictère de la sclérotique et de la peau n'apparaissait qu'au huitième jour, permet d'infirmer la croyance où l'on est généralement que l'ictère des urines ne précède chez l'homme que d'un ou deux jours l'apparition de la coloration à la peau. On pourrait cependant faire ici quelques objections,

La présence de la matière colorante de la bile dans le sang au bout de trois heures ne permet guère d'admettre qu'il faille neuf jours pour que l'imbibition soit manifeste à la peau. Il serait, selon nous, plus plausible de croire que la coloration jaune, en raison de la nature même du tissu cutané chez le chien, a pu échapper tant qu'elle n'a pas été très-manifeste.

Quant à la cause de la mort après la ligature du canal cholédoque, Flint (de New-York) l'attribue à l'empêchement que produit la ligature sur le rôle excrémentitiel du foie, considéré comme éliminateur de la cholestérine. On a répondu à cette hypothèse en montrant que l'injection de cholestérine dans le sang d'un animal n'amenait pas chez lui les accidents convulsifs qui apparaissent après la ligature du canal cholédoque.

M. Audigé pense avec raison que l'injection de cholestérine ne donnerait des symptômes toxiques qu'après la ligature du canal. En dehors de cette précaution expérimentale, le foie suffit, par une légère suractivité, à éliminer la substance injectée.

Il y aurait donc lieu, dit l'orateur, de pratiquer quelques expériences contradictoires avec et sans ligature préalable du canal cholédoque. Si la toxicité de la cholestérine n'apparaissait qu'à la condition que la fonction éliminatrice du foie eût été empêchée, il y aurait lieu de conclure avec Flint à la nature cholestérhémique des accidents provoqués chez les animaux par la seule ligature du canal cholédoque en dehors de toute injection de cholestérine.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX.

De la forme ambulative ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde, par le docteur Vallin, agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'auteur, s'appuyant sur des observations rigoureuses, développe dans ce travail la proposition suivante : La fièvre typhoïde peut, dans des cas rares, arriver aux termes avancés de son évolution, se révéler tout à coup par des accidents graves et même mortels, sans que la température mesurée au thermomètre soit sensiblement sortie des limites de l'état normal. La question n'est pas nouvelle, mais elle a été reprise par le docteur Vallin, avec autant de talent que de précision; c'est à des faits de ce genre que la plupart des auteurs font allusion en signalant le défaut de concordance, assez rare toutefois, entre les phénomènes morbides et les lésions trouvées à l'autopsie. On pourrait être tenté de mettre en doute aujourd'hui la réalité de cette forme latente, apyrétique et attribuer à deux causes, aux fausses sensations des malades et à l'insuffisanse des procédés d'exploration, les incertitudes d'un diagnostic qui a tenu en échec des praticiens comme Louis et Chomel.

La maladie est latente pour le malade, elle ne l'est pas pour le médecin qui se livre à une exploration rigoureuse. Il y a peu d'années encore, aucun procédé matériel d'exploration, aucun signe physique ne venait en aide au diagnostic de la fièvre typhoïde. Nous possédons aujourd'hui un précieux moyen de mesurer avec précision la température du corps et de remplacer par la lecture d'appareils enregistreurs l'impression trompeuse que fournit l'application de la main. Or, le docteur Vallin vient de soumettre au contrôle de cet admirable instrument deux cas de fièvre typhoïde latente, et il démontre dans son intéressant travail l'existence d'une forme spéciale dans laquelle la maladie reste latente par l'absence de température fébrile.

Parmi ces cas à forme apyrétique, il y a lieu, selon lui, d'établir une distinction importante. Depuis quelques années, Schmidt, Griesinger, Lebert, ont décrit, sous le nom de *typhus abortif*, *typhus levis* ou *levissimus*, les formes atténuées, frustes ou légères de la fièvre typhoïde; le docteur Laveran a publié, en 1870, sur ce typhus abortif, un mémoire intéressant et les tracés thermiques qui accompagnent son travail prouvent à la fois la réalité du mouvement fébrile et la bénignité correspondante de la maladie. Cette forme diffère essentiellement de celle que l'auteur étudie. Dans les deux observations qu'il rapporte, le processus semble en effet différent : la maladie, au lieu d'être légère, avortée au point de vue symptomatologique, comme au point de vue anatomique, est grave et complète, quant à la lésion; malgré l'absence de fièvre, ou pour mieux dire de température fébrile, elle peut être accompagnée de troubles profonds de la nutrition, de complications redoutables (hémorrhagies, ruptures musculaires, vastes eschares), comme le témoignent les faits consignés dans la seconde observation et qui contrastent avec la bénignité trompeuse de l'expression séméiologique.

C'est à cette forme qu'il faudrait, selon M. le docteur Vallin, réserver le nom d'apyrétique, si la rareté des cas analogues n'est pas trop grande et si la réalité est confirmée par de nouvelles recherches thermométriques.

Dans la première observation qui a trait à un jeune malade âgé de vingt-quatre ans, la maladie s'est terminée favorablement et, durant quinze jours, la température axillaire n'a pas dépassé 37°,6. L'état général était si peu grave que l'on aurait pu croire tout d'abord à la simulation; la persistance de l'anorexie, léger délire nocturne, l'épistaxis du début engagèrent cependant le docteur Vallin à prendre la courbe thermométrique. Le tracé restait négatif, lorsque survint brusquement une hémorrhagie intestinale. L'apparition de cet accident fut véritablement le signal d'une transformation dans la marche de la maladie; à partir de ce moment, le cortége des symptômes typhiques apparaît dans sa forme classique : chaleur fébrile, stupeur, délire, eschares au sacrum, etc. L'auteur explique la bénignité des symptômes, pendant la première période, par le peu d'étendue de la lésion intestinale; la prostration, le délire, les eschares, seraient la conséquence d'une débilité extrême engendrée par la perte d'une grande quantité de sang.

Le second cas, observé par l'auteur, présente les particularités suivantes : pendant quinze à vingt jours, état de dépression mal défini, faiblesse générale qui n'empêche pas le malade de se lever, et même, vers le dix-huitième jour, de passer une demi-journée hors de l'hôpital pour régler ses affaires; pendant tout ce temps, absence complète de fièvre, la température oscille entre 36°,8 et 37°,6. Tout d'un coup péritonite suraiguë, mort en vingt-quatre heures.

A l'autopsie, ulcérations très-étendues des plaques de Peyer, péritonite par propagation, sans perforation; dégénérescence vitreuse avec ruptures et hémorrhagies des muscles de l'abdomen et de la cuisse. A propos de cette dernière lésion, l'auteur fait remarquer que dans l'espèce, cette dégénérescence vitreuse ne pouvait être considérée comme la conséquence naturelle de l'hyperthermie (Liebermester, Kühne, Hermann, Martini, Zencker, E. Hoffmann, Hayem), puisque jamais la

température n'avait dépassé 37°,6. Aussi incline-t-il à la rattacher à une altération du sang, à un trouble général de la nutrition des tissus. Deux faits intéressants résultent de ces observations : 1° l'absence absolue et très-prolongée de toute température fébrile; 2° la réalité de l'affection typhoïde.

« L'élévation de la température, dit l'auteur en terminant, est bien plus un symptôme de la fièvre que la fièvre elle-même; c'est son expression la plus apparente, mais à voir les choses de plus haut, ce qui constitue la fièvre c'est l'exagération des combustions, c'est le trouble de la nutrition générale : l'élévation de la température est un fait contingent, accessoire, qui peut manquer comme tout autre symptôme, c'est un signe précieux de diagnostic, le plus précieux peut-être pour suivre l'évolution des maladies infectieuses; ce n'est pas une base absolument certaine. »

BIBLIOGRAPHIE.

On Megrim, Sick-headache and some allied disorders, a contribution to the pathology of Nerve-storms, by E. Liveing. In-8, 512 pages, 1873. — London, Churchill.

Depuis longtemps déjà, le docteur Liveing étudie les maladies nerveuses en général et la migraine en particulier. Ses premiers travaux ont paru en 1870; mais dès 1863 il avait ramassé les matériaux les plus importants de l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui. Le traité de la migraine est donc une œuvre faite à loisir. Aussi ne s'agit-il plus d'un mémoire, d'un petit traité, mais d'un ample volume de plus de 500 pages, dans lequel l'auteur ne s'occupe pas seulement de la migraine vulgaire, essentielle, mais du mal de tête en général et d'une foule de désordres nerveux que nous ne sommes point habitués en France à rapprocher de la migraine. Le long espace de temps qui s'est écoulé entre la conception de l'œuvre et sa publication, a permis aussi à l'auteur d'y introduire une série de paragraphes qui sans doute ne s'y trouveraient pas si la publication eût été plus hâtive, et certains chapitres n'auraient point acquis après coup des proportions démesurées.

Ainsi, par exemple, le chapitre V, qui s'est accru peu à peu, comprend 175 pages uniquement consacrées à l'exposition des théories émises par les auteurs, tant anciens que modernes, médecins ou non médecins, sur la nature et la cause prochaine de la migraine. Ici c'est la bile qui est la cause du mal. Là il s'agit des sympathies, et la migraine est ou gastrique, ou utérine, ou ophthalmique, etc. Puis viennent les actions réflexes et les perturbations vaso-motrices. Pour M. Parry, la migraine est, dans son principe, une congestion artérielle; pour M. Hall une congestion veineuse; M. du Bois-Reymond introduit un élément spasmodique vaso-moteur; M. Möllendorf, plus hardi, n'hésite pas à paralyser les parois de la carotide; M. Latham anémie d'abord le cerveau et ensuite l'hypérémie tout à coup; enfin, M. Niemeyer, juge suprême en ces matières, proclame que tous ceux qui avant lui ont fait la théorie de la migraine ne sont que de vulgaires fantaisistes.

Évidemment, tout cela est trop long et sans intérêt pour le médecin. J'ai trouvé toutefois dans ce milieu un paragraphe égaré, qui certes méritait d'être mieux placé. L'auteur étudie dans ce paragraphe les troubles circulatoires locaux et généraux de la migraine, et compare ces troubles à ceux qui s'observent dans d'autres névroses. Ces quelques pages intéressantes nous conduisent à la théorie imaginée par l'auteur; je vais la reproduire aussi clairement que possible. Je crois l'avoir comprise; cependant je fais toutes mes réserves à cet égard.

Dans la migraine et dans une série d'états nerveux que M. Liveing en rapproche, il faut admettre, nous dit-il :

1° Une prédisposition ou diathèse nerveuse innée ou acquise.

2° Sous l'influence de cette diathèse, il s'accumule sur tout le système nerveux, ou sur divers points de ce système, une grande quantité de force nerveuse.

3° Spontanément ou sous l'influence de causes occasionnelles diverses, il se fait une décharge de cette force nerveuse irrégulièrement accumulée, et de là résultent une foule de troubles sensoriels, sensitifs, moteurs, intellectuels, etc.

4° La décharge faite, l'orage cesse; et, comme le ciel après la tempête, les fonctions nerveuses reprennent leur sérénité.

Fort heureusement l'auteur ne s'est pas contenté de nous exposer des théories; nous le trouvons vraiment médecin dans les autres parties de son ouvrage. Il établit d'abord une distinction capitale : la migraine est essentielle ou symptomatique. C'est dans le chapitre VI qu'il traite de cette dernière : migraine symptomatique de la goutte, de la *malaria*, des maladies organiques de l'encéphale, etc. Peut-être n'a-t-il pas poursuivi suffisamment cette distinction. Il y a bien des cas de migraine qu'il considère comme fournissant des exemples de migraine essentielle et qui sont des exemples de migraine symptomatique : ainsi ces observations dans lesquelles nous voyons la douleur de tête alterner, ou précéder, ou accompagner des attaques de paralysie, de convulsions, etc.

Quoi qu'il en soit, M. Liveing décrit dans les trois premiers chapitres de son livre la migraine considérée comme affection essentielle. Il l'étudie à la manière des cliniciens, sans parti pris d'explications prétendues physiologiques, et j'avoue que l'ouvrage réduit à ces trois chapitres, et au dernier, qui contient le traitement, m'eût paru bien mieux proportionné et plus médical. Il est vrai que chacun est libre de délaisser le chapitre des explications.

Le docteur Liveing divise la migraine en quatre degrés ou formes.

Dans la première forme : douleur intolérable, nausées survenant dans le cours des crises violentes, influence très-heureuse du sommeil, hypérémie secondaire sur les points très-douloureux, etc.

La seconde forme est fort commune. C'est en général une maladie héréditaire, un mal de famille. La migraine revient périodiquement. La guérison se fait encore habituellement par le sommeil. Quelquefois les vomissements en sont la crise, etc.

La troisième forme est caractérisée par les troubles de la vue.

Dans la quatrième forme enfin, s'observent des troubles généralisés des fonctions nerveuses.

Il est facile de voir que la quatrième forme se rapproche singulièrement des migraines symptomatiques. Il me semble même qu'il ne s'agit plus ici de la migraine, mais du mal de tête, lié dans la plupart des cas, sinon dans tous, à quelque lésion cérébrale produisant en même temps les autres perturbations nerveuses, l'aphasie, le vertige, la paralysie, les convulsions. En outre, les formes admises par le docteur Liveing ne reposant que sur des distinctions symptomatiques, ne nous traduisent que l'aspect extérieur du mal et non sa nature, ce qui les rend arbitraires et leur enlève toute solidité.

Le sujet étant ainsi divisé, l'auteur, dans le chapitre II, étudie l'action prédisposante du sexe, de l'âge, de l'hérédité; puis les causes occasionnelles et excitantes : les troubles gastriques et intestinaux, les troubles de la menstruation, les émotions, la fatigue, la privation de nourriture, le sommeil trop prolongé, la veille opiniâtre, les excès dans la stimulation sensorielle, les influences atmosphériques, etc.

Le chapitre III renferme l'étude des troubles nerveux que l'auteur rattache à la migraine. Ce sont les perturbations diverses de l'intelligence, des sens, du mouvement, les vertiges, l'aphasie, les vomissements, la stupeur, etc. Évidemment le docteur Liveing a trop étendu son sujet, et je crois que bien des médecins se refuseront à faire entrer la plupart de ces désordres nerveux dans la constitution symptomatique de la migraine.

Je regrette que le chapitre du traitement ne nous apprenne rien de nouveau. Nous savons tous qu'il faut d'abord mettre en usage les moyens de l'hygiène, écarter autant que possible les

causes occasionnelles et excitantes, modifier le genre de vie, etc. Les remèdes recommandés par l'auteur, — sédatifs, toniques, spécifiques, — nous sont également connus. M. Liveing vante surtout l'iodure de potassium; il aurait dû nous dire quelle est la nature des migraines ou des maux de tête qui ont été guéris par l'emploi de ce médicament. Les moyens à mettre en usage pendant la durée du paroxysme sont également variés; cependant, ce qu'il y a de mieux encore à conseiller au migraineux pendant son attaque, c'est la tranquillité, le calme et le repos. V. A.

VARIÉTÉS.

Congrès de Vienne. — Les quarantaines et la prophylaxie

(Fin. — Voyez les numéros 48 et 49.)

III. — Moyens prophylactiques.

En conséquence de ce qui précède, je propose l'emploi de mesures internationales énergiques, gigantesques, et que, sans le concours des grandes et petites puissances, il est impossible de réaliser. Je veux parler des moyens d'assainissement du Gange, du Nil, du Danube et des grands fleuves américains; c'est-à-dire, que je veux une hygiène rationnelle et générale, mais non pas symptomatique (permettez-moi l'adjectif). Je veux écraser les épidémies dans leurs berceaux, avant qu'elles deviennent de grands monstres contre lesquels toutes les forces sont impuissantes.

Si l'Angleterre, la France, la Hollande, l'Arabie, la Perse, la Chine, la Turquie, le Japon, le Portugal, enfin les pays qui ont des intérêts immédiats aux Indes et qui en sont voisins, se réunissent, chacun selon ses forces et en proportion de ses revenus et de son commerce, ne serait-il pas possible de canaliser les eaux du Gange et ses tributaires (dans leurs embouchures principalement), d'assainir ses bords, d'éviter l'incinération incomplète des cadavres, de faire des fosses d'aisances convenables, de diminuer les autres conditions reconnues capables de produire ou d'entretenir la maladie?

Nous dirons la même chose au sujet des deux grandes rivières qui passent pour engendrer la peste ou pour l'entretenir. Si la Russie, la Turquie, l'Autriche, l'Italie, l'Égypte, la France, l'Espagne, l'Allemagne, la Grèce, les Principautés Danubiennes, etc., le veulent, n'est-ce pas que les foyers de la peste et du typhus diminueront et disparaîtront au bout de quelque temps?

Il en arrivera encore de même avec les foyers de la fièvre jaune. Les États-Unis, que je considère comme l'Atlante du XIXe siècle, puisqu'ils ont pu réunir les deux Océans par la voie de fer la plus gigantesque qui existe, ne pourront-ils, avec le concours des puissances européennes qui ont des colonies et des richesses et de grands revenus aux Antilles, avec le Brésil, les républiques Sud-Américaines, et le Mexique, faire la canalisation de leurs grandes rivières, et faire tout ce qu'il faudra pour faire disparaître cette maladie terrible ou diminuer du moins sa sphère d'activité?

La réponse n'est pas douteuse. Il me semble, il est vrai, entendre au dehors les réclamations de ceux qui comprennent qu'au lieu de dépenser des sommes énormes dans les pays étrangers il vaut mieux faire de bons lazarets ou de beaux jardins publics chez soi!

Mais ceux-là ne se souviennent-ils pas que si les foyers épidémiques disparaissent, la mortalité sera diminuée, le commerce, l'agriculture et l'industrie feront plus de progrès, et surtout que l'humanité sera moins éprouvée?

Il me paraît, messieurs, que si les gouvernements le voulaient, ce moyen, le seul vraiment efficace, réussirait.

Passons à l'appréciation d'une autre mesure beaucoup plus efficace également que les quarantaines : l'assainissement des villes et l'hygiène des habitations, principalement des classes prolétaires.

Pour justifier l'utilité de ce moyen, il ne faut plus que répéter la grande vérité pratique résumée par M. Villermé dans son livre sur Les épidémies sous le rapport de la statistique médicale et de l'économie politique. Il a démontré à l'évidence que « les épidémies diminuent de fréquence et d'intensité dans tous les pays qui passent de la barbarie et de l'ignorance à l'état de civilisation imparfaite, ou d'une civilisation imparfaite à une civilisation perfectionnée ».

Le docteur Prus, loïmographe très-connu, dit encore plus : « Les épidémies pestilentielles, non-seulement perdent de leur fréquence par la civilisation, mais cessent et disparaissent complétement, même dans le pays le plus prédisposé à la peste, quand ceux-ci sont soumis aux lois d'une hygiène éclairée et vigilante. »

Pourquoi l'Angleterre, la Belgique, la Hollande et tous les autres pays où l'hygiène est une vérité souffrent-elles beaucoup moins d'épidémies que d'autres, pourvues de lazarets? C'est que les villes malpropres, vous le savez très-bien, ont une réceptivité morbifique très-énergique. L'île de Cuba souffre beaucoup plus des effets de la fièvre jaune que les États-Unis. Le Portugal, l'Espagne, l'Italie, etc., où les quarantaines sont plus rigoureuses, ont souffert beaucoup plus des maladies épidémiques que d'autres pays mieux partagés sous le rapport de l'hygiène publique et privée.

Parlons maintenant des quarantaines comme moyen auxiliaire de ceux que je viens de citer.

Je les accepte et les propose seulement dans les cas suivants :

1° Si, par exemple, un navire ou un paquebot arrive d'un port suspect ayant eu des individus atteints de maladie transmissible à son bord, j'admets et même je conseille l'isolement de ces malades et du navire PENDANT LE TEMPS NÉCESSAIRE A LA DÉSINFECTION. Le lazaret sera alors une infirmerie isolée.

2° Si d'un port ou d'une provenance quelconque où régnait une forte épidémie transmissible il arrive un navire ou paquebot qui a fait le voyage en moins de dix jours, on doit le mettre en observation pendant le temps nécessaire pour le désinfecter le mieux possible.

Je vous ai déjà très-franchement dit, à propos de cette question, que *toute la vigilance des autorités sanitaires devrait se porter principalement sur le navire et sur les effets*, parce que les auteurs nous apprennent que les épidémies se sont toujours manifestées dans les ports après le déchargement des navires provenant des ports infectés. Les faits arrivés en Espagne, à Livourne, à Marseille, etc., sont très-connus. Permettez-moi d'en citer d'autres, que probablement vous ne connaissez pas, lesquels justifient parfaitement mon opinion que, *dans les quarantaines, la seule chose utile est la désinfection.*

Les voici :

Le brick russe *Rosina*, dans le port de Rio-Janeiro, a perdu *trois fois* tout son équipage par la fièvre jaune en 1855. Le navire était nouveau et présentait de bonnes conditions apparentes. M. le professeur Paula Candido, président du Comité d'hygiène publique à Rio-Janeiro, et savant très-distingué, l'a fait désinfecter. Après cela, il n'y eut plus un seul cas, malgré l'épidémie qui continuait sur les équipages en général.

Les deux autres faits doivent être probablement connus des honorables membres délégués du gouvernement de Sa Majesté Britannique. Les voici :

Le brick *Spy*, de la marine de guerre anglaise, qui était au port de Bahia, mit à la voile pour aller dans le nord de l'empire. Peu de temps après être sorti, quelques cas de fièvre jaune se sont manifestés chez des hommes de son équipage. Aussitôt, le commandant chercha le port de Rio-Janeiro, où il est arrivé après avoir perdu pendant la traversée la moitié de l'équipage. En arrivant au port de Rio, il y avait beaucoup de malades en état grave, parmi lesquels on comptait le commandant; enfin, l'état sanitaire était si horrible que le navire a hissé l'insigne de quarantaine avant d'avoir été visité. Il fut remorqué dans la rade de Jurujuba pour être plus près de l'hôpital, sur lequel on a immédiatement dirigé tous les malades. Les hommes de l'équipage qui se portaient bien ont été envoyés dans un bâtiment (annexe de l'hôpital, mais qui était éloignée de celui-ci) où ils ont été baignés; leurs bagages ont été désinfectés convenablement et loin du contact des malades. Les voiles du navire et tout ce qu'il y avait dans la cale et dans les soutes, en même temps que les rames, etc., ont été soumis à la désinfection la plus complète possible, et le navire, tout de suite après, a été aussi désinfecté par le docteur Paula Candido.

Or, des malades, 1 seulement est mort au bout de six heures. Après cinq jours de désinfection et d'aération du navire, blanchissage avec de la chaux, etc., l'équipage est revenu à bord, et il n'y a plus eu un seul cas après cela!

Un an plus tard, la même chose est arrivée au brick de guerre anglais *Express*, qui était parti de Bahia pour Rio-Janeiro, où l'on a mis en pratique les mêmes mesures de désinfection avec un résultat identique. Le gouvernement anglais, ayant reçu la nouvelle de ce fait et du désintéressement que les autorités ont témoigné envers les équipages des deux navires anglais, envoya une dépêche à chaque médecin de l'hôpital en les remerciant de leurs bons services et de leur dévouement à l'humanité.

Chaque navire peut être désinfecté pour 40 à 45 florins (soit 100 à 110 francs) tout compris. Les passagers peuvent être rapidement désinfectés en prenant un bain à la température la plus convenable et d'après l'habitude de chacun, et avec quelqu'un des désinfectants les plus dignes de confiance; après cela ils changent de vêtements et peuvent obtenir la libre pratique.

Par le moyen des étuves usitées à l'hôpital de Midlessex ou dans l'asile de Saint-Pancrace, à Londres, et probablement dans d'autres hôpitaux bien complets, on peut en quelques heures laver tout le linge des passagers.

L'aérage et la dispersion des individus sains est aussi très-utile pendant le temps nécessaire au séjour dans le lazaret.

Voici le procédé employé par M. Paula Candido :

On commence par l'égout complet du navire et par mettre le fond de

cale tout à fait à sec; lavage de tout le navire avec une solution de potasse, aération pendant vingt-quatre heures. Cela fait, au deuxième jour on prend une cuvette de terre cuite contenant une portion de soufre; on la met dans une autre contenant du sable; enfin une troisième plus grande avec de l'eau complète l'appareil destiné à la production de l'acide sulfureux et à éviter quelque incendie à bord.

Lorsque le dégagement d'acide sulfureux commence, on ferme les écoutilles pendant trente-six heures. Le quatrième jour on les ouvre et l'on met les ventilateurs. Après douze heures de ventilation on fait blanchir tout le navire avec de la chaux. Le cinquième jour, si les appareils de ventilation ont été bien mis, l'équipage peut revenir dans le navire et communiquer avec la terre.

Pour la désinfection des lettres et des correspondances. M. Paula Candido avait une armoire spéciale, qui pouvait être parfaitement fermée et qui avait un orifice en bas dans lequel pénétrait un tuyau de métal criblé. Les étagères étaient aussi criblées. Après avoir pratiqué des trous sur les lettres, on les mettait sur les étagères de l'armoire, qui était immédiatement fermée. Grâce à un appareil très-simple pour le dégagement du chlore, la désinfection était complète.

Je parlerai encore de l'*ozone*, qui, d'après M. Schönbein et ses élèves, serait la cause du choléra, et, d'après quelques observateurs en Amérique, la cause de la fièvre jaune. Je n'admets pas que la quantité plus ou moins grande d'ozone influe sur la production du choléra; mais je puis vous assurer qu'au Brésil et dans la ville de Corrientes (république Argentine), j'ai remarqué une chose très-curieuse à cet égard, c'est-à-dire l'*antagonisme* entre les courbes ozonométriques et cholériques. Sur des dessins que j'ai l'honneur de soumettre à votre sage appréciation, vous pourrez en juger. Ainsi proposerai-je qu'on fasse fonctionner aussi à bord des navires venus des lieux infectés un appareil qui dégage de l'ozone. Remarquez que je n'entre pas dans les théories modernes de l'ozone, comme de savoir s'il est un état particulier de l'oxygène ou non; je me borne à vous présenter le fruit de mes observations et de celles du professeur Paula Candido, qui sont d'accord avec celles du docteur Bento Maria da Costa (de Rio-Janeiro).

Mes observations ont été vérifiées par six des plus distingués médecins de la marine brésilienne.

Faculté de médecine de Paris. Budjet. — Dorénavant, l'excédant nécessaire pour le traitement des professeurs d'anatomie pathologique et d'histoire de la médecine, traitement non entièrement couvert par les legs de Dupuytren et de Salmon de Champotran, sera inscrit directement au budjet, au lieu d'être pris sur le matériel. 1000 fr. ont été accordés pour le cours spécial aux élèves sages-femmes, et 1000 fr. aux chefs des travaux chimiques, comme indemnité de logement.

Bibliothèques des Facultés. — Une disposition a été insérée dans la loi des finances pour autoriser la perception d'un droit de 10 fr. levé sur chaque étudiant, et destiné à la dépense des bibliothèques.

Une somme de 9200 fr. est accordée pour le laboratoire de chimie biologique récemment fondé, et 16000 fr. pour les autres laboratoires de la Faculté.

Assemblée nationale. Facultés — Dans la séance du 13 décembre dernier, M. Bouisson a demandé en faveur de la Faculté de médecine de Montpellier : 1° un crédit annuel de 6800 fr. pour le traitement du professeur titulaire d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique et d'histologie; 2° un crédit annuel de 3000 francs pour le traitement d'un agrégé chargé d'un cours d'histoire de la médecine; 3° un crédit de 100 000 francs pour la création ou la mise en état de collections et laboratoires de tout ordre (bibliothèque, musée, cabinet de physique, laboratoires de chimie, d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, d'hygiène, de médecine légale, jardin de botanique), plus une somme annuelle de 10000 francs pour le fonctionnement régulier des divers services. Sur les observations de M. le rapporteur qu'une augmentation de 30000 francs a été accordée à la Faculté de médecine de Montpellier, qui aura sa part, d'ailleurs, d'une allocation annuelle de 125000 francs faite aux facultés, M. Bouisson a retiré son amendement. Il en a été de même de l'amendement par lequel M. Paul Bert demandait une augmentation de 400 000 fr. pour la reconstruction de l'École supérieure de pharmacie, qui tombe en ruines.

Conseil municipal. (*Séance du 13 décembre.*) — Assistance publique. — Sur une demande de M. Thuilié, M. le directeur Blondel expose que la disparition à peu près certaine du choléra rendra possible l'appropriation de l'hospice de la rue de Sèvres à un service de malades.

Une conversation s'engage sur le nouvel Hôtel-Dieu. M. le préfet déclare qu'il presse les travaux. Le conseil vote 1500000 fr. supplémentaires pour l'Assistance publique.

Enseignement médical a Varsovie. — Il résulte de documents officiels, suivant l'*Indépendance Belge*, que le nombre des étudiants, à Varsovie, au commencement de l'année courante, s'élevait à 651, dont 282 en médecine.

Choléra. — Le choléra ne diminue pas à Munich. Dans la journée de mardi, on a constaté 50 cas et 20 décès. Pendant l'été, il y avait en moyenne 10 cas seulement par jour, tandis qu'aujourd'hui nous avons en moyenne 23 cas. Comme à toutes les épidémies précédentes, 45 0/0 des malades meurent. (*Agence Havas.*)

Mouvement dans les hôpitaux. — MM. Pidoux, Marrotte, Cazalis, Barthez, ayant donné leur démission de médecins des hôpitaux, ou étant arrivés à leur limite d'âge, l'administration ayant, de plus, supprimé une des deux places de médecin de l'hospice d'Ivry et créé une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine, le mouvement suivant aura lieu le 1er janvier 1874 dans les divers hôpitaux :

M. Woillez passe à la Charité; M. Gombault, à la Pitié; M. Éd. Labbé, à la Maison de santé; M. Cadet de Cassicourt, à Sainte Eugénie; M. Isambert, à Lariboisière; M. Blachez, à Saint-Antoine; M. Proust, à Saint-Antoine. — MM. Brouardel, Lancereaux, Cornil et Bouchardat, médecins du Bureau central, sont nommés à Saint-Antoine, à Lourcine, à Sainte-Perrine et à la Direction des nourrices.

— L'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, qui doit se réunir le 25 janvier 1874, aura à élire un président, deux vice-présidents et un secrétaire général. Dans la séance du 5 décembre, la commission générale a désigné à l'unanimité, pour être proposés aux suffrages de l'assemblée générale : MM. Barth, président; Béclard et Noël Gueneau de Mussy, vice-présidents; Orfila, secrétaire général.

Assistance publique. — Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 15 janvier 1874, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le mardi 16 décembre 1873 jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures de relevée.

Du 5 décembre au 12 décembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 739 décès, savoir :

Variole, 3. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 17. — Érysipèle, 12. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 46. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 219. — Affections chroniques, 300, dont 154 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 41. — Causes accidentelles, 14.

AVIS.

MM. les Abonnés à la Gazette seule et à la Gazette avec Bulletin qui n'auront pas, avant le 10 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 10 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les Abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la même librairie (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté un seul mandat pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

Sommaire. — **Paris.** Académie de médecine : Signes de la mort réelle. — Histoire et critique : De la mort par éthérisation. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : Les origines et la propagation du typhus. — Chirurgie : Notes chirurgicales : Des avantages de la lenteur méthodique dans l'opération de la trachéotomie. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — **Revue des journaux.** De la forme ambulative ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde. — **Bibliographie.** On Megrim, Sick-headache and some allied disorders. — **Variétés.** Congrès de Vienne : Les quarantaines et la prophylaxie. — **Feuilleton.** Leibniz physiologiste, naturaliste et médecin.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 décembre 1873.

Cours publics. Faculté de médecine : HYGIÈNE DES HÔPITAUX : M. BOUCHARDAT. — LA MÉTHODE D'ESMARCH ET L'ISCHÉMIE CHIRURGICALE (COMPRESSION ÉLASTIQUE) DANS LES AMPUTATIONS.

Hygiène des hôpitaux.

Les débats soulevés par la construction du nouvel Hôtel-Dieu, l'encombrement des hôpitaux déterminé par la dernière guerre et par l'épidémie de variole qui l'a accompagnée, la nécessité de s'organiser en vue d'une invasion de choléra qui paraît heureusement conjurée; toutes ces circonstances réunies en quelques années ont donné une impulsion très-marquée aux études relatives à l'hygiène des hôpitaux. Les mémoires et les travaux se sont multipliés, et la GAZETTE a suivi avec soin ce mouvement scientifique. C'est dans le même but que nous voulons apprécier aujourd'hui les opinions que notre savant hygiéniste, M. le professeur Bouchardat, a développées dans les premières leçons de son cours à la Faculté et qui ont été reproduites par la REVUE SCIENTIFIQUE.

Ces questions de l'hygiène des hôpitaux et de l'encombrement nosocomial ont été depuis longtemps l'objet des travaux de M. Bouchardat. Depuis 1837, ses opinions sur la matière se sont produites sous forme de mémoires, de rapports, de leçons, où ses idées contagionnistes se sont de plus en plus affirmées.

L'analyse de tables de mortalité publiées par l'administration de l'assistance publique et donnant les chiffres comparés des décès pour chaque hôpital, fournit un résultat qui semble au premier abord véritablement paradoxal. S'il est en effet une vérité généralement acceptée par les médecins hygiénistes, c'est que, *toutes choses égales d'ailleurs*, un hôpital est d'autant meilleur qu'il contient moins de lits. On a donc lieu d'être surpris quand on voit combien le chiffre de la mortalité diffère peu entre les grands et les petits hôpitaux. Mais il y a plus : les conditions de situation de l'hôpital, d'aménagement, de ventilation même, paraissent avoir beaucoup moins d'importance qu'on ne leur en suppose à priori. On meurt tout autant, sinon plus, à Lariboisière, à Beaujon, à Necker, hôpitaux bien situés, bien isolés, admirablement ventilés, qu'à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, où la ventilation n'est pas pratiquée. Il faut en conclure que, dans ces questions d'hygiène hospitalière, tout ce qui se rapporte aux conditions mêmes du bâtiment n'a pas une influence prépondérante. C'est ailleurs qu'il faut chercher les causes influentes de la mortalité; ce sont moins les constructions que les malades qui doivent être mis en cause.

Trois catégories de malades souffrent particulièrement de l'encombrement nosocomial : les blessés, les femmes en couches et les enfants. Quant aux malades atteints d'affections miasmatiques contagieuses, M. Bouchardat ne considère pas leur séjour dans les hôpitaux d'*adultes* comme un danger sérieux. Toutefois, il encourage volontiers l'institution d'un hôpital spécial pour les varioleux, hôpital dont l'utilité lui apparaît surtout en présence d'une épidémie. Nous croyons, malgré les réserves de l'éminent professeur, qu'il y a inconvénient grave à laisser dans les salles communes les malades atteints de fièvres éruptives, quelles qu'elles soient, de choléra et peut-être de fièvres typhoïdes, et qu'il y a tout avantage à réserver à ces malades des salles spéciales dans des conditions d'isolement beaucoup plus complet que celles qu'on adopte aujourd'hui.

C'est surtout dans les hôpitaux d'enfants que ces conditions d'isolement seraient le plus bienfaisantes. La mortalité y est considérable. Elle est, pour la période décennale 1855-64, de 1 sur 5,75 environ. Or, on sait que cette mortalité exagérée tient en grande partie aux maladies que l'enfant contracte dans le service, et parmi lesquelles les fièvres éruptives, la coqueluche, le croup, occupent le premier rang. Ces maladies sévissent sur des enfants déjà affaiblis par celle qui a motivé leur entrée et empruntent à ces conditions une gravité exceptionnelle. En tête de tous les moyens destinés à améliorer la condition des enfants malades, M. Bouchardat place avec raison l'attribution de secours de toute nature permettant de retenir l'enfant au domicile des parents. Mais que de difficultés pour l'application d'une pareille mesure !

La question de la mortalité des femmes en couches est une de celles dont on s'est le plus préoccupé dans ces derniers temps. On sait la conclusion de l'important travail de notre collaborateur M. le professeur Léon Le Fort, travail ayant pour base la mortalité étudiée dans tous les établissements d'Europe; cette conclusion est qu'il meurt 1 femme sur 29 dans les maternités et dans les hôpitaux, tandis que la mortalité à domicile est de 1 sur 212.

Devant de pareils chiffres, l'émotion s'est produite. Des mesures ont été adoptées parmi lesquelles les plus importantes ont pour but de favoriser l'accouchement à domicile ou chez les sages-femmes, de diminuer le chiffre d'admission des maternités et de les fermer au moindre indice d'épidémie.

A ces mesures en quelque sorte publiques, il faut joindre, dans les services d'accouchements, des précautions dont l'utilité est hautement reconnue et parmi lesquelles M. Bouchardat préconise surtout l'isolement immédiat et complet des femmes atteintes, avec recommandation aux personnes qui les soignent de cesser tout rapport avec les autres accouchées. M. Bouchardat voudrait que l'accoucheur lui-même, quand il a perdu une femme atteinte de fièvre puerpérale, s'abstînt pendant quelques jours de toute communication avec d'autres accouchées. Ici on se heurte encore contre des difficultés telles que de pareilles mesures paraissent vraiment irréalisables.

A côté des accouchées se rangent naturellement les blessés placés sous la triple menace de l'infection purulente, de l'éry-

sipèle contagieux, de la pourriture d'hôpital, les deux premières maladies étant surtout à redouter dans nos hôpitaux.

On sait depuis longtemps, et le fait a été surtout mis en lumière par M. Le Fort, combien la mortalité de nos opérés est supérieure à celle qu'on observe chez les nations voisines. Les statistiques comparées sont à cet égard d'une netteté impitoyable. Si l'on compare en particulier les hôpitaux de Londres et ceux de Paris, l'écart est considérable (63 à 45), au moins en ce qui concerne les grandes opérations (l'amputation de la cuisse).

Où faut-il chercher la cause de cette infériorité? Est-ce simple affaire de race? Doit-on l'attribuer avec M. Bouchardat aux modes différents de pansement? Au chiffre des lits que renferme l'hôpital? Pour M. Le Fort, les idées de non-contagion ont une influence de premier ordre sur ce chiffre élevé de la mortalité. D'après lui, un chirurgien contagionniste, et qui, agissant en vertu de ses convictions, s'attachera par les précautions les plus minutieuses à éviter ou à combattre la contagion, aura toujours une mortalité moins élevée que celui qui professe des doctrines opposées. On connaît les résultats favorables qu'a obtenus M. Alphonse Guérin par le pansement ouaté qui laisse longtemps la plaie à l'abri de l'air, la préservant par cela même de toute contagion.

Existe-t-il des moyens véritablement efficaces de prévenir l'encombrement nosocomial?

M. Bouchardat les range sous trois chefs : la ventilation, la désinfection, la dispersion.

La ventilation est sévèrement jugée. S'appuyant sur la statistique qui, pour la mortalité, donne l'avantage aux hôpitaux non ventilés, M. Bouchardat conclut aux inconvénients d'une température constante, telle qu'elle existe dans une salle soumise à une ventilation permanente. Il pense que cette température toujours égale est éminemment favorable à la fermentation des germes morbides. Bien plus, l'introduction de l'air *frais* dans les salles et, par conséquent, dans les poumons des malades brûlés par la fièvre serait, pour lui, un moyen thérapeutique « héroïque ». Ce serait « une des armes les plus sûres de la médication antiphlogistique». Le malade doit être, bien entendu, convenablement défendu contre tout refroidissement. Nous comprenons difficilement cette théorie du rafraîchissement pulmonaire. Sans nous placer au point de vue des pathologistes qui le considéreraient comme un véritable danger, nous pensons qu'il ne pourrait avoir l'effet que lui attribue M. Bouchardat qu'à la condition de diminuer notablement la température générale du malade. Or c'est ce qui n'a pas lieu lorsque, comme le veut le professeur, le corps est garanti contre toute influence réfrigérante. Rien n'est plus simple que de s'en assurer par l'application du thermomètre. Qui prouve, d'ailleurs, que des changements de température aussi peu considérables que ceux qui résultent dans une salle de l'ouverture d'une fenêtre, auront sur l'évolution des germes une influence sensible ?

M. Bouchardat n'attribue pas aux désinfectants proprement dits : gaz, vapeurs, corps poreux, substances métalliques, non plus qu'aux différentes liqueurs antiseptiques, une influence de premier ordre. Il croit cependant que leur emploi, convenablement dirigé, ne peut être qu'avantageux. La grande ressource, le remède souverain, c'est la *dispersion* ou l'isolement. M. Bouchardat suit l'application de ce moyen dans les différentes catégories de malades.

Pour les enfants, après avoir réduit les admissions au minimum par l'accroissement des secours à domicile, il propose de les répartir dans les salles consacrées aux femmes âgées, probablement à la Salpêtrière et aux Incurables.

Pour les femmes, il conseille avant tout la forte organisation des secours permettant l'accouchement hors des hôpitaux. Quant à celles qu'on serait obligé d'y admettre, on les disperserait dans des maternités aussi réduites que possible, et dans les services d'hospices consacrés aux vieilles femmes, que M. le professeur Bouchardat tient décidément à utiliser.

Pour les blessés, il faudrait aussi les disperser. Mais ici on se trouve arrêté court par la difficulté de trouver des chirurgiens capables. Aussi conseille-t-on de chercher à ramener les jeunes médecins vers la pratique chirurgicale en leur offrant des positions honorables et lucratives dans les bureaux de bienfaisance, les mairies. Ces chirurgiens soigneraient de préférence les blessés dans leur domicile, ou dans les maisons de secours qui s'ouvrent aux vieillards, aux infirmes.

M. Bouchardat est trop familier avec toutes ces questions d'assistance et d'organisation hospitalière, pour ne pas apprécier l'insuffisance de plusieurs des moyens qu'il propose et les difficultés de toute nature que rencontrerait leur application.

Cette étude critique de l'hygiène nosocomiale amène naturellement le professeur à la question encore pendante du nouvel Hôtel-Dieu. Il déplore avec tous les médecins le choix de l'emplacement, qu'il ne considère pas d'ailleurs comme particulièrement insalubre, et l'insuffisance des salles à bien des points de vue; mais il juge que le nouvel Hôtel-Dieu ne sera par lui-même ni plus ni moins malsain que tout autre hôpital. Il veut qu'on l'emploie et qu'on l'utilise, tel qu'il est, sans démolir les étages supérieurs, sans réduire à quatre cent cinquante les huit cents lits projetés; affirmant, de par les statistiques, qu'on ne meurt pas plus dans les grands hôpitaux que dans les petits (?). Appliquant les principes précédemment exposés, il pense qu'on peut faire d'un Hôtel-Dieu à huit cents lits le plus salubre des hôpitaux de Paris, en se conformant aux conditions suivantes :

1° Ne pas recevoir d'enfants;

2° N'installer que très-peu de lits d'accouchées et, dans cette petite maternité, isolée autant que possible, observer avec la plus extrême rigueur les précautions reconnues nécessaires;

3° Établir un seul service de chirurgie, et consacrer aux grandes opérations un nombre très-restreint de lits.

Dans ces conditions, on aurait, en dehors des lits qu'on utiliserait pour deux ou trois services médicaux, beaucoup de lits disponibles.

Ici une double combinaison se présente.

On pourrait garder ces lits et constituer des services spéciaux : maladies de la peau, des yeux, des voies urinaires.

Ou bien, si l'on voulait absolument diminuer le nombre des lits, on pourrait installer dans les constructions existantes des services scientifiques : laboratoires, salles de conférences, cliniques spéciales, etc., à l'instar de ce qui se fait en Autriche et en Allemagne.

Cette manière de comprendre l'organisation du nouvel Hôtel-Dieu n'est pas tout à fait personnelle à M. Bouchardat. Nous avons entendu plusieurs de nos professeurs émettre à cet égard des idées analogues. Elles ne peuvent que gagner à l'appui d'un juge aussi compétent que notre professeur

d'hygiène. On voit d'ailleurs que la part faite aux réformes nosocomiales y est largement comprise. Avant de prendre au sujet du futur hôpital une mesure radicale, il est bon de recueillir, même quand on ne les partage pas toutes, les idées qui se font jour, surtout quand elles sont aussi hautement patronnées (1).

Blachez.

La méthode d'Esmarch et l'ischémie chirurgicale (compression élastique) dans les amputations.

La récente discussion qui a suivi une communication de M. Demarquay faite à la Société de chirurgie sur trois opérations dans lesquelles a été pratiquée la compression par la méthode d'Esmarch, a appelé l'attention des chirurgiens sur un procédé hémostatique préventif qui semble tout d'abord constituer un progrès considérable sur les moyens employés jusqu'à ce jour.

Les chirurgiens de notre époque se préoccupent à bon droit des moyens d'éviter les pertes de sang dans les opérations.

La pratique a démontré les difficultés de la compression digitale dans les cas d'amputation; un aide habile n'est pas toujours facile à rencontrer. M. Verneuil, en proposant la ligature préalable de l'artère principale du membre, avait trouvé le moyen de se passer de cet aide important; et le chirurgien suppléait ainsi au défaut d'habileté ou à l'absence de l'aide, mais au prix d'une première opération. Aujourd'hui la méthode d'Esmarch se présente avec des moyens d'action plus simples; il s'agit d'une intervention purement mécanique.

Cette méthode a pour but principal d'obtenir l'ischémie de la partie qui doit être amputée, et le procédé d'application comprend deux temps: Le premier consiste à rendre le membre exsangue ou ischémique, ce qui s'obtient par une compression méthodiquement appliquée à l'aide du caoutchouc; tout le sang veineux est ainsi refoulé vers le tronc. Le second temps consiste à empêcher tout afflux du sang artériel; un tube de caoutchouc plusieurs fois enroulé et serré à la racine du membre arrête la circulation artérielle. On opère alors sur un membre parfaitement ischémique, c'est-à-dire que l'opération se fait en réalité à blanc, ou avec une perte de sang insignifiante, telle que la compression artérielle la mieux exécutée n'en permettrait pas de si faible, puisqu'il n'y a même plus de perte de sang veineux.

Il ne s'agit pas ici d'une conception théorique; les trois faits cités par M. Demarquay, ceux de Mosetig de Vienne sont peu nombreux relativement aux résultats obtenus par l'habile professeur de clinique chirurgicale de Kiel.

En effet, ce chirurgien, dans sa leçon clinique publiée le 25 septembre 1873, dans les Sammlung klinisches Vortræge, n° 58, rapporte qu'il a employé sa méthode dans 87 cas, comprenant 21 amputations et désarticulations, qui se divisent en 6 amputations de la cuisse, 8 de la jambe et 1 désarticulation du bras, 8 résections, 13 nécrotomies, 5 extirpations de tumeurs. Les autres opérations sont moins graves; il s'agit d'extirpations de séquestres, de débridement d'abcès, de circoncision. Sur ces 87 opérés, il y a eu 4 morts; la plupart des lambeaux d'amputation se sont réunis par première intention; la fièvre traumatique a été presque nulle.

Tels sont les faits qui ont excité au plus haut degré l'attention, on devrait dire l'émulation des chirurgiens, au congrès de Vienne comme à la Société de chirurgie.

Il nous paraît pour le moment peu intéressant de discuter la question de priorité; il est certain que M. Chassaignac a eu l'idée de suspendre la circulation au moyen de tubes de caoutchouc en 1856; Grandeso Silvestri en 1871 employait la constriction élastique de la racine du membre comme moyen de compression artérielle; il paraît même qu'à Padoue on avait soin, avant la compression artérielle, d'élever le membre et de le comprimer par un bandage serré. D'ailleurs, dès 1852, en Angleterre, Clover entourait le membre à amputer d'un bandage compressif; Esmarch lui-même pratiquait ce moyen d'expulsion du sang veineux dès l'année 1855. Laissons à chacun son mérite; n'oublions pas les tentatives de M. Guyon et celles de M. Lannelongue qui, à Paris, sans avoir connaissance du procédé de M. Guyon, cherchait le progrès dans la même voie. Acceptons franchement la méthode d'Esmarch, puisque ce chirurgien l'a introduite dans la pratique et la soumet à la discussion; cette méthode, comme tant d'autres, n'est qu'un perfectionnement de procédés appliqués dans des cas isolés; elle répond à une tendance de la chirurgie actuelle, elle est appuyée sur des résultats nombreux; elle a donc des parchemins suffisants.

C'est à ce point de vue qu'elle doit être envisagée. Dans un membre atteint de lésions qui amènent l'attrition des tissus, la coagulation du sang, les chirurgiens hésiteront (avec MM. Verneuil et Guyon, dont nous ne reproduirons pas les arguments, que nos lecteurs connaissent par les comptes rendus de la Société de chirurgie), à pratiquer la compression d'Esmarch. Nous n'exposerions pas mieux que ces chirurgiens les craintes que nous éprouverions en pratiquant cette compression si complète de membres renfermant des liquides que nous considérons, avec Billroth, Weber et Verneuil, comme des humeurs septiques produisant la fièvre traumatique, et comme les premiers facteurs de la septicémie. Pourtant, suivant Esmarch et ses imitateurs, la douleur, l'infection traumatique, ne seraient pas à craindre. En pareille question, les résultats pratiques dominent. Or, jusqu'à présent ceux-ci sont favorables, et nous souhaitons fort que cette série heureuse persiste. De toute part la méthode est expérimentée. Nous noterons avec soin les résultats obtenus, mais nous pensons, avec MM. Verneuil et Guyon, avec la majorité de la Société de chirurgie, qu'il faut que la compression préalable de tout le membre soit employée avec prudence, sous peine de compromettre une méthode précieuse. Nous voyons déjà apparaître des insuccès; le professeur Humphry, à Addenbrooke's Hospital, sur 3 opérations pratiquées avec la compression d'Esmarch, compte 2 cas de mort (*The Lancet*, 22 novembre); dans l'un il y a eu infection purulente huit jours après une amputation de cuisse; dans l'autre, où l'on pratiqua à la fois l'amputation de Pirogoff et l'amputation médiane de la cuisse, la gangrène et l'emphysème se sont produits au troisième jour.

Nous n'avons pas l'idée d'incriminer dans ces cas la méthode de compression; mais nous constatons les faits, parce que nous comprenons la valeur théorique des objections adressées à la méthode, et parce que, pour notre part, nous préférerions ces moyens mixtes, que nous qualifions volontiers de moyens

(1) Voy. sur la *construction des hôpitaux* le compte rendu de l'Académie des sciences, dans ce numéro, page 833.

de douceur, proposés par MM. Guyon et Lannelongue, à savoir l'établissement d'une ischémie obtenue par la position du membre, par une compression simple à l'aide du bandage roulé, et par la compression de la racine du membre au moyen de bandes ou de tubes de caoutchouc, cette seconde compression étant assez énergique pour remplacer la compression digitale et arrêter complétement l'afflux de sang artériel. Nous préférons, en dehors de cas exceptionnels, la perte d'un peu de sang veineux au danger d'un refoulement trop complet des liquides contenus dans un membre atteint d'un traumatisme étendu.

Il s'agit ici d'une question d'indications que la pratique doit résoudre. Nous considérons, quant à présent, la méthode d'Esmarch comme un progrès véritable, et nous rechercherons avec soin, dans les résultats obtenus, les indications qui en préciseront l'emploi, en même temps que nous signalerons les progrès accomplis dans la même voie, c'est-à-dire tous autres moyens qui permettront d'obtenir plus ou moins complétement l'ischémie chirurgicale dans les amputations.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Les origines et la propagation du typhus, par le docteur Guillemin, médecin-major des hôpitaux militaires.

(Suite. — Voyez le numéro 51.)

§ 3. — *Formation des foyers de typhus par l'action combinée de l'encombrement et des exhalaisons provenant d'hommes malades ou blessés.*

Si l'encombrement, porté à un haut degré, suffit à lui seul pour faire naître le typhus, si, d'autre part, le rassemblement à l'air libre d'individus atteints de maladies d'une nature spéciale peut amener le même résultat, à plus forte raison en sera-t-il ainsi lorsqu'il y aura à la fois rassemblement de malades et encombrement. Le typhus surviendra alors d'autant plus rapidement que les malades ou les blessés seront plus gravement atteints ou, pour mieux dire, qu'ils seront la source d'une plus grande masse d'exhalaisons miasmatiques, et que, d'autre part, l'encombrement sera porté à un plus haut degré.

Si l'encombrement n'existe qu'à un degré modéré et si l'état des individus qui le subissent n'a pas beaucoup de gravité, il peut bien encore en résulter des effets nuisibles, mais le typhus, qui est la plus haute expression de l'infection miasmatique, fait le plus souvent défaut.

L'encombrement n'agit qu'en opérant la concentration des miasmes ou des détritus qui proviennent des organismes malades, de telle sorte que les individus qui respirent l'atmosphère chargée de ces miasmes les absorbent en quantité plus considérable qu'à l'air libre. Plus les miasmes seront abondants, moins la condition de l'encombrement sera nécessaire pour qu'ils produisent des effets nuisibles, et réciproquement. La ventilation peut atténuer ces effets en expulsant une partie des miasmes au fur et à mesure de leur formation.

« J'ai remarqué bien des fois, dit Félix Jacquot, que la diminution du nombre de mes malades, par suite d'une évacuation, améliorait notablement l'état sanitaire général, et entravait la marche de l'épidémie.... » (Félix Jacquot, *Du typhus de l'armée d'Orient*, 1858, p. 69.)

« Les établissements où les vices de l'encombrement étaient encore exagérés par le défaut de la ventilation, comme mon hôpital de Péra, ont été les plus maltraités; et dans cet hôpital les salles les moins aérées ont également fourni le plus grand nombre de typhiques. (Même ouvrage, p. 69) ». Il semble que, pour faire naître le typhus, les exhalaisons miasmatiques doivent être absorbées en quantité considérable par les individus qui séjournent dans le foyer; si elles sont en plus petite quantité, elles se bornent souvent à déterminer, soit une simple aggravation de l'état des malades ou des blessés, soit des complications variées, comme la gangrène, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital chez les blessés, soit encore la dysentérie ou des états typhiques légers qui ne rappellent que de loin le véritable typhus.

Les effets resultant de l'encombrement des malades peuvent être des maladies autres que le typhus; plus l'encombrement se prolonge, plus ces effets deviennent graves, et plus il y a de chances de voir survenir le typhus.

Lorsque ce dernier apparaît d'emblée sans avoir ét précédé d'états typhiques plus ou moins bien caractérisés, ou de ces divers états morbides dont il vient d'être question, c'est que les exhalaisons miasmatiques ont été formées et accumulées subitement en grande abondance, comme il arrive, par exemple, après une grande bataille, lorsque les blessés se trouvant en nombre considérable, on est obligé de les rassembler dans des espaces trop étroits et mal ventilés; c'est ce qui arrive encore lorsque des dysentériques sont soumis aux conditions de l'encombrement, comme on en trouve dans Pringle plusieurs exemples.

Si, au contraire, l'apparition du vrai typhus a été précédée de ces états morbides, on peut être certain que la quantité des exhalaisons miasmatiques s'est accrue d'une manière lente et progressive, au fur et à mesure que s'aggravait l'état des individus dont le rassemblement a constitué le foyer d'infection.

Si, avant que le typhus ait fait explosion, les conditions de l'encombrement, au lieu de s'exagérer, sont atténuées ou contre-balancées par des mesures hygiéniques bien entendues, l'aération en particulier; si les vides faits par la guérison ou par la mort ne sont pas comblés, ou s'ils le sont par des malades moins sérieusement atteints que ceux qui les avaient précédés, il peut se faire que le typhus ne se montre pas, bien qu'il y eût tout lieu d'en redouter l'apparition. L'encombrement des malades se borne alors à faire naître les états morbides précurseurs du typhus, et l'épidémie avorte, lorsqu'elle semblait imminente.

On peut conclure de là qu'on ne verra pas toujours et nécessairement survenir une épidémie de typhus au milieu d'une population soumise aux influences combinées de la détérioration organique et de l'encombrement; il faut encore que ces influences aient exercé leur action pendant un temps suffisamment long; ainsi la plupart des grandes épidémies de typhus d'Irlande avaient été préparées par deux ou trois années de disette; ainsi encore l'épidémie d'Algérie de 1868 n'est survenue qu'après plusieurs années mauvaises, c'est-à-dire lorsque les causes de détérioration organique avaient commencé déjà depuis longtemps à exercer leur action sur les indigènes; quant à l'encombrement, il existait déjà depuis plusieurs mois dans les prisons, dans les asiles et dépôts de mendiants lorsque se montrèrent les premiers cas de typhus.

Les effets produits par les rassemblements de malades soumis aux conditions de l'encombrement se montrent, soit chez les individus même qui ont concouru à la formation de l'atmosphère miasmatique, soit chez les individus sains qui pénètrent dans cette atmosphère, et le plus souvent simultanément chez les uns et les autres.

Dans l'épidémie d'Algérie de 1868, on a vu souvent les premiers cas de typhus se déclarer chez des individus bien portants, bien nourris, dont la nutrition n'avait pas subi la plus légère atteinte, mais qui avaient eu des rapports avec les faméliques, tandis que ces derniers, bien qu'ils fussent eux-mêmes la cause de l'infection d'où sortait le typhus, n'en

étaient attaqués que plus tard et s'y montraient même assez souvent réfractaires.

§ 4. *Maladies dont les exhalaisons peuvent engendrer le typhus. (Maladies typhogènes.)*

L'étude des différentes épidémies de typhus montre que toutes les maladies ne sont pas également propres à engendrer les miasmes qui le font naître.

Dans une des épidémies rapportées par Pringle, celle qui se montra parmi les malades et blessés de l'armée, dans le village de Feckenheim, les foyers d'origine étaient constitués par des malades parmi lesquels dominaient les *dysentériques*.

C'est la seule épidémie à propos de laquelle Pringle ait pensé à indiquer la nature des maladies dominantes chez les individus au milieu desquels naissait le typhus; mais dans sa description générale de la *fièvre de prison* ou *d'hôpital*, il insiste à plusieurs reprises sur les conditions qui lui semblent les plus propres à constituer les foyers d'origine de cette maladie, et parmi ces conditions on voit figurer presque constamment la présence des dysentériques. « La fièvre contagieuse, dit-il, devient fréquente et mortelle à proportion de la malpropreté de ces endroits (hôpitaux, casernes, prisons, vaisseaux de transport), du nombre de *dysenteries*, d'*ulcères* et surtout de *mortifications* qui s'y trouvent. » Ailleurs il dit encore : « Les émanations putrides des matières fécales *dysentériques* sont non-seulement propres à propager la dysentérie, mais encore à causer la *fièvre de prison ou d'hôpital.* »

La *dysentérie* était également la maladie dominante parmi les hommes de l'équipage du navire égyptien le *Scheah-Gehald*, dont l'arrivée à Liverpool fut, en 1861, l'origine d'une petite épidémie de typhus; ce dernier fait a été considéré comme un cas tout à fait extraordinaire et sans précédents, si bien que certains auteurs croyaient y trouver la preuve d'un rapport direct entre la dysentérie et le typhus, et semblaient admettre que la même cause qui avait donné la dysentérie aux Égyptiens de l'équipage, avait pu, en se communiquant *par contagion* à des individus d'une race différente, faire naître le typhus auquel cette race paraissait d'ailleurs prédisposée d'une manière toute spéciale.

Le fait du Scheah-Gehald n'eût pas paru si extraordinaire, si l'on eût pris la peine de relire l'ouvrage de Pringle, où les exemples du même genre ne sont pas rares, ou si l'on avait eu présente à l'esprit l'opinion de Hildenbrandt, pour qui le typhus est une maladie *toujours* secondaire, c'est-à-dire naissant exclusivement d'autres maladies.

Il faut d'ailleurs ajouter que, dans l'exemple précédemment cité d'autres maladies, des affections pulmonaires en particulier, régnaient également à bord du bâtiment, que l'équipage avait eu beaucoup à souffrir de la misère et de la malpropreté, que la traversée avait été longue et pénible, et que, par suite, il y a de fortes raisons de croire que l'organisme de la plupart des hommes de l'équipage avait subi une profonde détérioration.

Pendant la grande épidémie de typhus d'Irlande, les malades qui constituaient les foyers étaient surtout des dysentériques, mais, en outre, la cachexie famélique avait exercé ses ravages dans de grandes proportions.

Bien que la dysentérie se rencontre fréquemment, comme nous venons de le voir, parmi les causes préparatoires du typhus, elle n'a pas cependant, sous ce rapport, une action spécifique; le rôle qui lui appartient ne diffère nullement de celui que jouent un certain nombre d'autres affections donnant lieu comme elle à des exhalaisons miasmatiques abondantes.

En Crimée, les soldats de notre armée avaient été atteints par les fièvres intermittentes, les diarrhées, les dysentéries; de plus, par suite de l'insuffisance et de la mauvaise qualité de l'alimentation, la plupart d'entre eux étaient plus ou moins profondément anémiés ou scorbutiques; toutes ces causes réunies avaient déterminé chez eux un état de cachexie très-prononcé et très-général.

En outre, il y avait dans les ambulances, côte à côte avec les malades, des hommes atteints de congélation des extrémités et de nombreux blessés, par conséquent des affections suppurantes, souvent compliquées de pourriture d'hôpital, d'infection purulente, toutes maladies dont les émanations et les détritus jouaient certainement un rôle dans la formation des foyers typhiques (1).

« En tombant malades ou blessés, dit M. Cazalas (*Des affections typhiques de l'armée d'Orient, Union médicale* 1860), les hommes étaient envoyés aux ambulances où, par suite des suppurations et de l'encombrement, l'infection typhique devenait de plus en plus profonde. Aussi, si quelques cas éclataient dans les camps, c'est dans les ambulances, où ils se trouvaient comme fiévreux ou blessés ordinaires, que la plupart des soldats étaient frappés d'affections typhiques. »

Rappelons que Félix Jacquot, de même que la plupart des autres médecins de l'armée d'Orient, attribue, dans l'étiologie du typhus de Crimée, un rôle prépondérant à la cachexie scorbutique qui, suivant son expression, *s'était infiltrée profondément dans toute l'armée.* M. Netter était plus exclusif. Pour lui, le scorbut était la cause unique du typhus, ou plutôt c'était la seule maladie d'où naissait le typhus, avec l'aide des conditions antihygiéniques dans lesquelles se trouvaient nos soldats. Cette manière de voir avait le tort d'être trop absolue, aussi n'a-t-elle pas rallié beaucoup de partisans. Sans nier l'importance du rôle joué par le scorbut dans l'étiologie du typhus de Crimée, il n'est que juste de réserver une part d'influence à la détérioration organique résultant de toutes les autres affections qui avaient exercé leurs ravages dans notre armée.

Lorsqu'on veut rechercher les causes du typhus, il ne faut pas se borner à l'étude d'une seule épidémie, considérée isolément; une pareille manière de faire ne conduirait qu'à des idées erronées ou qui, du moins, ne contiendraient qu'une part de la vérité; ainsi le scorbut, qu'on voit jouer un rôle si important dans l'étiologie du typhus de Crimée, se trouve, dans beaucoup d'autres épidémies, relégué sur un plan tout à fait secondaire, si même il ne fait pas totalement défaut. On en peut dire tout autant de la dysentérie. Qu'est-ce que cela prouve? Rien autre chose sinon que les maladies dont les exhalaisons peuvent faire naître le typhus ne sont pas toujours les mêmes dans toutes les épidémies.

Dans l'épidémie algérienne de 1868, la plupart des indigènes, dont les rassemblements constituaient les foyers typhiques, étaient arrivés, par suite de l'insuffisance prolongée de l'alimentation, à un état de profonde détérioration organique. Ils étaient émaciés, atteints d'infiltrations séreuses et finissaient par tomber dans le marasme.

Quelques-uns étaient scorbutiques.

Beaucoup d'entre eux présentaient des troubles intestinaux graves et persistants (diarrhées et dysentéries chroniques). On voyait fréquemment survenir des pleurésies, des pleuro-pneumonies appartenant, dit M. Périer, à l'état cachectique ou le compliquant, ou des varioles, des rougeoles, des érysipèles de mauvais caractère.

D'après M. Arnould (*Origines et affinités du typhus*, page 5), le caractère le plus saillant et le plus général de la pathologie des indigènes à cette époque était la tendance à la *purulence;* les suppurations, diffuses, affectaient presque toujours les tissus fibreux, « le pus était, dit-il, la plupart du temps séreux, séro-sanguinolent, sanieux; dans le travail qui le produisait,

(1) « Ayant trouvé, dit Félix Jacquot (ouvrage cité, page 316) la fièvre typhoïde régnante, ainsi qu'une constitution médicale essentiellement et profondément putride, avec gangrène, pourriture d'hôpital, angines malignes, tendance à la pyohémie, miasmes et détritus de toutes sortes dus aux dysentériques, aux blessés, aux congélations avec sphacèles et flots de pus sanieux, etc.; le typhus en a probablement été influencé... Le typhus de 1855 a été en effet essentiellement et profondément putride... »

rien n'indiquait la plasticité ni une part quelconque faite à l'organisation nouvelle, à la réparation. »

L'auteur que je viens de citer n'hésite pas à conclure que le typhus de 1868 est né des maladies suppurantes, dont il compare le rôle à celui qu'avait joué le scorbut dans l'étiologie du typhus de Crimée.

En résumé, toutes les maladies qui préparent et accompagnent les épidémies de typhus se font remarquer par la grande quantité de détritus organiques ou d'exhalaisons miasmatiques qu'elles fournissent. Telles sont les affections traumatiques qui s'accompagnent de vastes suppurations, les dysentéries, les diarrhées chroniques, la variole, les plaies gangréneuses, les ulcères sordides, les cachexies scorbutique et famélique, etc.

Ces différents états morbides n'ont pas pour effet, comme on l'a prétendu, de constituer, pour les individus qui en sont atteints une prédisposition à contracter le typhus : leur véritable rôle est en réalité de produire les miasmes qui créent le typhus de toutes pièces chez les individus qui les ont absorbés en quantité suffisante (1).

Je puis résumer dans les propositions suivantes tout ce qui a trait à la *formation des foyers de typhus.*

1 L'*encombrement* peut produire le typhus parmi des hommes en état de santé : *a*, lorsqu'il est porté à un très-haut degré pendant une durée qui peut être assez courte; *b*, lorsque, existant à un degré moindre, il persiste pendant longtemps.

L'encombrement qui n'a lieu que d'une manière intermittente et qui n'est pas porté à un très-haut degré, peut, chez des hommes en état de santé, n'avoir pas d'effets appréciables.

2° Les *rassemblements de malades* ont des effets nuisibles pour les malades eux-mêmes ou pour les individus sains qui font un séjour plus ou moins long dans leur atmosphère. Ces effets peuvent se traduire par le typhus ou par des complications et des états morbides différents du typhus.

Lorsque les malades rassemblés sont atteints d'affections donnant lieu à des *exhalaisons miasmatiques abondantes*, les effets nuisibles peuvent survenir même lorsqu'il n'y a pas *encombrement*, c'est-à-dire séjour prolongé dans l'air confiné.

Ils peuvent se montrer même lorsque le rassemblement a lieu à l'air libre.

Si ces conditions se prolongent le typhus peut survenir.

3° Si des malades atteints d'affections graves de la nature de celles que j'ai spécifiées, c'est-à-dire donnant lieu à des *exhalaisons miasmatiques abondantes*, sont soumis aux conditions de l'*encombrement*, le danger s'accroît en même temps pour les malades et pour ceux qui respirent dans leur atmosphère, et les chances de voir éclater le typhus augmentent dans une grande proportion.

III. — DE LA PRÉDISPOSITION A CONTRACTER LE TYPHUS.

Pendant la guerre de Crimée, les équipages des navires qui ramenaient des malades en France, ont été souvent beaucoup plus maltraités par le typhus que les malades eux-mêmes. F. Jacquot se demande s'il ne faut pas en chercher la cause dans une sorte d'assuétude, de tolérance que ces derniers auraient gagnée par suite de leur séjour prolongé dans le milieu typhique et de la typhisation à petites doses qui en avait été la conséquence, tandis que les marins, dont les organismes vierges recevaient tout à coup et pour la première fois l'imprégnation typhique, étaient atteints en masse.

La petite épidémie de Liverpool, dont il a été déjà question, nous offre un exemple du même genre; aucun des hommes de l'équipage du *Scheah Gehald* ne fut frappé par le typhus, et cependant c'étaient ces hommes, Arabes ou Abyssins pour la plupart, qui, par leur rassemblement et par les conditions dans lesquelles ils étaient placés, avaient constitué le foyer typhique; aucun des Anglais qui étaient à bord du brick ne fut atteint, sauf le garçon de pharmacie.

(1) Il est difficile d'établir une ligne de démarcation tranchée entre les maladies qui préparent le typhus, c'est-à-dire dont les exhalaisons constituent les miasmes typhogènes et certains états morbides précurseurs du typhus qui sont déjà des manifestations de l'action de ces miasmes. Ainsi la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, peuvent bien être classées parmi les maladies capables de concourir à la production du typhus, et cependant elles sont déjà elles-mêmes des conséquences de l'infection miasmatique résultant des rassemblements et de l'encombrement des blessés.

Dans son mémoire sur le typhus de la province d'Alger, M. Périer a insisté d'une manière toute particulière sur l'espèce d'immunité présentée par les faméliques qui, même après avoir été rassemblés dans les camps, les dépôts ou les asiles, n'étaient frappés par le typhus que dans des cas très-rares; la mortalité parmi eux était cependant effrayante; ils succombaient en général à l'émaciation, à l'épuisement; ils s'éteignaient, pour ainsi dire, sans présenter les symptômes d'aucune maladie bien définie; quelques-uns d'entre eux présentaient cependant parfois des symptômes typhiques, mais mal caractérisés : c'était un typhus incomplet.

Or, ces mêmes individus, lorsqu'ils étaient rassemblés ou soumis aux conditions de l'encombrement, donnaient le typhus aux personnes que leurs fonctions obligeaient à séjourner dans l'air contaminé par eux, mais qui, n'ayant pas subi comme eux les atteintes de la misère, avaient conservé la plénitude de la vigueur et de la santé.

Disons tout de suite que ce n'était pas affaire de *race*, attendu que le typhus ne frappait pas seulement les Européens, mais aussi ceux d'entre les indigènes qui s'étaient trouvés dans des conditions de bien-être relatif et n'avaient pas souffert de la faim.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que les *faméliques* fussent absolument réfractaires au typhus; chez quelques-uns d'entre eux on en observait des cas non douteux; chez un plus grand nombre on voyait apparaître quelques-uns des symptômes du typhus, des symptômes peu accentués, mal caractérisés, cela est vrai, mais qui n'en indiquaient pas moins l'existence de la maladie dans une de ses formes les plus atténuées.

La plupart des médecins de la province d'Alger s'accordent à reconnaître, comme M. Périer, cette immunité relative des faméliques; ainsi, d'après M. Lavigne, médecin en chef de l'hôpital de Milianah, « les agglomérations de malheureux développent au bout de quelques jours les germes du typhus; mais, chose étrange, les misérables eux-mêmes semblent jouir d'une immunité acquise par leur séjour permanent au milieu de l'air qu'ils contribuent à vicier. » (Cité par M. Périer dans son mémoire in ***Recueil de mémoires de méd. milit.***, 1869, p. 488.)

M. Ferraton, médecin en chef de l'hôpital de Médéah, constate également que les indigènes, « habitués de longue date aux privations, à la malpropreté, aux odeurs infectes, ne contractent pas, ou du moins contractent rarement le typhus, même lorsqu'ils sont rassemblés en assez grand nombre sur un même point, tandis que les Européens appelés à visiter les indigènes réunis dans les dépôts de mendicité sont exposés à contracter une affection typhique d'autant plus intense, d'autant plus grave qu'ils sont habitués eux-mêmes à des soins de propreté mieux entendus et à un plus grand bien-être ». (Cité par M. Périer dans son mémoire, in ***Recueil de mémoires de méd. milit.***, 1869, p. 497.)

La même particularité est également signalée dans la province d'Oran par le docteur Fabriès, qui, chargé du service médical d'un asile d'indigènes dont la population était en moyenne de 2000 personnes, affirme n'avoir constaté chez eux, dans l'espace de sept à huit mois, que quelques cas de typhus pétéchial, tandis que la plupart des Européens qui se sont trouvés en contact avec eux ont gagné la maladie.

Au pénitencier d'Aïn-el-Bey (province de Constantine), le premier cas de typhus se montre chez un infirmier qui avait été chargé du pansement des suppurations externes chez les prisonniers. Il n'y avait pas à ce moment un seul cas de typhus au pénitencier. (Arnould, *Origines et affinités du typhus.*)

« A Sétif, dit M. Vital (mémoire cité), les mendiants indigènes des deux sexes, bien que non typhisés eux-mêmes, introduisent le typhus dans les salles où ils sont admis, et l'infirmière européenne en est la première victime. »

Ce qui ressort d'une manière bien claire des faits qui précèdent, c'est que les individus *malades* dont les rassemblements constituent les foyers de typhus, ont une prédisposition moindre à contracter cette maladie que les individus bien portants jusqu'alors qui pénètrent dans les foyers.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer l'analogie qui existe sous ce rapport entre le miasme humain et le miasme palustre. La prédisposition à contracter la fièvre intermittente est bien plus grande pour les individus brusquement transportés d'un pays très-sain dans un pays à fièvres que pour les individus qui habitent dans le voisinage des marais. L'habitude émousse l'activité des émanations marécageuses.

Il y a cependant lieu de faire, pour ce qui concerne le miasme humain, une distinction importante : les altérations organiques qui donnent à des malades l'aptitude à constituer des foyers typhiques peuvent se former en un temps plus ou moins long et qui varie dans des limites très-étendues; en Algérie, l'état cachectique des populations indigènes s'était aggravé d'une manière lente et progressive par la continuité de la cause qui l'avait fait naître, il avait mis à se constituer plusieurs années consécutives; les individus chez lesquels existaient ces altérations avaient pu, par conséquent, s'habituer peu à peu à l'action des miasmes qui s'exhalaient de leurs organismes détériorés.

Au contraire, dans le cas où le foyer a été constitué par des rassemblements de blessés ou de malades atteints d'affections graves, à évolution rapide, telles que la dysentérie aiguë ou des maladies fébriles quelconques, ces blessés ou ces malades n'ont pas eu le temps de s'habituer à l'action des miasmes qu'ils absorbent tout à coup en quantité considérable, et le typhus les atteint aussi bien que les personnes en pleine santé qui séjournent au milieu d'eux.

Voilà pourquoi l'on n'observe pas d'une manière constante et dans toutes les épidémies l'immunité relative des individus qui produisent les miasmes générateurs du typhus. Les malades et les blessés des ambulances de Crimée, ceux des hôpitaux de Constantinople, bien qu'ils fussent eux-mêmes la source des miasmes typhiques, n'étaient cependant pas réfractaires à leur action; Pringle, dans les nombreuses épidémies qu'il a observées, ne parle pas non plus de l'immunité des malades qui constituaient les foyers.

« Dans les épidémies d'Irlande de 1847-48, la récurrente fut surtout la maladie des classes pauvres et affamées, tandis que les classes élevées étaient de préférence atteintes de fièvre pétéchiale; mais les membres du clergé et les médecins, qui vivaient dans de bonnes conditions, se nourrissaient de viande, etc., et qui se trouvaient dans un contact journalier avec ces malades des classes pauvres, furent atteints dans une proportion très-considérable de fièvre récurrente. » (Griesinger, *Traité des maladies infectieuses.*)

Ces faits pourraient être interprétés en admettant que chez les personnes qui se trouvaient en contact journalier avec les malades il se produisait une sorte d'assuétude au miasme typhique analogue à celle dont jouissaient les malades pauvres qui avaient eux-mêmes constitué les foyers, et que c'est en raison de cette assuétude que les uns et les autres contractaient une maladie d'une nature relativement bénigne, tandis que chez les personnes des classes élevées qui, n'ayant pas de rapports habituels avec les malades, pénétraient accidentellement dans un foyer, sans avoir eu le temps de s'habituer d'une manière progressive à l'action des miasmes, on voyait la maladie se développer de préférence sous sa forme la plus grave, c'est-à-dire sous la forme du typhus exanthématique.

Cette manière de voir, qui au premier abord paraît assez acceptable, perd cependant de sa valeur si l'on se rappelle que dans les épidémies de Crimée et d'Algérie les médecins et les infirmiers, bien loin d'acquérir cette espèce de tolérance pour le miasme typhique, succombaient en grand nombre, victimes du typhus exanthématique le mieux caractérisé.

En résumé, au point de vue de la prédisposition à contracter le typhus, il faut avoir soin de faire une distinction entre les individus qui élaborent et exhalent les miasmes d'où naîtra la maladie, et ceux qui s'exposent à l'absorption de ces miasmes sans avoir contribué en aucune façon à les former. Les premiers peuvent les absorber aussi et le typhus peut se montrer chez eux comme chez les autres. Lorsqu'ils ont été soumis seulement pendant une courte durée aux conditions génératrices du typhus portées à leur plus haut degré d'intensité, leur prédisposition à le contracter n'est pas moindre que celle des individus qui n'ont pas contribué à la formation des foyers.

Elle devient plus faible dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les altérations qui donnent lieu à la production des miasmes générateurs du typhus se sont développées chez eux d'une manière lente et progressive.

Quant à ceux qui n'ont pas contribué à la formation des foyers, ce qu'on peut dire pour eux de plus général c'est qu'ils contracteront le typhus d'autant plus facilement qu'ils n'auront pas été graduellement habitués à l'action des miasmes et qu'ils présenteront une résistance moindre aux causes de maladies, c'est-à-dire qu'ils seront d'une constitution moins vigoureuse.

(La suite à un prochain numéro.)

Chirurgie.

Notes chirurgicales : Tumeurs du cou ; amygdalotomie ; trachéotomie ; polype du larynx, par le docteur Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

(Fin. — Voyez les numéros 47, 49 et 51.)

De l'amygdalotomie pratiquée avec un instrument de Fahnestock modifié.

L'ablation des amygdales avec l'instrument de Fahnestock présente des avantages incontestés, si on la compare à celle effectuée à l'aide du bistouri boutonné. Avec ce dernier instrument, la crainte bien légitime de blesser les piliers du voile du palais, et surtout des vaisseaux qui rampent dans la paroi pharyngienne ou qui la côtoient, est cause que souvent le résultat opératoire est des plus incomplets. La portion de la tonsille qui a été épargnée devient alors, chez les sujets qui y sont prédisposés, le siége d'une hypertrophie déterminant une nouvelle gêne et de nouveaux accidents. Toutefois ce résultat, tout imparfait qu'il soit, l'est souvent moins que celui obtenu en employant l'instrument à guillotine, malgré les perfectionnements successifs qu'on lui a fait subir. Par contre, l'opération pratiquée avec cet instrument est, à de très-rares exceptions près (exceptions que je n'ai jamais observées), est-elle, dis-je, exempte des accidents, quelques-uns sérieux, mortels même, que je n'ai fait qu'indiquer. Ainsi la blessure des piliers du voile du palais s'observe assez souvent à la suite d'excisions amygdaliennes faites avec le bistouri : leur bord frangé ou un lambeau flottant attestent leur lésion une fois l'opération terminée. Les piliers postérieurs sont moins souvent atteints que les antérieurs. Pourtant je connais un exemple où la division de l'un d'eux fut suivie, durant une année, du passage des liquides dans les fosses nasales pendant la déglutition.

Mais l'accident le plus à redouter est incontestablement l'hémorrhagie primitive ou secondaire. Est-elle toujours une hémorrhagie en nappe? Provient-elle de la blessure d'une artériole ou de celle d'un vaisseau de gros calibre comme la carotide interne atteinte sur un point très-limité? Il est assez difficile, comme on le conçoit aisément, de le savoir, et cette incertitude n'est pas le moindre tourment du chirurgien appelé à suspendre une effusion de sang dont il ignore la source.

Toujours est-il qu'elle est souvent très-difficile à arrêter. Elle peut apparaître à la suite d'une opération pratiquée par le chirurgien le plus prudent et le plus expérimenté. Il y a

quelques années, un frère hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Lyon eut, après une amygdalotomie pratiquée par Barrier, à l'aide du bistouri boutonné, une hémorrhagie inquiétante. Il aurait infailliblement succombé s'il ne s'était trouvé à portée de prompts secours qui lui furent donnés. Mais il faut bien le dire, les secours, si empressés qu'ils soient, n'ont pas toujours réussi à conjurer une terminaison fatale. Ainsi, un de mes confrères m'a fait le récit suivant, qui est de nature à faire réfléchir sur le mode opératoire que l'on doit choisir.

Une femme de trente ans, sujette à de fréquentes amygdalites, se décida à se faire opérer quelques jours après une de ces atteintes.

L'amygdale fut enlevée par notre confrère à l'aide du bistouri. Il survint, le quatrième jour de l'opération, une hémorrhagie incessante qui paraissait se faire en nappe. Elle déterminait à des intervalles rapprochés des nausées suivies de l'expulsion de caillots. L'application de tampons imprégnés de perchlorure de fer maintenus avec le doigt aussi longtemps qu'ils pouvaient être supportés fut impuissante à arrêter l'écoulement sanguin qui se termina par la mort. Je dois ajouter qu'il existait une légère stomatite produite par des frictions mercurielles prescrites quelques jours avant. On signale bien quelques hémorrhagies consécutives à l'emploi de l'instrument de Fahnestock; elles sont primitives et peu inquiétantes, et je doute qu'on en ait observé de secondaires incoercibles.

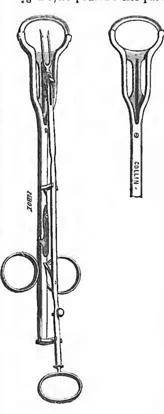
Mais avec l'amygdalotome actuel, avec toutes les transformations heureuses qu'on lui a fait subir—et c'est là que je veux en venir — l'ablation de la glande est souvent incomplète, quelquefois même il est impossible de l'entamer, contre-temps qui survient si, quoique hypertrophiée, elle n'offre pas un développement suffisamment prononcé en épaisseur, ou si son tissu est friable, ou bien encore lorsque le patient est indocile.

Dans ces conditions la difficulté réside dans l'impossibilité de saisir l'organe à enlever, de l'attirer suffisamment vers la ligne médiane, en le délogeant de l'espace qu'il occupe entre les piliers et de le maintenir dans cette position le temps, si court qu'il soit, nécessaire à son excision. Tous les instruments, pour me servir d'une expression de M. Alph. Guérin dans ses Éléments de chirurgie opératoire, ont l'inconvénient de ne pas engager assez profondément l'amygdale sous le tranchant du du couteau. Pour parer à cet inconvénient, la pique, d'abord unique, a été successivement remplacée par une fourche et un trident munis d'arêtes.

Ces perfectionnements sont insuffisants s'il s'agit de cette catégorie de malades que j'ai spécifiée. Aussi ai-je cherché à obtenir une prise plus assurée sur la glande, en l'embrochant suivant une ligne qui se rapproche de son centre. Sa traction vers la ligne médiane exige alors un déploiement de force moins considérable, la lance a moins de chance de s'échapper en déchirant le tissu dans lequel elle est implantée, et l'organe à retrancher est plus facilement engagé dans la lunette de l'instrument.

Pour réaliser cette indication je fis d'abord sur l'amygdalotome ordinaire, imprimer à sa fourchette une incurvation dont la concavité regardait les anneaux et creuser sur ceux-ci deux rainures pour recevoir ses deux branches. Grâce à cette incurvation et à ces rainures, les pointes de la fourche, au lieu de rester en dehors du plan des anneaux sécateurs, pénétraient pendant son mouvement de propulsion dans l'espace qu'ils circonscrivent et le traversaient obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors en plongeant dans la tonsille. Mais il m'a paru qu'avec cette innovation, celle-ci était encore prénétrée trop près de sa surface libre au début de la course de la pique. Aussi pour la saisir solidement, immédiatement, en commençant l'opération, j'ai fait fabriquer par Robert et Colin un tonsillotome nouveau; nouveau en ce sens que des trois anneaux dont se compose l'instrument primitif, un seul est complet sur celui dont je me sers : les deux autres qui lui sont superposés sont ouverts et laissent entre les branches qui les supportent un espace qui permet à la lance de reposer sur l'anneau qui est complétement fermé et la tige qui lui fait suite. A l'aide de cette disposition cette lance, tout en n'atteignant son maximun de pénétration dans l'amygdale qu'arrivée au terme de sa course, la pénètre déjà sûrement dès son premier mouvement de propulsion. Celle-ci est alors transpercée à 5 à 6 millimètres plus profond qu'avec un autre instrument.

Une objection peut se présenter naturellement à l'esprit. Cette fourche, en se rapprochant de la base d'implantation de l'amygdale, ne pourra-t-elle pas dépasser ses limites en dehors et aller blesser la paroi pharyngienne? Cette éventualité, si elle pouvait se réaliser, serait assez inquiétante pour faire abandonner toute tentative de perfectionnement dans le sens que j'ai indiqué. Il n'en est rien heureusement. Le chirurgien ne conserverait pas la faculté d'engager plus ou moins, suivant sa convenance, la glande dans l'anneau avant de la saisir, que cet accident ne pourrait même pas se produire. Car, ainsi que je l'ai dit, les pointes de la fourche pénètrent dans l'amygdale 5 à 6 millimètres plus profondément qu'avec un autre amygdalotome, et ne peuvent dépasser cette limite. Aussi lorsqu'on examine après l'opération une tonsille d'un développement moyen qu'on a enlevée et enlevée en entier, on voit qu'elle est traversée approximativement vers son centre. Il existe, conséquemment, toujours une épaisse couche de tissu qui sépare la pique de la muqueuse pharyngienne.



Je me résume en disant :

L'amygdalotome de Fahnestock, qui est journellement appliqué, suffit souvent à enlever les amygdales, pourvu que celles-ci aient un certain volume en épaisseur et une certaine consistance. Dans le cas contraire, il ne peut les atteindre, ou il n'effectue qu'une ablation plus ou moins imparfaite.

On est alors forcé d'avoir recours au bistouri dont l'emploi ne met pas suffisamment à l'abri de certains accidents. L'amygdalotome tel que je l'ai représenté, peut faire face à toutes les indications de l'opération et en facilite la parfaite exécution.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 15 décembre 1873. — Présidence de M. de Quatrefages.

Phylloxera et maladie de la vigne. — MM. *H. Marès*, *M. Cornu* et *de Luca* font des communications relatives à la propagation du *phylloxera*, à son hibernation, et à l'action de la terre de solfatare de Pouzzoles sur les maladies de la vigne.

Prix Bordin. — L'Académie procède à la nomination d'une commission qui sera chargée de proposer une question pour le prix Bordin, à décerner en 1875. Les membres élus sont :

MM. Milne Edwards, Decaisne, Cl. Bernard, Chevreul et Brongniart.

Construction des hôpitaux. — M. le général *Morin*, en son nom et en celui de M. *Larrey*, fait un rapport sur un mémoire de M. Douglas Galton, intitulé : On the construction of hospitals. Les conclusions auxquelles arrive l'auteur sont de tous points conformes à celles qui sont formulées dans le rapport sur les conditions hygiéniques à remplir dans la création des hôpitaux, rédigé avec tant de soin par le docteur Devergie, au nom d'une commission du Comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux, approuvé le 1er juin 1865, et qui fait partie de la collection du Bulletin officiel publié par le ministère de l'intérieur et adressé à tous les préfets des départements pour servir de règles dans les questions relatives aux hôpitaux. Mêmes vues quant au site des hôpitaux, à la surface des terrains, aux dimensions des salles, à l'aération, etc.

M. Douglas Galton a provoqué dans la réunion, à Leeds, de la Société médicale d'Angleterre, une discussion dans laquelle les sommités médicales se sont trouvées d'accord sur l'avantage que présentent, au point de vue de la salubrité, les petits hôpitaux sur les grands.

Cette supériorité a été mise en évidence par M. le docteur James Simpson, qui a réuni des résultats statistiques sur plus de six mille cas d'amputations de membres, et qui, en les discutant, a pu former le tableau comparatif suivant de la mortalité due à ces opérations dans un grand nombre d'hôpitaux :

Désignation des hôpitaux		Nombre de lits.	Mortalité sur 100 amputés.
Grands hôpitaux de Paris		400 à 600	60
— d'Angleterre		300	40
Hôpitaux de province (Angleterre)		moins de 300 à 150	25
— —		150 à 25	20
Petits hôpitaux de campagne		»	18 à 14
Chambres isolées.	Praticiens ordinaires.	»	11
	Chirurgiens exercés.	»	8

... Mais on ne doit pas perdre de vue que, dans les petits hôpitaux comme dans les grands, la capacité des salles pour chaque lit ne doit pas descendre au-dessous d'une certaine limite qu'en France on a fixée à 50 ou 55 mètres cubes par lit pour les hôpitaux ordinaires, à 100 mètres cubes pour les blessés avec plaies suppurantes et les femmes en couches, et à 150 mètres cubes en temps d'épidémie. Sous ce rapport, les proportions en usage en Angleterre paraissent insuffisantes.

D'une autre part, l'espacement des lits a aussi, pour la diminution des chances d'infection ou de contagion, une importance considérable que l'un des commissaires a eu souvent l'occasion de constater et qu'il a signalée dans cette Académie ; de sorte que, étant donnée la capacité et la surface de la salle par lit, il vaut mieux en limiter la hauteur et la largeur que de restreindre l'écartement des lits au-dessous d'une limite que nous fixerions volontiers à 1 mètre.

Au sujet de l'importance de l'isolement des différentes salles et des pavillons d'un même hôpital, M. le docteur Rumsey (de Cheltenham) a signalé un exemple frappant des inconvénients que présente la disposition adoptée dans quelques hôpitaux, non ventilés énergiquement, et en particulier dans le bel hôpital Royal Victoria, à Netley, où toutes les salles ont leur entrée dans un corridor commun dont les fenêtres sont fermées. L'un des professeurs de cet établissement a constaté que l'ouverture d'un abcès hépatique contenant un pus extrêmement fétide ayant été faite dans une salle située à l'extrémité du corridor, l'horrible odeur qu'il répandait fut perçue d'une salle à l'autre jusqu'à l'extrémité du corridor, à une distance d'environ 533 mètres...

De l'ensemble des opinions émises dans la discussion qui a eu lieu à Leeds entre des médecins éminents, il ne serait pas permis de conclure à la suppression des grands hôpitaux, qui sont d'une nécessité impérieuse pour les cités importantes ; mais il n'en reste pas moins établi que la prudence et l'humanité conseillent de restreindre autant que possible, le nombre des lits dans chaque salle, de réduire à deux et même à un seul le nombre des étages et de rendre tous les pavillons indépendants les uns des autres...

Si l'on osait songer à soumettre une semblable question à des calculs financiers, la balance arithmétique serait sans doute en faveur de la plus grande division possible des pavillons et des lits. On trouve à l'appui de cette opinion des documents remarquables dans une notice intitulée Adress on Health, lue au Congrès de la Science sociale, par M. Douglas Galton, en octobre 1873...

De 1837 à 1846, la moyenne annuelle des décès dans l'infanterie de ligne en Angleterre, sur 1000 individus, atteignait 17,90, tandis que dans la population civile elle n'était que de 9,80. L'expérience de la campagne de Crimée ayant appelé la sérieuse attention de l'opinion publique sur ce sujet, lord Herbert créa un service administratif chargé de veiller à l'observation des règles à suivre pour améliorer l'état sanitaire de l'armée. La première mesure prise sur l'avis de la commission royale de l'état sanitaire de l'armée fut d'élever la situation, les attributions et le traitement du personnel médical, et d'établir une école de médecine militaire, où l'on devait étudier la médecine préventive avec le même soin que la doctrine curative... Le résultat des améliorations introduites dans le régime des casernes fut que le nombre des décès provenant de maladies que l'on peut prévenir par des soins hygiéniques a été diminué dans le rapport de 14,2 à 4,50 sur 1000 hommes ; ce qui montre que, pour un effectif de 90 000 hommes, qui est celui de l'armée anglaise en Europe, on est parvenu à conserver en santé 1000 hommes au lieu de les perdre. C'est là, qu'on nous pardonne l'expression, un capital qui a sa valeur.

La sollicitude et l'action de la Commission sanitaire de l'armée anglaise ont été étendues aux colonies, où la note de M. Douglas Galton signale la nécessité d'immenses améliorations. Mais déjà, par de simples mesures d'hygiène intérieure et de voirie, la mortalité moyenne de la garnison du Gibraltar, qui en 1818 était de 22 hommes sur 1000, s'était abaissée de 1837 à 1846 à 13,52 sur 1000, et en 1871 elle n'était plus que de 5,87. Les pertes de l'armée des Indes étaient encore bien plus considérables et s'élevaient en moyenne annuelle, pour la province du Bengale, à 67 hommes sur 1000, répartis ainsi qu'il suit : maladies infectieuses, 58,0 ; affections de poitrine, 3,0 ; maladies diverses, 6,0. Les améliorations successivement introduites avaient déjà réduit en 1871 ces chiffres de décès respectivement à : maladies infectieuses, 8,8 ; affections de poitrine, 3,0 ; maladies diverses, 6,0, ce qui indique sur les maladies dont les mesures hygiéniques peuvent diminuer les effets une réduction de 51 hommes sur 1000, ou de 3162 hommes pour le total de l'armée, dont l'effectif était en 1871 de 62 000 hommes.

L'influence des soins hygiéniques pour la conservation de la santé du soldat et le maintien de l'effectif réel des armées, n'a pas été moins sensible pour celle de la France, quoiqu'il y ait encore de grandes améliorations à y introduire. La mortalité générale dans l'armée française sur 1000 hommes était, de 1846 à 1848 : pour l'intérieur, de 19,4 ; pour l'Algérie, de 16,7. De 1863 à 1864 elle était de 9,11 à l'intérieur et 17,06 en Algérie. Enfin, en 1866 elle a été pour l'intérieur de 10,28, pour l'Algérie de 11,95 (1).

Eaux potables. — M. *E. Decaisne* lit un travail sur les eaux de puits en général et sur celles de la ville de Beauvais en particulier, au point de vue de l'hygiène publique. (Renvoi à la section de médecine.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. *Laboulbène* dans la section d'anatomie pathologique.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les tableaux des vaccinations pratiquées, pendant l'année 1873, dans les départements de l'Yonne et de la Charente et pendant l'année 1872 dans le département du Calvados. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Le rapport de M. le docteur *Dubois*, inspecteur des eaux minérales de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872 (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Le rapport final de M. le docteur *Contesse* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans les communes d'Augesey, Courbouzon et Geruge (Jura). (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une lettre relative à une source située dans la commune de Cette (Hérault) et pour laquelle M. *Euzet* sollicite une autorisation d'exploitation. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Bourguignon* sur la phlébothérapie ou traitement des maladies par les injections veineuses. (*Comm. :* MM. Barth, Gosselin, Vulpian.) — *b*. Une note de M. le docteur *Demarquette*, intitulée : Sécrétions purulentes sous-cutanées apparaissant sans cause connue sur plusieurs régions des membres, symptômes de la morve, guérison. (*Comm. :* MM. Bouley, Tardieu, Goubaux.)

M. *Béclard* dépose sur le bureau un travail de M. *Rochefontaine*, intitulé : Recherches expérimentales relatives a la contraction de la rate, a l'action du sulfate de quinine et de quelques autres substances sur cet organe.

M. *Chatin* présente : 1° Une thèse de M. *François Mayet* sur la glycérine officinale et les glycérolés. — 2° Une thèse de M. *Amédée Odin*, sur l'huile de foie de

(1) Voy. sur l'hygiène des hôpitaux le *Premier Paris*, p. 825.

rate et la glande qui la fournit. — 3° Une thèse de physique et de chimie, par M. *Bor*. — 4° Une thèse sur l'organogénie de la fleur dans le genre *Salix*.

M. *Gosselin* offre, de la part de M. *Simon Duplay*, un nouveau fascicule du Traité élémentaire de pathologie externe.

M. *Devilliers* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Brochard*, sur les enfants trouvés à Lyon et à Moscou.

M. *Depaul* offre, de la part de M. *Noël Gueneau de Mussy*, son Traité de clinique médicale.

M. Béclard présente une pompe aspiratrice, imaginée par le docteur *Coudereau* et fabriquée par M. Capron. En voici la figure :

Choléra. — L'Académie reprend ensuite le cours de ses *conférences* intermittentes sur le choléra, lesquelles durent depuis plus de trois mois et peuvent sur ce pied défrayer encore une partie de l'année 1874.

M. *Woillez*, pour ses débuts à la tribune académique, vient combattre les théories de M. J. Guérin.

La question en litige est la genèse du choléra ; les uns soutiennent la doctrine de l'importation ; les autres, peu nombreux, l'idée de l'évolution spontanée. Il en est d'autres enfin qui attendent, pour se prononcer, le résultat de la discussion actuellement engagée.

M. Woillez n'est pas de ces esprits indécis ; son opinion est faite depuis longtemps, et la genèse du choléra par l'importation lui paraît être un fait indéniable, parfaitement démontré par tous les travaux publiés sur la question depuis 1832.

Avant d'aborder le fond du sujet, il est bon de faire remarquer que M. J. Guérin adopte, pour défendre sa doctrine, une méthode singulière et peu scientifique en rejetant le témoignage des faits contradictoires. « Bien des faits, dit-il, sont sans doute contraires à ma théorie, mais ce sont là des détails qu'on doit laisser de côté pour ne voir que l'ensemble. » Procédé inacceptable, surtout quand ces détails viennent renverser la théorie.

Quant au système de M. J. Guérin, on le connaît : toutes les différentes formes de diarrhées qu'on observe dans une période épidémique ne sont que des manifestations du choléra.

Il faut rendre à M. J. Guérin cette justice, qu'en appelant en 1832 l'attention des médecins de France sur la diarrhée qui précédait ou accompagnait presque toujours le choléra (et qui avait été notée ailleurs), il a rendu à la science un réel service. Malheureusement il a été trop loin quand il a voulu édifier sur ce simple fait une étiologie particulière du choléra.

Quelle est, en effet, la valeur réelle de cette diarrhée dans les trois variétés qu'étudie spécialement M. J. Guérin : diarrhée prémonitoire de l'attaque individuelle, diarrhée concomitante de l'épidémie, enfin diarrhée précédant cette épidémie ?

Cette dernière, que M. J. Guérin a rejetée avec intention à la fin de sa classification, est la plus difficile à faire admettre. M. J. Guérin avoue lui-même qu'il n'est pas toujours aisé de saisir les relations, les liens qui existent entre la diarrhée et l'épidémie cholérique. Faute de mieux, il invoque l'idée de constitution médicale sans songer que ces diarrhées sont dues le plus souvent à des influences estivales ou saisonnières, qui ont existé de tout temps et que c'est une simple coïncidence quand elles surviennent immédiatement avant une épidémie. Aussi ces diarrhées, dans bien des cas, n'indiquent nullement l'arrivée prochaine d'une épidémie, comme a pu le constater M. J. Guérin lui-même, qui s'est trompé plus d'une fois dans ses prophéties cholériques.

La seconde variété de diarrhée, celle qui précède l'attaque individuelle, a certainement plus de valeur, mais M. J. Guérin va beaucoup trop loin quand il veut en faire une ébauche, une manifestation et la source même du choléra.

Elle présente en effet, suivant lui, les caractères suivants : elle est constante, elle s'accompagne toujours d'accidents cholériformes, et enfin elle est contagieuse.

Or, cette diarrhée est loin d'être constante, M. J. Guérin lui-même est obligé de le reconnaître ; d'un autre côté, il est bien vrai qu'elle s'accompagne souvent d'accidents cholériformes, mais il y a aussi bon nombre de cas où ces diarrhées se sont montrées sans jamais présenter les signes du choléra confirmé. Il peut donc y avoir, même en temps de choléra, des diarrhées de nature non cholérique.

Quant aux propriétés contagieuses de cette diarrhée, il est bon de faire remarquer que, dans les faits cités par M. J. Guérin, les individus atteints de diarrhée venaient tous de foyers d'infection cholérique, ils avaient emporté avec eux les germes du mal, et la diarrhée n'a joué ici qu'un rôle tout à fait secondaire.

Admettons un moment la théorie de la spontanéité et voyons si la formule générale de M. J. Guérin est acceptable, et si l'on peut admettre ce qu'il appelle l'embryogénie du choléra. Qui dit embryogénie dit existence constante d'un germe à évolution graduelle, régulière, et présentant toujours des caractères identiques. Or, pour le choléra les faits démontrent qu'il n'en est nullement ainsi : la diarrhée, en effet, ne peut être considérée comme le germe du choléra, puisqu'il y a des cas de choléra sans diarrhée. L'évolution du choléra n'est ni régulière ni constante, et l'histoire démontre enfin que les invasions cholériques sont loin de présenter toujours les mêmes caractères.

— Après ce discours sensé, que nos lecteurs trouveront tout au long dans le Bulletin de l'Académie, M. Depaul présente une monstruosité assez curieuse.

Monstruosité. — Il s'agit d'une petite fille de cinq à six ans qui porte, à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, la moitié inférieure d'un corps d'enfant avec deux jambes parfaitement conformées. M. Depaul se demande si l'on ne pourrait pas délivrer cette enfant d'une infirmité fort embarrassante, car cet appendice est perpendiculaire à l'axe du corps.

Névrotomie. — Pour terminer la séance, M. *Panas* donne lecture d'une note sur la section du nerf buccal, et décrit le manuel opératoire de cette section, qui n'est pas indiquée dans les auteurs classiques.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Giraldès sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des correspondants étrangers.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BERNUTZ.

CORRESPONDANCE : CHOLÉRA ET CHLORALUM. — ÉTAT DE L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE. — ARTHRITES DU LARYNX. — FLUX HÉMORRHOÏDAL ALTERNANT AVEC LES RÈGLES. — RÉGIME ALIMENTAIRE ATTRIBUÉ DANS LES HÔPITAUX AUX ENFANTS PRIVÉS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

La correspondance contient un mémoire de M. *C. Paul* sur *le traitement de la constipation par le podophyllin,* mémoire lu récemment à la Société de thérapeutique.

De plus, la Société reçoit une lettre du docteur *Henry Blanc* sur le chloralum employé dans le choléra. Cette lettre a pour but de répondre aux réserves exprimées dans la dernière séance par M. Beaumetz à propos de cet antidote. M. Blanc défend donc à nouveau le chloralum contre les doutes qui se sont élevés sur son efficacité. Ses arguments étant les mêmes que ceux qu'il a fait valoir déjà dans ce journal (voyez le n° 47, pages 751 et 755), nous nous bornons à mentionner cette nouvelle note.

État de l'épidémie cholérique. — M. *E. Besnier* communique la statistique des cas de choléra dans Paris (hôpitaux et ville) du 4 septembre au 26 novembre.

Il constate d'abord qu'à cette dernière date l'épidémie est presque éteinte. Il recommande toutefois de ne pas perdre de vue les cas isolés qui se produisent encore, de manière à retrouver plus tard le trait qui peut unir d'une manière latente diverses explosions épidémiques peu éloignées l'une de l'autre.

Dans les hôpitaux civils, on a traité, du 4 septembre au 26 novembre, 435 cholériques, lesquels ont fourni 259 décès. Sur ce nombre on compte : 296 cas venus du dehors, auxquels se rapportent 161 décès et 140 cas dits intérieurs qui ont donné 97 décès. Dans la journée du 27 novembre, voici quel était l'état des cholériques dans les hôpitaux : 3 malades à l'Hôtel-Dieu, 2 à la Charité, 1 à Lariboisière, tous entrés des jours précédents et en traitement depuis quelque temps; 0 décès, 0 admission.

Pour les hôpitaux militaires, les renseignements sont aussi favorables. Depuis quinze jours ou trois semaines on n'y a reçu aucun cas de choléra.

La mortalité totale de la ville de Paris, pour les deux mois de septembre et octobre, a été de 846 décès, dont 559 pour la ville et 287 pour les hôpitaux.

Arthrites du larynx. — M. *Libermann,* qui a lu dans la dernière séance une observation d'arthrite du larynx probablement blennorrhagique, fait part aujourd'hui de ses recherches sur ce point intéressant des affections du larynx.

Chomel a publié une observation d'arthrite du larynx, mais le fait est incomplétement rapporté, et selon toute probabilité il s'agissait là beaucoup plus d'un rhumatisme des muscles thyro-aryténoïdiens, affection bien connue aujourd'hui et décrite dans les traités de laryngoscopie.

Le docteur Desbrousses, médecin de l'armée, a, dans sa thèse (*Considérations sur quelques points du rhumatisme articulaire aigu.* Strasbourg, 1861), publié un fait de rhumatisme des articulations crico-aryténoïdiennes avec nécropsie confirmative. Dans ce cas, on avait constaté, en même temps que les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu, de l'aphonie avec douleur laryngienne. M. Schutzemberger, dans le service duquel la malade avait été admise, diagnostiqua une détermination rhumatismale sur les articulations du larynx. La maladie se termina par la mort en raison d'une péricardite, et l'on trouva à l'autopsie, des deux côtés, les cartilages aryténoïdes mis à nu, mais sans nécrose, et dans l'articulation crico-aryténoïdienne gauche un liquide séreux rougeâtre. Il est bon de noter que quelque temps avant les accidents graves qui emportèrent la malade, les douleurs laryngiennes s'étaient presque éteintes et que l'aphonie avait beaucoup diminué. Ce fait met hors de doute l'existence des arthrites rhumatismales du larynx.

Requin pressentait l'existence de cette détermination rhumatismale et regrettait de n'avoir pas suffisamment étudié les cas de rhumatisme dans lesquels l'aphonie se montrait.

M. Libermann insiste sur les caractères de ces arthrites du larynx. L'aphonie et la douleur au niveau du cartilage thyroïde sont des signes de valeur, mais l'exagération de la douleur à la pression a une grande importance, en ce qu'elle permet de différencier l'arthrite du rhumatisme musculaire simple, dans lequel la douleur spontanée est peu vive et la douleur à la pression nulle. La dyspnée peut être une des conséquences de l'arthrite du larynx, au même titre que l'aphonie.

L'examen laryngoscopique sera, dans ces cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'arthrite du larynx, de la plus grande utilité, non-seulement pour compléter le diagnostic, mais aussi pour calmer la douleur par des applications topiques (teinture d'opium et d'iode).

Flux hémorrhoïdal — M. *J. Guyot* communique une curieuse observation de flux hémorrhoïdal alternant avec le flux menstruel et déterminant par sa persistance et sa résistance à tout traitement un affaiblissement graduel et une anémie grave.

La femme dont il s'agit, âgée de vingt-trois ans, un peu rachitique, réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans, a eu une grossesse terminée normalement il y a deux ans. Depuis quatre mois environ, elle perd journellement par le rectum 350 à 400 grammes de sang en sept ou huit selles. Ces hémorrhagies rectales se suspendent sept ou huit jours avant les règles et reparaissent deux ou trois jours après, de telle sorte que pendant douze jours environ la malade ne perd plus de sang par l'anus.

L'examen au spéculum a montré à l'extrémité inférieure du rectum et sur tout son pourtour, dans une hauteur de 2 ou 3 centimètres, des dilatations veineuses bleuâtres et mollasses.

Le ratanhia, le perchlorure de fer, l'ergotine, la glace, ont été jusqu'ici employés sans succès.

La reine Léonor de France, au dire de Fernel, présentait des accidents de ce genre. Une princesse de Nassau, d'après Dolœus avait également des hémorrhagies alternantes par le vagin et le rectum. Gaornnam cite une observation analogue; Alberti, Sennert, en rapportent aussi des exemples.

Régime alimentaire des enfants dans les hôpitaux. — M. *Blachez* attire l'attention de la Société des hôpitaux sur le régime alimentaire attribué dans les services de l'Assistance publique aux enfants qui sont privés du sein maternel.

M. Blachez considérant ce régime comme insuffisant donne un extrait du règlement qui indique les quantités d'aliment (lait, vermicelle, semoule ou farine, sucre, pain blanc) données aux enfants au-dessous d'un mois ou âgés de un à douze mois.

Par un motif de convenance vis-à-vis de l'administration et pour répondre au désir exprimé par M. Moissenet qui s'est chargé de faire une enquête à ce sujet, nous ne publions pas encore les chiffres et les considérations développées par M. Blachez et appuyées par MM. Hayem et Potain. Nous y reviendrons en temps et lieu.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — RAPPORTS. — NÉCROSE PHOSPHORÉE : M. TRÉLAT.

M. *Esmarch* annonce à la Société qu'il a pratiqué la désarticulation de la cuisse en appliquant préalablement sur tout le membre la bande en tissu élastique et en employant un compresseur aortique.

M. *Vanzetti* adresse à la Société deux brochures et une

lettre au sujet de la compression élastique avant les amputations. Il réclame pour Grandesso Silvestri (de Vicence) la priorité. Le professeur Dittel (de Vienne), qui avait employé la ligature élastique sans connaître les travaux du chirurgien de Vicence, reconnaît la priorité de ce dernier.

M. *Le Fort* raconte en quelques mots comment M. Dittel (de Vienne) a été amené à employer la ligature élastique. Il reçut dans son service une petite fille qui avait la tête tellement serrée par l'élastique qui circonscrit le filet (résille), qu'il en était résulté une section de la peau du crâne; des accidents cérébraux survinrent et la malade mourut. Le fil élastique avait coupé les os et la dure-mère. M. Dittel conseille de faire usage des fils élastiques pour enlever les tumeurs pédiculées et pour lier les artères.

— M. *Duplay* fait un rapport sur une observation de polype naso-pharyngien, adressée à la Société de chirurgie par M. Pamard. Il s'agit d'un polype très-volumineux chez un enfant de quinze ans. Le chirurgien enleva le maxillaire supérieur droit en pratiquant la résection sous-périostée d'après le procédé d'Ollier. Le polype s'attachait à l'apophyse basilaire par un large pédicule. L'enfant guérit. Il y a un peu de reproduction osseuse. La Société espère que M. Pamard tiendra ses collègues au courant de la santé de son malade au point de vue de la récidive possible du polype.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur une observation de trachéocèle par M. Faucon (d'Amiens). Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, portait sur la partie droite du cou une tumeur du volume d'un œuf de poule et ressemblant à un goître. Cette tumeur était élastique, disparaissant en partie par la pression et augmentant de volume par l'effort et la toux. La réduction se faisait sans bruit; sonorité à la percussion. Il s'agit d'une trachéocèle. L'individu, malade depuis vingt ans, est sujet aux bronchites et tousse beaucoup. M. Faucon, comme M. Devaltz, croit qu'il s'est produit une hernie de la muqueuse trachéale sous l'influence de la toux.

— M. *Trélat*, à l'occasion du rapport de M. Magitot, veut traiter aujourd'hui de la nature et du traitement de la nécrose phosphorée des maxillaires. M. Richet, dans une leçon faite à l'hôpital des Cliniques et qui a été publiée, a proposé de donner à la maladie un nom nouveau : ostéo-périostite progressive. Une ère thérapeutique nouvelle devait suivre de près ce nouveau baptême. Il y a près de vingt ans que M. Trélat a nommé la nécrose phosphorée : nécrose consécutive à une ostéo-périostite. Si cette conception avait dû produire de si grands résultats, cela aurait eu lieu avant que M. Richet voulût bien s'occuper de la question.

M. Richet dit que la nécrose phosphorée diffère des autres nécroses; M. Verneuil trouve qu'elle n'en diffère pas; ces deux chirurgiens sont pour l'intervention précoce. La tendance progressive est indiscutable. Depuis près de trente ans, les auteurs cherchent les caractères de la nécrose produite par les vapeurs phosphorées. Gaist, en Allemagne, voulut démontrer que les ostéophytes phosphorés étaient spécifiques; aujourd'hui, sous prétexte que cette nécrose n'a rien de spécifique, peut-on dire qu'elle ressemble tout à fait aux autres nécroses? Evidemment non. La spécificité manque à tous les phénomènes; les ostéophytes n'ont rien de spécifique ni de spécial; dans des cas rares, à la suite de traumatismes, on a rencontré l'aspect et la structure des ostéophytes phosphorés; mais ce qui est rare là est le fait ordinaire dans la nécrose par le phosphore. Est-il ordinaire de voir des nécroses mortifier toute une mâchoire? Non. Est-il ordinaire de voir tant d'ostéophytes autour de l'os ancien? Non. Voit-on les nécroses ordinaires débuter toujours par le bord alvéolaire comme la nécrose phosphorée? Non. La nécrose phosphorée a donc une physionomie spéciale, qui lui appartient bien et doit la maintenir dans le cadre des maladies spéciales.

M. Trélat a écrit dans sa thèse d'agrégation : « Tant que le séquestre n'est pas mobile la nécrose n'est pas limitée. » C'est une demi-erreur. M. Verneuil a parlé il y a cinq ans d'un malade chez lequel il avait fait une résection du maxillaire : le séquestre était limité, mais immobilisé par des obstacles. M. Tillaux a montré un magnifique exemple de séquestre complétement invaginé par un os nouveau qui emprisonnait le vieil os; M. Trélat dirait donc aujourd'hui : Tant qu'un séquestre est immobile, on doit *craindre* qu'il ne soit pas limité.

On appelle volontiers résection l'ablation d'un séquestre. C'est mettre la confusion dans les termes. Un séquestre est une portion d'os séparée de l'os sain, et le mot résection veut dire section dans les parties vivantes. On a dit que dans la nécrose phosphorée, quand on enlève promptement l'os nécrosé, on favorise la formation du nouvel os. Cela est faux; tous les faits que M. Trélat a vus sont contraires à cette opinion. M. Alphonse Guérin a montré un malade chez lequel il avait laissé tomber le séquestre; la régénération osseuse était beaucoup plus complète que chez son autre malade sur lequel il avait fait une résection hâtive. Le fait de M. Tillaux prouve que le vieil os n'apporte pas d'obstacle à la formation du nouvel os. Devant les nombreux exemples de séquestres qu'on a laissés en place le temps voulu pour qu'ils se mobilisassent, on devrait être moins affirmatif et recommander moins résolûment l'opération hâtive. D'ailleurs tout dépend de l'ostéo-périostite du début; en matière de thérapeutique, s'il y a une chose qui s'impose au chirurgien, c'est d'être fin et habile dans le traitement de l'ostéo-périostite; il fera des débridements; le meilleur moyen de limiter l'inflammation c'est de débrider la gaîne périostale; on calmera en même temps la douleur.

Heyfelder le père fit chez un malade la résection du maxillaire supérieur dans un cas de nécrose par le phosphore; la nécrose continua; le malade mourut. D'autres malades subirent la résection dans de semblables circonstances; la mort survint par continuation de la nécrose. Les exemples sont nombreux de continuation de la nécrose après la résection du maxillaire. M. Trélat avait écrit : Nous conseillons de ne jamais faire la résection tant que le séquestre est immobile (c'est-à-dire non limité). Aujourd'hui il dirait : Ne pas porter la scie sur des parties qui paraissent saines et probablement sont déjà malades. Il y a quelque chose à faire cependant. Le chirurgien doit subordonner sa conduite aux indications.

Il y a des circonstances où le chirurgien n'étant plus libre de suivre la marche naturelle de la maladie, obéit à un symptôme alarmant : sécrétion d'une quantité considérable de salive, intensité de la douleur, quantité de pus sécrétée. M. Trélat, comme MM. Guérin et Verneuil, admet ces cas d'intervention chirurgicale.

M. Billroth dit qu'en faisant une large part à la maladie, en faisant une ample résection, on peut espérer arrêter les progrès du mal. Et il prouve cela avec une seule observation empruntée à la thèse d'Haltenhoff. Dans la collection de M. Lailler, on trouve de très-petits séquestres, et pour ces petits séquestres M. Billroth aurait reséqué des demi-mâchoires! On comprend qu'on arrêterait dans ces cas une nécrose qui se serait arrêtée d'elle-même. M. Billroth affirme qu'après une série de résections on finira par avoir raison du mal; cela peut mener le chirurgien bien loin. M. Trélat analyse les observations de M. Haas et montre combien la doctrine de Bilroth est déplorable dans ses applications.

En résumé, lorsque les symptômes généraux permettent d'attendre, on attendra; s'il arrive des accidents au cours de la maladie, on opérera en allant à la recherche de ce qui est le séquestre. Jamais M. Trélat n'acceptera comme une saine chirurgie ce qui consiste à dire : enlevons largement au delà du mal. Quelle différence aussi entre les ablations de séquestre et une résection comme gravité opératoire! Les chirurgiens se divisent en deux camps : les résectionnistes et les enleveurs de séquestre. Nous sommes tous dans cette enceinte pour l'ablation des séquestres, les uns un peu plus tôt, les autres un peu

plus tard. Les chirurgiens qui sont pour la résection dans les parties saines pourraient être comparés à nos ancêtres qui, dans certains cas de gangrène des membres, coupaient dans les parties saines avant que le mal fût bien limité.

M. *Verneuil* se rallie complétement à ce que vient de dire M. Trélat; il ne veut pas être rangé dans les résectionnistes. Il reste maintenant à rechercher si l'extirpation précoce des séquestres vaut mieux que l'extirpation tardive. Pour résoudre cette question, il faudra d'abord rechercher si la séquestration dans la nécrose phosphorée présente des conditions spéciales. Nous n'en savons rien encore. Si la séquestration y est plus lente que dans les autres nécroses, il faudra opérer plus tardivement.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

EXPÉRIENCES SUR L'EXCITATION ÉLECTRIQUE DE LA SUBSTANCE CORTICALE DU CERVEAU : MM. CARVILLE ET DURET. — INFLUENCE DE L'OXYGÈNE COMPRIMÉ SUR LA FERMENTATION : M. BERT. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE DOSAGE DES AZOTATES : M. RADUTEAU. — INFLUENCE DE L'EXCITATION DU GRAND SYMPATHIQUE CERVICAL SUR LA CIRCULATION DE LA RÉTINE ET SUR LES MOUVEMENTS DE L'IRIS : M. ONIMUS. — UN MONSTRE EN BOIS DU MUSÉE DUPUYTREN : M. HAMY. — LA GLYCOSURIE DE LA LACTATION DISPARAÎT PAR L'ADLATION DES MAMELLES CHEZ LES COBAYES : M. DE SINETY. — APHASIE DANS UN CAS DE RAMOLLISSEMENT DES LOBES SPHÉNOÏDAL ET OCCIPITAL GAUCHES : M. TROISIER. — LÉSION DES CORDONS DE GULL SANS ATAXIE LOCOMOTRICE : M. DUCATEL. — (COMPLÉMENT A LA DERNIÈRE SÉANCE). UN NOUVEAU CAS DE SCLÉRODERMIE CHEZ L'ADULTE : MM. LIOUVILLE ET C. PAUL.

Jusque dans ces dernières années, les physiologistes considéraient la substance corticale du cerveau comme insensible aux irritations directes; cependant les expériences de Fritch et de Hitzig (*Reichert's Archiv*, n° 3, 1870) ont été opposées à toutes les expériences précédentes. Suivant ces auteurs (*Gazette hebdomadaire*, 1871, p. 699), lorsque certains points de la substance corticale sont excités par des courants électriques faibles, on observe des mouvements dans divers groupes musculaires, et ces expérimentateurs avaient cru pouvoir localiser un certain nombre de centres moteurs à la surface cérébrale ou à l'intérieur du cerveau. Ces expériences, répétées en Angleterre et augmentées de nombreux faits par Ferrier, ont vivement intéressé les physiologistes. Schiff les a répétées, mais a obtenu des résultats dont il donne une interprétation qui n'est pas en accord avec celle des précédents expérimentateurs. M. Carville a commencé la communication de recherches qui démontrent qu'il ne faut pas se hâter de conclure à la transformation de l'excitation électrique en mouvements dans la substance corticale cérébrale. En effet, répétant avec soin ces expériences, M. Carville a constaté, au moyen du galvanomètre, que les courants faradiques faibles ont un pouvoir de diffusion considérable dans la substance cérébrale. Cette diffusion s'opère par la pulpe, par la substance blanche et par les liquides répandus à la surface cérébrale. La diffusion des courants se produit dans le cerveau des animaux morts; on l'observe également sur le cerveau d'animaux profondément anesthésiés par le chloral. En résumé, l'excitation électrique par les courants induits est une cause d'erreur, en ce sens qu'elle n'autorise pas à rapporter au point excité les phénomènes de motilité qui résultent de l'irritation électrique, puisque celle-ci se transmet à distance, soit 15 à 20 millimètres.

M. Carville communiquera avec des détails plus précis les résultats de ces expériences. Nous reviendrons alors sur cette question, qui offre un intérêt considérable pour les physiologistes.

—M. *P. Bert* complète l'exposé de ses recherches sur l'action de l'oxygène comprimé. L'oxygène comprimé arrête les phénomènes de la fermentation, de la germination. Les graines ne peuvent germer dans l'oxygène comprimé; l'urine n'y fermente pas, la fermentation acétique s'y arrête; il en est de même de la transformation de l'amidon cru en glycose sous l'influence de la salive; enfin la viande se conserve dans l'oxygène comprimé.

Tous ces phénomènes concourent à démontrer comment l'oxygène comprimé agit sur l'organisme. Sous son action, toutes les transformations indispensables à la nutrition sont arrêtées, les globules du sang ne respirent plus, les muscles ne se modifient plus, les centres nerveux sont profondément troublés dans leurs conditions de nutrition; tout l'organisme est attaqué par l'oxygène, devenu un agent toxique des plus actifs.

— M. *Rabuteau* lit une note sur un nouveau procédé de dosage des azotates dans les liquides de l'économie, basé sur l'insolubilité du nitrate de potasse et du nitrate de soude dans l'alcool amylique.

—M. *Onimus* communique le résultat d'expériences cliniques relatives à l'action de l'électrisation du ganglion cervical supérieur sur la circulation rétinienne et sur les mouvements de l'iris. Ces recherches délicates, faites au moyen de l'examen ophthalmoscopique, démontrent que les veines de la rétine se dilatent au moment de l'application du courant sur la peau de la région cervicale correspondante au ganglion cervical; il se produit aussi de la dilatation veineuse à la rupture du courant, et celle-ci se continue pendant quelque temps. L'action du courant amène également une exagération dans les mouvements de dilatation et de contraction des artères. Enfin, les mouvements de l'iris, observés par l'action de l'éclairage latéral, présentent des caractères plus manifestes lorsqu'on excite le ganglion cervical supérieur.

Ces observations cliniques expliquent comment dans certains cas d'atrophie des nerfs optiques, l'électrisation peut être suivie d'amélioration de la vision, et M. Onimus a observé trois fois ce résultat.

— M. *Hamy* présente une reproduction en bois d'un monstre pleurosome et procéphale qui appartient au musée Dupuytren, mais dont l'histoire paraît être inconnue. M. Hamy, bien servi par le hasard, a retrouvé un manuscrit dans lequel l'origine de cette pièce est exposée; ce serait, suivant Mopillier, auteur du manuscrit, une reproduction d'un monstre observé à Pondichéry en 1763, et dont un jésuite aurait sculpté l'image sur une racine.

M. Hamy promet de reconstituer cette histoire. Ce monstre en bois présente des caractères assez remarquables, qui constitueraient un exemple unique. Nous espérons que cette enquête démontrera la véracité de la reproduction faite par le jésuite Loupa, qui fut à la fois bon cuisinier et habile mouleur.

— M. *de Sinety* a enlevé à des femelles de cobayes en lactation et glycosuriques les deux mamelles. La glycosurie a été supprimée.

— M. *Troisier* présente le cerveau d'une femme de soixante-seize ans, laquelle était aphasique. On constate le ramollissement des lobes sphénoïdal et occipital du côté gauche, sans lésion apparente du lobe frontal ni du lobule de l'insula. Ce fait sera très-important si, comme l'a fait remarquer M. Bouchard, l'examen complet du lobe frontal gauche démontre l'absence de lésions. Mais dans l'état actuel de la pièce, il serait dangereux de conclure à l'intégrité absolue du lobe frontal.

— M. *Ducatel* rapporte l'observation très-intéressante d'un enfant de douze ans, qui a été observé à plusieurs reprises. Les phénomènes cliniques les plus importants étaient des tremblements musculaires, des mouvements choréiques, de l'affaiblissement dans les membres inférieurs, mais sans ataxie locomotrice réelle. L'enfant est mort d'endopéricardite, et à l'autopsie on a trouvé de la sclérose des cordons postérieurs localisée dans les cordons de Gull. Ce fait s'ajoute à ceux de

Pierret et de Charcot pour démontrer que la localisation des lésions de l'ataxie locomotrice ne saurait être établie dans les faisceaux de Gull, bien qu'on la rencontre en cette région dans certains cas d'ataxie locomotrice comme lésion accessoire.

— Dans cette séance, M. *Chatin* fils, dont nous avons signalé les communications sur l'anatomie comparée, a été élu par 29 voix sur 35 votants.

— Nous devons compléter le compte rendu de la dernière séance en signalant la communication très-intéressante faite par MM. *Liouville* et *C. Paul* sur un nouveau cas de ces troubles trophiques singuliers et encore si peu connus auxquels on donne provisoirement le nom de *sclérodermie de l'adulte*. Dans cette observation il s'agit d'une femme de quarante et un ans chez laquelle l'amincissement, l'état parcheminé de la peau était observé au coude, dans le dos et surtout aux doigts, lesquels présentent à un haut degré l'aspect caractéristique de cette affection.

A. H.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la propagation des maladies.

Dans la réunion des naturalistes suisses qui a eu lieu le 18 août de cette année, à Schaffhouse, le professeur *Karsten* (de Vienne) a traité de la nécrobiose, sujet qui paraît doublement intéressant, vu l'épidémie cholérique qui règne actuellement en Allemagne et en Italie. Le professeur commence par rappeler que diverses parties de la peau conservent leurs propriétés vitales vingt-quatre heures après la mort, et que, transplantées sur des individus vivants, elles peuvent continuer à s'y développer. De même le développement et la prolifération des cellules embryonnaires contenues déjà dans le tissu cellulaire persistent pendant une période plus ou moins longue après la mort, à moins que ces propriétés ne soient supprimées par une température très-élevée, ou par des réactifs chimiques qui troublent leur activité fonctionnelle. Quant aux bactéries, vibrions, micrococques, etc., que l'on trouve à l'intérieur d'organes affectés de lésions pathologiques, et qui sont considérés comme étant des éléments de contagion, Karsten les regarde comme des formes cellulaires pathologiques, à l'égal des cellules du pus et de la levûre. Toutes ces formes cellulaires ne représentent pas encore, par conséquent, des espèces particulières. Déjà pour cette simple raison que l'on n'y reconnaît aucune trace de génération, ni œufs, ni spores, il est inadmissible de considérer ces simples cellules comme des organismes complets. La grande mobilité des vibrions n'est pas non plus une preuve de leur nature animale : on connaît des cellules animales et végétales, indubitablement telles, douées d'une grande mobilité avec et sans appareils locomoteurs visibles. Il ne reste pas d'autre parti à prendre que de considérer ces cellules simples, qui se multiplient à la façon des ferments, comme des produits pathologiques. M. Müller (de Halle) les a d'ailleurs qualifiées de pseudophytes, il y a déjà longtemps. « Une observation soigneuse, ajoute le docteur Karsten, m'a convaincu qu'elles se produisent à l'intérieur des cellules animales et végétales, et qu'elles n'y pénètrent pas du dehors comme font les parasites. On sait depuis longtemps que le développement de la levûre ordinaire se fait dans les cellules végétales; celles-ci prolifèrent, à leur tour, aussitôt qu'elles sont mises en contact avec des liquides appropriés. Le même fait a lieu pour les bactéries, les vibrions, etc., ils se développent dans l'intérieur du tissu affecté, contribuent à le détruire plus rapidement, se dégagent de l'organisme morbide et transportent, en partie, la même maladie sur des individus sains. Il en est absolument de même, d'après lui, pour diverses cellules de lymphe, de pus, aussi bien que pour les bactéries et les micrococques. Quant à la façon d'agir de ces cellules, l'orateur renvoie à son traité De la putridité et de la contagion, 1872 (*Ueber Faulniss und Ansteckung*). Le professeur Karsten, en terminant son discours, présente à la Société des cellules animales et végétales en voie de décomposition, dans lesquelles s'étaient produits de nombreux micrococques et des bactéries. (*Einschlagblatt zür Bohemia*, n° 226, p. 5, 1873.)

Traitement des accès de dyspnée par le nitrite d'amyle, par le docteur Amez-Droz.

Le nitrite d'amyle, qui prend naissance lorsqu'on fait agir l'acide nitreux sur l'alcool amylique, et dont l'action physiologique, suivant Richardson et Gamgee, amène une diminution de la pression artérielle et une dilatation des vaisseaux capillaires, a été employé par Lander Brunton sur certaines formes d'angine de poitrine, à la dose de 5 à 10 gouttes en inhalation. Le liquide est versé sur un linge ou dans une soucoupe, audessus desquels respire le malade. En Angleterre, en Amérique et en Allemagne, ce médicament a été administré contre l'asthme, les maladies du cœur, le tétanos, l'épilepsie et diverses autres affections du système nerveux.

Les recherches de M. Amez-Droz confirment celles de Richardson et Gamgee. La pression du sang diminue dans les artères; les capillaires se dilatent, le pouls s'accélère; c'est une action analogue à celle de la digitale. Suivant l'auteur, le nitrite d'amyle ralentit l'oxydation du sang, et celui-ci, chargé d'acide carbonique, modifie l'action des nerfs vaso-moteurs. (*Archives de physiologie*, septembre 1873.)

De la régénération du cristallin, par le docteur Gayat.

Des expériences physiologiques ont présenté des résultats qui démontrent la possibilité de la régénération du cristallin chez les animaux. Jusqu'à présent, l'observation clinique n'a pas mis en évidence la production d'un pareil phénomène chez l'homme. M. Gayat s'est appliqué à l'étude des yeux des opérés de cataracte; il n'a constaté que des variétés d'opacités capsulaires ou des dépôts vitreux sous forme d'excroissances verruqueuses, des débris capsulo-lenticulaires, mais il n'a pas rencontré de cristallin régénéré ni en voie de régénération. Ces arguments cliniques sont en opposition formelle avec les conclusions que les expérimentateurs des derniers temps ont formulées à la suite d'opérations pratiquées sur les animaux. (*Lyon médical*, 26 octobre 1873.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Expérimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée, par le docteur Widal, médecin-major de 1re classe. — Broch. in-8 de 52 pages. Paris, Victor Rozier.

Cette brochure extrêmement intéressante, pleine de faits, est le résultat de nombreuses expériences exécutées à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Un premier fait assez curieux qui ressortirait de ces expériences, c'est que la digitaline amorphe et la digitaline cristallisée agiraient inversement suivant qu'elles opéreraient sur l'homme ou sur la grenouille; celle-ci étant plus fortement influencée par la première que par la seconde; l'homme, au contraire, l'étant plus par la seconde que par la première. Mais le fond du travail a trait exclusivement à l'action physiologique et thérapeutique de la digitaline cristallisée chez l'homme, comparée à celle de la digitaline amorphe.

L'auteur étudie l'action *physiologique* par rapport au pouls et à la circulation, à la température, aux fonctions digestives, aux fonctions respiratoires, à celles de l'appareil urinaire, de l'appareil cutané et du système nerveux. Il poursuit ses recherches sur l'action *thérapeutique* dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, les palpitations nerveuses et les affections organiques du cœur. La brochure se termine par deux courts chapitres sur les effets toxiques de la digitaline cristallisée et sur la paralysie.

Voici, sous forme de conclusions, le résumé de toutes ces recherches :

1° L'action de la digitaline cristallisée sur le pouls ne diffère pas sensiblement de celle de la digitaline amorphe et de la digitale. Comme ces deux dernières substances, elle modifie le pouls dans sa fréquence, sa force et son rhythme.

2° Comme elle aussi, elle n'influence que peu ou point la température physiologique. Ses effets sur la température morbide, en général, sont moins évidents que ceux de la digitale : à peu près impuissante contre la température typhoïde, elle paraît modifier plus facilement celle de la pneumonie et surtout celle du rhumatisme articulaire.

3° A dose thérapeutique, son action sur les contractions exagérées du cœur, sur les palpitations nerveuses et sur les palpitations en général, est passagère, incomplète, et le plus souvent nulle. Elle est, au contraire, aussi réelle et aussi puissante que celle de la digitale, contre l'affaiblissement des contractions cardiaques et contre l'asystolie qui complique les affections du cœur.

4° La digitaline cristallisée est à peu près huit à dix fois plus active que la digitaline amorphe.

5° Cette activité excessive, jointe à la grande variété des doses nécessaires suivant les individus, en rend l'usage plus difficile et plus dangereux que celui de la digitaline amorphe, et commande une grande prudence. Par suite, son emploi est moins indiqué dans la pratique civile que dans les hôpitaux, où la surveillance des malades peut s'exercer d'une façon plus suivie.

6° La digitaline cristallisée n'augmente pas la quantité des urines et n'a pas d'action *directe* sur la sécrétion du rein.

A cette courte analyse, on nous permettra de joindre le passage suivant d'une lettre que nous écrivait ces jours-ci M. le docteur Lereboullet, précisément sur le même sujet :

« Au moment où, débutant à l'hôpital civil de Strasbourg, nous suivions, en qualité d'externe, la visite de M. le professeur Hirtz, nous avons été, comme tous nos camarades, séduit par la netteté des résultats que notre savant maître obtenait à l'aide de la poudre de digitale, et convaincu en voyant cette action antipyrétique si constante, le plus souvent même si efficace. Quelques années plus tard, encouragé par notre maître et guidé par ses conseils, nous entreprenions, à l'hôpital militaire, des recherches sur l'action antipyrétique qu'aurait pu déterminer la digitale administrée au début des fièvres éruptives. Le résultat fut loin de répondre à notre espérance. Nous essayâmes dès lors d'administrer le médicament à des malades atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu ; mais bientôt nous fûmes obligé de renoncer au médicament. C'est qu'il fallait, pour obtenir des effets analogues à ceux qui restaient si profondément gravés dans notre mémoire, non-seulement un produit d'une pureté et d'une activité spéciales — le regretté Hepp, avec sa complaisance et sa cordialité si connues, nous le fournissait, — mais une préparation intelligente et minutieuse que nous ne pouvions toujours exiger. Dans son article du Dictionnaire de médecine pratique, M. Hirtz a trop bien insisté sur la nécessité de préparer avec soin l'infusion de poudre d'herbe de digitale pour que je sois obligé d'y revenir. Aussi ai-je compris que M. Widal ait pu écrire dans l'introduction de son intéressante brochure : « La découverte de la digitaline cristallisée nous parut une bonne fortune pour la thérapeutique. » Il en eût été ainsi, en effet, si cette substance avait été « douée d'une activité identique avec celle de la digitale, identique avec elle-même, et qui partant la rendrait plus facile à manier que la plante ; mais il n'en est rien. »

Lectures on dermatology, by Erasmus Wilson. — Churchill London, 1873.

Les études dermatologiques sont cultivées en France avec un éclat peu contestable, et l'école de Saint-Louis doit à plusieurs générations de médecins éminents une autorité partout reconnue. On s'étonne de voir l'Angleterre, la patrie des Turne, des Willan, des Batteman, encore déshéritée sous ce rapport d'un grand enseignement clinique. Le Collége Royal des chirurgiens a voulu combler cette lacune, et, pour donner à l'étude des maladies cutanées une énergique impulsion, il a fondé un musée où se trouvent reproduits les modèles si remarquables de M. Baretta. Près de six cents pièces figurent déjà dans ce musée, véritable copie de la collection de l'hôpital Saint-Louis.

M. le docteur E. Wilson, dans ces trois dernières années, a fait au *Royal College of surgeons* une série de lectures en forme de démonstration des pièces de la collection dermatologique, sur le modèle des fameuses lectures huntériennes.

Ces lectures ont eu un légitime succès. Elles forment un véritable cours de dermatologie, que l'auteur a publié dernièrement.

C'est un cours élémentaire, essentiellement pratique, sans grandes visées nosologiques, et s'occupant plus de l'étude clinique et du traitement de chaque affection que de la place qu'elle doit occuper dans une classification. Celle que l'auteur a adoptée est des plus simples. Il divise les maladies de la peau en cinq classes, selon qu'elles résultent : 1° d'une inflammation ordinaire ; 2° d'une inflammation spécifique ; 3° d'une aberration de la nutrition ; 4° d'une aberration de la sensibilité ; 5° d'un trouble de la fonction pigmentaire (*pigment fonction*) ; 6° d'un désordre des organes spéciaux (épidermes, glandes, etc.). Toutes les affections cutanées sont rangées sous ces cinq chefs, et étudiées bien plus au point de vue de leurs caractères objectifs que des maladies générales dont elles dépendent.

Des abcès par congestion ouverts dans les poumons ou les bronches, par F. Chénieux. In-8. Paris.

D'après l'auteur, les abcès ossifluents, nés des vertèbres du dos, moins souvent ceux de la région cervicale, viennent parfois s'ouvrir dans les bronches. Cette évolution se fait en trois périodes : 1° période adhésive, ou d'adhérences entre les deux feuillets des plèvres ; 2° période d'ulcération, dans laquelle la poche de l'abcès en regard du poumon et le poumon lui-même sont détruits ; 3° période caverneuse, dans laquelle une bronche, ouverte dans l'abcès, laisse échapper son contenu dans un effort d'expectoration.

Essai sur l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, par M. Kastus. — Broch. in-8. Delahaye.

Après avoir admis, ce qui est vrai, que la cause occasionnelle habituelle du rhumatisme articulaire aigu est l'impression généralisée ou partielle du froid sur l'enveloppe cutanée dans un état de sueur active, l'auteur, sous prétexte de pathogénie, ramasse çà et là les hypothèses chimiatriques et mécaniques les plus discréditées. Il admet, par exemple, sans hésiter que la fièvre est due à la dilatation et à la paralysie persistante des petits vaisseaux cutanés ! Remontant au XVIIIe siècle, il admet aussi l'existence d'une matière morbifique à réaction acide qui, se déversant dans les articulations, produirait de la synovite et de la chondrite. Oubliant que dans les fièvres purulentes les articulations se remplissent très-rapidement de pus, il soutient que, si dans le rhumatisme les articulations ne suppurent pas, c'est parce que les séreuses articulaires sont réfractaires à la genèse du pus et aussi parce que l'air n'agit pas sur les parties enflammées, etc., etc. L'auteur, qui est professeur de chimie à Lyon, a pris pour épigraphe de son travail ces aphorismes : N'éteignez point l'esprit (Saint Paul), et osez savoir (le chancelier Macclesfield) ! Est-il besoin de faire observer que c'est seulement quand on a « osé *savoir* », qu'on est en droit d'affirmer ?

Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices, par Alfred Petitfils. — Broch. in-8. Delahaye.

Les mêmes lésions histologiques caractérisant la paralysie infantile spinale et la paralysie spinale de l'adulte, M. Petitfils pense qu'il est convenable de les confondre sous le nom commun de paralysie spinale aiguë ou d'atrophie aiguë des cellules motrices. Les cellules particulièrement lésées sont celles des groupes externes et postéro-externes. La lésion du tissu conjonctif peut faire défaut. Le plus souvent la lésion des cellules se présente sous la forme d'atrophie pigmentaire partielle ou totale.

Études sur le goître épidémique, par V. Nivet. — Broch. in-8. J.-B. Baillière.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Les terrains jurassiques qui sont principalement formés d'assises de calcaires magnésiens ne sont pas la cause du goître. Il en est de même des terrains crétacés et des calcaires grossiers. La présence, dans les eaux potables, de sels de chaux ou de magnésie, l'existence d'une certaine quantité de matière organique dans ces liquides, sont étrangères à l'étiologie de cette affection. L'action du défaut d'aération n'est nullement démontrée. La cause occasionnelle la plus habituelle du goître endémique, sporadique, épidémique, serait, d'après l'auteur, les refroidissements du cou occasionnés par les courants d'air ou par l'ingestion de l'eau froide survenant au moment où le corps est en sueur.

VARIÉTÉS.

Choléra. — A Munich, d'où nous est venue déjà l'histoire de ce sonneur de cloches, sorte de *saint Jean Stylite*, que le choléra est venu chercher dans sa solitude aérienne, une réunion de médecins, parmi lesquels on cite Buhl, Pettenkofer, Voit, Friedrich, Lindwurm et Bauer, a été convoquée par la municipalité pour entendre le récit d'une découverte faite par un habitant de la ville (non médecin) qui demande, comme récompense, une somme de 100 000 thalers, c'est-à-dire près de 400 000 francs. (Le prix de l'Institut pour la découverte d'un moyen de

guérir le choléra n'est que de 100 000 francs.) La thèse de l'auteur, d'après le Journal officiel, est celle-ci :

« Un insecte, ou peut-être un essaim d'insectes s'insinue avec une douleur lancinante dans la chair, à la sortie du rectum. A la suite de cette implantation, les parties charnues environnantes se trouvent dans un état douloureux et maladif; viennent ensuite l'envie de vomir et un malaise général. A partir de ce moment, le mal se développe par en haut et le progrès peut en être suivi tant que l'estomac n'est pas atteint, jusqu'au moment où l'abdomen est plein de flatuosités et qu'une violente diarrhée se déclare. »

Le jugement définitif sur cette découverte ne sera prononcé qu'au bout d'une année. En attendant, ces insectes logés à la sortie du rectum nous font un peu l'effet de ce qu'on appelle *le bouton* chez le pierrot et le serin.

Du reste, en Bavière, l'épidémie reste au même point. Dans la nuit de jeudi à vendredi, on a enregistré 23 cas et 11 décès. Depuis la réapparition du fléau, il y a eu à Munich 113 cas, suivis de 29 décès. Les fugitifs de la capitale ont importé le choléra dans les villes voisines, où il commence à se faire sentir d'une manière sensible.

— A Munich également a eu lieu ces jours derniers l'inauguration d'une institution fondée par les dames de Bavière, et qui a pour but de former des infirmières, lesquelles soigneront les malades en temps de guerre et en temps de paix

Service de santé de l'armée : Alimentation. — Le Bulletin de la réunion des officiers appelle l'attention de l'opportunité d'une statistique, basée sur les rapports des médecins-majors et des médecins de la marine. Et, à ce propos, elle donne quelques détails sur l'*alimentation des marins*, détails empruntés au Traité d'hygiène navale de M. Fonssagrives. Il en résulte que le poids moyen des aliments attribués comme ration de campagne à chaque homme est de 1149 grammes, dosant 26gr,91 d'azote (c'est-à-dire renfermant 174gr,91 de matières azotées), plus 308gr,86 de carbone et 49gr,85 de matières grasses. La ration de campagne est donc moins lourde de 31 grammes que la ration du matelot à terre; elle contient 2gr,53 d'azote, 116gr,24 de carbone et 0gr,39 de matières grasses en moins.

Nécrologie. — L'un des premiers naturalistes de l'Europe, Louis Agassiz, vient de mourir à New-York, à l'âge de soixante-sept ans. Il avait fait ses études en Suisse, avait professé à Neufchâtel et était allé ensuite (1846) occuper une chaire à Boston, Depuis lors, il a toujours appartenu à l'Amérique. Ses travaux sur la zoologie, principalement sur les poissons et sur les mollusques, sont connus de tous les naturalistes.

Légion d'honneur. — Ont été promus : *au grade de commandeur*, M. Cabrol, médecin principal de 1re classe; *au grade de chevalier*, M. Vizerie, médecin major de 2e classe.

Erratum. — Dans le dernier numéro, page 824, 2e col., 15e ligne, *Mouvement dans les hôpitaux*, *lisez* Bouchard, *au lieu* de Bouchardat,

État sanitaire de Paris :

Du 13 décembre au 19 décembre 1873, on a constaté, pour *Paris*, 739 décès, savoir :

Variole, 1. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 11. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 58. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 12. — Autres affections aiguës, 280. — Affections chroniques, 330, dont 154 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 10.

AVIS.

MM. les Abonnés à la Gazette seule et à la Gazette avec Bulletin qui n'auront pas, avant le 10 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 10 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les Abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la même librairie (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté un seul mandat pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

Sommaire. — **Paris.** Cours publics. Faculté de médecine : Hygiène des hôpitaux : M. Bouchardat. — La méthode d'Esmarch et l'ischémie chirurgicale (compression élastique) dans les amputations. — **Travaux originaux.** Épidémiologie : Les origines et la propagation du typhus. — Chirurgie : Notes chirurgicales : Des avantages de la lenteur méthodique dans l'opération de la trachéotomie. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — **Revue des journaux.** Sur la propagation des maladies. — Traitement des accès de dyspnée par le nitrite d'amyle. — De la régénération du cristallin. — **Bibliographie.** Index bibliographique. — **Variétés.**

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel de prothèse ou mécanique dentaire, par O. Coles, traduit de l'anglais et annoté par le docteur G. Dariw. 1 vol. in-8, avec 150 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye. 6 fr.

Traité des maladies des reins, par le professeur S. Rosenstein. Traduit par les docteurs Bottentuit et Labadie-Lagrave. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye. 10 fr. Cartonné. 11 fr.

La folie héréditaire, leçons professées à l'École pratique par le docteur Legrand du Saulle. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

Pronostic et traitement de l'épilepsie, mode d'emploi des bromures alcalins, par le docteur Legrand du Saulle. In-8. 2e édition. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

L'art de conserver la vue, traité d'hygiène oculaire, par le docteur Arthur Chevalier. 1 vol. in-12 avec 95 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye. 1 fr.

Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde, par le docteur Bourneville. In-8, avec 6 planches en chromolithographie. Mémoire couronné par la Société de médecine du Nord. Paris, A. Delahaye. 3 fr.

Les gourmes, par le docteur Cazenave. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

Organisation de l'éducation physique des enfants du premier âge, par le docteur A. Bertrand. In-8. Paris, A. Delahaye. 50 c.

Une synthèse physique, ses inductions et ses déductions ; universalité des grandes forces, leurs conditions originelles, leur rôle dans le fluide éthéré, avec un appendice physico-physiologique, par le docteur Aug. Durand (de Lunel). 1 vol. in-18 de 185 pages. Paris, F. Savy. 3 fr.

Leçons de clinique médicale, par le docteur Michel Peter. 1 fort vol. in-8 avec figures, cartonné à l'anglaise. Paris, Asselin. 15 fr.

Traité d'anatomie descriptive, par MM. Cruveilhier et Marc Sée. 5e édit., revue, corrigée et augmentée. Tome II, 1re partie, contenant la *Splanchnologie*. 536 pages avec 369 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Paris, Asselin. 9 fr.

Nota. — L'ouvrage complet se compose de 3 forts volumes grand in-8, avec 1300 figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Broché, 45 fr. ; cartonné à l'anglaise. Paris, Asselin. 48 fr.

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements, par le docteur V. Saboia, professeur à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro (Brésil). 1 fort vol. grand in-8, avec des figures intercalées dans le texte ; cartonné à l'anglaise. Paris, Asselin. 13 fr.

Congrès médical de France (4e session) tenu à Lyon. 1 fort vol. in-8. Ce volume renferme des articles des docteurs Teissier, Léon Le Fort, Ollier, Diday, Trélat, Verneuil, Drysdale, etc. Paris, A. Delahaye. 9 fr.

Annuaire de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine an IX jusqu'en 1872 inclusivement. 1 joli vol. in-18, cartonné à l'anglaise. Paris, Asselin. 2 fr.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

TABLE DES MATIÈRES

A

ABADIE. Nouveau traitement du kératocone, 507.
Abcès métastatiques. — (pathogénie des), 1. — Ils se produisant dans les injections de liquides contenant des bactéries, 42. — rétropharyngiens chez les enfants, 700. — rétropharyngiens idiopathiques, 710. — par congestion ouverts dans les poumons, 839.
ABELIN. Des abcès rétropharyngiens chez les enfants, 700.
Absinthe (essence d'). Circulation de la rétine et du cerveau dans l'épilepsie, par l'—, 140. — Dilatation de la pupille dans l'épilepsie absinthique, 158.
Académie de Belgique (compte rendu de l'), 784.
Académie de médecine de Paris. — (séance publique annuelle de l'), 418.
Accouchement. — encombrement (service des), 191. — (de la rupture prématurée de la poche des eaux pendant le travail de l'), 309. — à cinquante ans, après deux ans de ménopause, 733.
Accoucheur. — dans les cas difficiles (guide de l'), 454.
ADAMKIEWICH. Des moyens mécaniques d'hémostase dans les plaies artérielles, 14.
Adénite cervicale avec ulcération de la carotide, 43.
Adénopathie bronchique (recherches sur l'), 330, 340.
Agoraphobie (de l'), 325.
Agrégation (banquet de l'), 207.
AHLFELD. Voy. COHNSTEIN.
Air. — dans les vaisseaux (des effets produits par l'injection d'), 158, 220. — comprimé (action de l'), 137, 172, 177, 351, 418, 430, 581. — chaud (appareils de chauffage à l'), 432.
Alcoolisme. — Signes du délire alcoolique aigu, 355. — De l'hémianesthésie dans l'alcoolisme chronique, 729, 745.
Aliénés aux États-Unis (législation des), 519.
Alimentaires. — (substances) conservées par l'action du froid, 88. — (régime) du soldat, 431.
Alimentation du jeune âge, 201.
Aliments (détermination du coefficient mécanique des), 417.
Ambulances (matériel des), 161.
AMEZ-DROZ. Traitement des accès de dyspnée par le nitrite d'amyle, 838.
Ammoniaque. — dans les ateliers où l'on emploie le mercure (influence de l'), 187. — chez les animaux (action des injections de carbonate d'), 190. — dans les veines contre la morsure des serpents (injection d'), 405. — élèvent la température (les convulsions produites par les sels d'), 421. — (le carbonate d') et l'urémie, 042.
AMORY (R.). Voy. CLARKE.
Amour (traité physiologique de l'), 563.
Amputations. — sous-périostées (des), 322, 449, 804. — (réunion des plaies d'), 575. — ostéoplastique tibio-calcanéenne (de l'), 714. — (de l'ischémie chirurgicale dans les), 771, 786, 827, 835.
Amylamine (sur les propriétés de l'), 783.
Amyle (nitrite d'). Son emploi dans les accès de dyspnée, 838.
ANAGNOSTAKIS. Contribution à l'histoire de la chirurgie oculaire, 129.
Anesthésie. — injection de chloroforme et de morphine dans la gencive, contre l'odontalgie, 43. — par l'éther est supérieure à l'anesthésie par le chloroforme, 93. — par le protoxyde d'azote (mort à la suite de l'), 110. — (action comparée de l'éther et du chloroforme comme agents d'), 405.
Anévrysme. — de l'artère axillaire guéri par la compression indirecte intermittente, 184. — faux consécutif à la suite de résection du coude (observation d'), 188. — artérioso-veineux (traitement des), 188, 243. — de l'aorte (pneumonie caséeuse compliquant un), 220. — de l'artère pédieuse, 293. — inguinal (ligature de l'iliaque pour un), 326.
Angina couenneuse. — (traitement de l'), 431. — par le cubèbe (traitement de l'), 551.
Angioma simple sous-cutané (étude sur l'), 375.
Aniline. — sur des plaques de psoriasis (accidents causés par une solution de chlorhydrate), 387.
ANNANDALE. Abcès du rein contenant un calcul, 628.
Annuaire pharmaceutique, 02.
Ano-coccygienne (tumeur de la région), 170.
ANSTIE. Emploi de l'ergot dans l'hémoptysie, 275.
Antiputride (l'hydrate de chloral comme), 292.
Antiseptiques sur le virus charbonneux (action des), 688.
Anus. — (dilatation artificielle de l'), 13. — (résection du coccyx comme moyen de faciliter la découverte de l'extrémité inférieure du rectum dans les cas d'imperforation de l'), 403, 420. — dans le traitement des hémorrhoïdes (cautérisation linéaire de l'), 538.
Aortique. — (du double souffle et du double claquement), 105. — (anévrysme) compliqué de pneumonie caséeuse, 220.
Aphasie. — (lésion du lobe postérieur avec), 262. — complète suivie de guérison (observation d'), 203. — avec hémiplégie droite (observation d'), 402, 465. — (lypémanie avec), 680. — sans lésion du lobe frontal (un cas d'), 837.
Apomorphine. — (sur l'), 97. — (effets vomitifs de l'), 642.
Appareils. — de zinc dans les fractures, 241. — plâtrés avec fils de fer, 322. — aspirateur pour la thoracocentèse (nouvel), 352. — de chirurgie à l'exposition de Vienne, 453.
ARMAINGAUD (de Bordeaux). Du point apophysaire dans les névralgies, 759.
ARMAND. Traité de climatologie générale, 438.
ARMAND (Pierre). Traitement de la coqueluche par le chloral et le bromure de potassium, 407.
Arsenic. — (un cas d'empoisonnement par l'), 171. — Action toxique de l'hydrogène arsénié, 270, 300.
Artère. — (histoire des moyens mécaniques d'hémostase dans les plaies des), 14. — axillaire (anévrysme de l'), 184. — pulmonaire (thrombose de l'), 084. — Voy. AORTE, AXILLAIRE, CAROTIDE, PÉDIEUSE.
Arthropathies syphilitiques, 22.
Asphyxie. — et de la cause des mouvements respiratoires chez les poissons (de l'), 187. — locale des extrémités (de l'), 518. — dans les ablations des tumeurs cervicales (de l'), 750.
Aspiration. Voy. PONCTION.
Association des médecins de la Seine (séance annuelle), 80. — (rapport sur l'), 310.
Association française contre l'abus des boissons alcooliques, 263.
Association pour l'avancement des sciences, 520, 500, 574.
Asthme d'été ou fièvre de foin, 581.
Astigmatisme (des modifications de l'), 452.
Ataxie locomotrice. — (de la sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs dans l'), 819. — (lésion des cordons de Goll sans), 830.
Atrophie aiguë des cellules motrices, 838.
Atropine injectée dans l'estomac des lapins (innocuité de l'), 063.
AUCHOUT. De la propylamine et de l'apomorphine, 97. — *The agricultural children's bill*, 130. — Les causes du choléra, 065. — *Passim*.
AUGIÉ. Sur l'ictère expérimental, 821.
Autoplastie expérimentale dans le symblépharon, 576. Voy. GREFFES, AMPUTATIONS.
Avoine dans l'alimentation du jeune âge (de la farine d'), 201.
Axillaire (artère). — (anévrysme de l'), 184. — dans la réduction d'une luxation, (rupture de l'), 422.
AZAM. Réunion des plaies d'amputation, 575.
Azotates (nouveau procédé de dosage des), 837.
Azote. Voy. PROTOXYDE D'AZOTE, 465.

B

Bactéries et infusoires. — Troubles de la circulation à la suite de l'injection de liquides contenant des monades, 41. — non suivie de septicémie (injection de), 158, 170, 173. — injectées dans le sang sur la processus gangréneux (action des), 270. — (influence du froid sur les), 305.
BAILEY (James). Rupture de l'œsophage, 469.
BAILLARGER. Enquête sur le goître et le crétinisme, 807.
BAILLY. Nouveau céphalotribe, 107.
BAIZEAU. Péritonite purulente, rupture de l'ombilic, 261.
BALL. Observation de tumeur cérébrale, 387.
Baraquements de Villeneuve-l'Étang, 10.
BARETY. De l'œdème et des hémorrhagies chez les hémiplégiques, 468.
BARNES (Robert). Leçons sur les opérations obstétricales, 454.
Baroscope à gaz, 353.
BARTH. Discours sur le choléra, 770, 802.
Baryum (action toxicologique des sels de), 677.
BEAUGRAND. Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, 191.
BÉCHAMP. Sur la fermentation alcoolique dans l'urine, 20. — Sur les microzymas normaux comme cause de la coagulation spontanée et de la fermentation, 187. — De l'alcool et de l'acide acétique du lait comme produits de la fonction des microzymas, 240. — Constitution de la glairine, 417. — Réflexions sur la génération spontanée, 010.
BECK. Pénétration des spermatozoïdes dans le col de l'utérus, 125.
BÉHIER. Éloge de Grisolle, 224. — Discours sur la septicémie, 89. — Leçon clinique sur la pachyméningite, 148. — Grossesse extra-utérine, 479, 570. — Discussion sur la septicémie, 305.
Belladone sur les sueurs (influence de la), 548.
BENEDICKT. De l'agoraphobie, 325.
BENI BARDE. Traité d'hydrothérapie, 710.
BENNETT (J. H.). Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, 741, 773.
BERGER (Paul). Sur la conformation intérieure de la veine et des artères ombilicales, 43.
BERNARD (Cl.). Transformation du sucre de canne dans le tube digestif, 221.
BERNHARDT. Recherches sur le sens musculaire.
BERNHEIM. Note sur un cas de typhus exanthématique, 30. — Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, 444, 492.
BERT (Paul). Coagulation du sang suroxygéné, 110. — Influence que les changements de pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie, 137, 172, 351, 418, 430, 581. — Influence de l'air comprimé sur la respiration, 177. — Une plante ressuscitante, 190. — A propos du monstre double Millie-Christine, 772. — Influence de l'oxygène comprimé sur la fermentation, 836.
BERTAIL (E.). Étude sur la phthisie diabétique, 423.
BERTILLON. Sur le mouvement de la population, 544.
BESNIER (Er.). Rapport sur les maladies régnantes, 80, 520. — Statistique du choléra, 613, 025, 725, 835.
BIERBAUM. Traitement de la méningite tuberculeuse, 124.
Bière. — (nouveau procédé de fabrication de la), 700. — (origine de la levûre de), 818.
Biliaires ayant perforé la vésicule (observation de calculs), 307.
BILLROTH. Extirpation d'un fibrome du muscle droit antérieur, 503.
BLACHEZ. Traitement du rhumatisme par la propylamine, 33, 49. — Du travail des enfants dans les manufactures, 82, 115. — Ulcération de la langue produite par une pastille de Kermès, 353. — De l'expectoration albumineuse, 474.

— Des injections veineuses dans le choléra, 697.—Sur l'hygiène des hôpitaux, 625. — *Passim*.
BLANC. Traitement du choléra, 565, 751.
Blennorrhagie suivie de pyohémie, 209.
BLOT. Vaccination des tumeurs érectiles, 662.
BOCHEFONTAINE. Expériences sur la septicémie, 304.
BOÉCHAT. Structure du corps thyroïde, 314.
BOECK et SCHEELE. De l'inoculabilité du virus syphilitique, 758.
BŒCKEL. De l'électrothermie appliquée aux opérations chirurgicales, 514.
BOINET. De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, interstitielles et fibrocystiques, 117, 198, 285, 298, 309, 447, 461.
BORDIER. La médecine chez les Chinois, 1. — La question du sulfate de cinchonine, 147. — Traitement des coliques hépatiques, 678.
BORLAND et CHEYER. Compte rendu de l'hôpital de Boston, 790.
Boston city hospital (premier compte rendu médical et chirurgical de), 700.
BOTTENTUIT. Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, 301.
BOUCHARD (Charles). Leçons sur les urines, 3, 19, 67, 161. — La marcura à dose toxique produit la diminution de l'urée, 389. — Action exagérée de la digitale chez les albuminuriques; action de l'extrait de valériane, 421. — Altération des tumeurs dans l'intoxication saturnine, 468.
BOUCHARDAT. Étiologie du typhus exanthématique, 27. — Hygiène des hôpitaux, 825.
BOUCHUT. Infarctus sanguins sous-cutanés du choléra, 673, 734.
BOUILLAUD. La parole à l'état normal et anormal, 402, 405. — Localisation dans le cervelet du pouvoir coordinateur, 497. — Théorie du pouls, 656.
BOUILLON-LAGRANGE. Embolies avec guérison, 582, 594.
BOUIS. Traité élémentaire de chimie légale, 759.
BOUISSON. Discours à propos du conseil supérieur de l'instruction publique, 62.
BOULEY. Discours sur la septicémie, 58.
Bourbon l'Archambault (composition des eaux de), 304.
BOURDIN. Choix du vaccin, 551.
BOUROUET (F.). Du bubon d'emblée comme accident de la syphilis, 133, 215, 266.
BOURNEVILLE. Études cliniques et thermométriques sur le système nerveux, 78.
Bourses séreuses sous-cutanées. Leurs lésions dans la syphilis tertiaire, 22.
BOUSSINGAULT. Substances alimentaires conservées par l'action du froid, 88.
BRAND. Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, 603.
BRIANT et CHAUDÉ. Manuel de médecine légale, 750.
BRIAU (René). Le serment d'Hippocrate et la lithotomie, 320, 343, 301.
BRIQUET. Discours sur le typhus exanthématique, 339, 528.
Bromures de potassium et d'ammonium (des effets thérapeutiques des), 16, 71, 85.
BROWN-SÉQUARD. Nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, 247. — Sur les ecchymoses et les suffusions sanguines d'origine nerveuse, 390.
Bruit de pot fêlé (expériences sur le), 91, 146.
Brûlures par le pétrole (sur les), 560, 595.
Bubon d'emblée comme accident primitif de la syphilis, 133, 215. — chancrelleux (du), 368. — coxalgipare (du), 638.
BUCQUOY. Ulcération tuberculeuse de la langue, 596.
Bude-Pesth (excursion médicale à), 767.
BUOIN. Bruit de pot fêlé, 140.
BUEZ. Le pèlerinage de la Mecque, 265, 281, 537, 601, 633, 640, 665, 681, 697, 726, 745, 703.
Bulletin hebdomadaire des causes de décès. Voy. à la dernière page de chaque numéro.
BUMAN. Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.
BUROW. Applications du chlorate de potasse aux cancers ulcérés, 222.
BURQ. Emploi du cuivre contre le choléra, 631.
BUTCHER. Ligature de l'artère iliaque et résection du genou, 326.

C

CADIAT. Immobilisation dans les fractures compliquées, 588.
Calculs. — de la vessie (des complications rénales dans les), 153, 165.—uréthroprostatiques (observation de), 125.— de xanthine (observation de), 261. — par les dissolvants (traitement des), 294.— (perforation de la vésicule biliaire par des), 307.
CAMINHOA. Les quarantaines et la prophylaxie, 775, 761, 821.
Canal thoracique (rupture du), 476.
Cancer ulcéré (application du chlorate de potasse dans le), 222.
Carotide (artère) ulcérée dans une adénite scarlatineuse, 43.
Carreau avec perforation intestinale (observation de), 434.
CARTAZ. Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences, 560, 574.
Cartilages. — (de la pénétration des particules colorées dans les), 692. — (des interstices des), 726.
Cataracte. — par extraction linéaire sans excision de l'iris (opération de la), 108. — (discussion sur les diverses méthodes d'opération de la), 189, 246, 245, 273, 262, 322, 353, 386.— par l'incision linéaire (extraction de la), 557. — (sur l'opération de la), 561.— (des procédés d'extraction de la), 705.
CARVILLE. Mouvements convulsifs du cœur d'un chien, lacération de l'organe par une aiguille, 421.
CARVILLE et DURET. Expériences sur l'excitation électrique de la substance corticale du cerveau, 837.
CASSELMANN. Guide pour l'analyse de l'urine, 750.
CASTAN. Traitement de la fièvre intermittente par l'eucalyptus, 518.
CASTIAUX (J.). Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus, 421.
CAUVY. Ponction herniaire, 485.
CAZAUX. Sonde métallique brisée dans l'urèthre, 673.
CAZIN. Varice artérielle de l'artère temporale, 354.
Celluloire (tissu) répandu dans l'organisme des vertébrés, 289.
Céphalalgie chez les enfants, 141.
Cérébrale (observation de tumeur), 387.
Cérébro-spinal (physiologie du liquide), 125.
Cerveau (de l'excitation électrique de la substance corticale du), 837.
Ceterach officinarum, plante ressuscitante, 196.
CHAIRON. Sur les brûlures par le pétrole, 560.
CHAMPOUILLON. Note sur l'extrait de malt houblonné, 168. — Sur l'épistaxis albumino-séreuse, 595.
CHANTREUIL (G.). Des applications de l'histologie à l'obstétrique, 93.
CHARCOT. De la compression lente de la moelle épinière, 281.
CHARPENTIER (A.). De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques, 03.
CHARRIN. Tuberculose généralisée chez un fœtus de sept mois, 548.
CHASSAGNY. Appareil pour l'insertion vicieuse du placenta, 576.
CHASSAIGNAC. Discours sur la septicémie, 41, 240. — Sur les rétrécissements du rectum, 188. — Sur les diverses méthodes d'extraction de la cataracte, 388. — Sur les polypes nasopharyngiens, 545.
CHAUFFARD. Considérations sur la méningite cérébro-spinale épidémique, 301, 377. — Sur le typhus exanthématique, 402.
CHAUTARD. Examen spectroscopique de la chlorophylle, 58.
CHAUVEAU. Influence des bactéries et des liquides putrides sur la gangrène sous-cutanée, 276, 364, 305. — Transmission de la tuberculose par les voies digestives, 561, 564.
CHÉNIEUX. Des abcès par congestion ouverts dans les poumons, 838.
CHEVALIER (A.). Modifications de la lumière chromatique à travers les verres colorés, 74.
Chimie légale (traité élémentaire de), 759.
Chine. La médecine chez les Chinois, 1.
Chirurgie. — oculaire chez les anciens (de la), 129. — clinique (éléments de), 533.
Chloral (recherches sur les propriétés antiputrides de l'hydrate de), 202. — (de l'emploi thérapeutique du), 468. —dans les accouchements (de l'emploi de l'hydrate de), 556.
Chloralum. Son emploi dans le choléra, 717, 750, 755, 762, 834.
Chlorate de potasse (empoisonnement par le), 469.
Chloroforme. — injecté dans la gencive contre l'odontalgie, 43. — (mortalité par le), 93. — (mort par le) à Lille, condamnation d'un dentiste, 264. — (un cas de mort par le), 322.—(action comparée de l'éther et du), 465. — (moyens de purifier le), 788.
Chlorophylle (examen spectroscopique de la), 58.
Chlorose (une théorie de la), 518.
Choléate de soude. Son emploi dans la lithiase biliaire, 246.
Cholédoque (ligature du canal), 820.
Choléra. — (transfusion du lait dans le), 262. — (origine européenne du), 459. — Le choléra au Havre, 551, 556. — Le choléra en Europe, 553. — (traitement du), 565. — Du choléra à Rouen et au Havre, 560, 582, 587, 595, 604, 664, 666. — Le choléra à Paris, 585.— (importation du), 604. — à l'Académie de médecine (discussion sur le), 505, 611, 625, 659, 675, 680, 723, 735, 770, 834. — à la Société médicale des hôpitaux (discussion sur le), 601, 612, 645, 659, 660, 835.— (à propos du), 601, 617, 025, 633, 644, 649, 681.— Le choléra à Varsovie, 630, 687.—et la fièvre jaune (analogies entre le), 651. — dans les prisons de la Seine (le), 660. — (développement des vibrions dans le), 663. — (des causes du), 605. — (infarctus sanguins sous-cutanés du), 673, 734. — (injections veineuses dans le), 691, 697, 725. — Le choléra et le chloralum, 717, 750, 762, 834.
CHRESTIEN. Deux cas de sueurs locales, 141.
Cinchonine (sulfate de), 147.—(propriétés fébrifuges de la), 806.
Cirrhose (du foie). — (état des canaux biliaires dans la), 757. — hypertrophique (de la), 772. — (lésion des vaisseaux sanguins dans la), 788.
CLARKE (EDW.) et AMORY. Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, 10, 71, 85.
Clavicule (luxation sus-sternale de la), 223.
CLÉMENT. Kyste hydatique du foie traité par la ponction aspiratrice, 109.
Climatologie. — générale du globe (traité de), 438. — Les climats de montagnes au point de vue médical, 470.
Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, 29, 43. — Éléments de chirurgie, 533.
Clinique médicale de la Charité, leçons sur les urines, 3, 19.
CLUZEAU. Ponction de la vessie dans un cas de rétention, 14.
Coccyx dans les opérations pour l'imperforation de l'anus (de la résection du), 403, 420.
Cœur. — droit diagnostiqué pendant la vie (affections du), 243. — Complications cardiaques du croup, 326.—(uniformité du travail du), 543, 577.
COHNSTEIN et AHLFELD. Résultats de la grossesse chez les primipares âgées, 125.
COLIN (G.). L'usage des débris d'animaux tuberculeux peut-il donner lieu à la phthisie pulmonaire, 318, 351, 386.— Sur la septicémie, 676, 689.
COLIN (L.). Sur les migrations du pigment sanguin dans la mélanémie palustre, 25, 35. — De l'ingestion des eaux marécageuses, 326, 351. — Marche générale de l'épidémie de variole de 1860-72, 399. — Abcès du foie ouvert dans la veine cave, 529. — La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique, 604. — Du chloralum dans le choléra, 717. — Influence du mode d'installation nosocomiale sur les maladies infectieuses, 763.
Coliques hépatiques (traitement des), 678, 709. — (température dans l'accès de), 757. — (injections sous-cutanées de morphine dans la), 518, 717.
Concours. — de l'internat, 7. — de l'externat, 32.
Conduites des eaux. — Effets toxiques d'une eau ayant traversé les tuyaux de plomb, 783. — (emploi des tuyaux de plomb pour la), 800. — Discussion sur les tuyaux de plomb à l'Académie des sciences, 861.
Congrès. — scientifique de France, 231. — médical international de Vienne (le). Statuts, 248, comptes rendus, 593, 646, 775, 791, 800. — des naturalistes et des médecins allemands (le quarante-cinquième), 641, 781.
Conjonctif (sur l'accroissement du tissu), 245. — de la moelle épinière (des éléments du tissu), 861.
Constipation. — par le podophyllin (traitement de la), 324. — (emploi des suppositoires dans la), 355.
Coprostase ou rétention des matières fécales dans le rectum (emploi des suppositoires de gélatine dans la), 355.
Coqueluche par l'hydrate de chloral et le bromure de potassium (traitement de la), 467.
Corde du tympan (distribution de la), 25. — est un nerf moteur (la), 34. — (action du lingual sur la), 77, 91, 186, 204.
Cornée. — (recherches sur l'inflammation de la), 66. — (sur la suppuration de la), 518.
CORNIL. Lésion de la dysentérie chronique, 175. — Lésion du tissu élastique du poumon, 264. — Éclampsie urémique avec élévation de température, 404. — De l'imperméabilité du rein, 452. — État des canaux biliaires dans la cirrhose du foie, 757. — Lésions des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie, 787. — Lésions des lymphatiques de la dure-mère spinale, 810.
CORNIL et GRANCHER. Du bruit de pot fêlé, 91.

Corps étrangers de l'oreille (extraction des), 125.
COTTARD (A.). Valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire, 536.
Courants induits (différence d'action physiologique des), 801. Voy. ÉLECTRISATION.
COURCELLE. Traitement de l'angine couenneuse par le cubèbe, 551.
COURTY. Traitement chirurgical des rétrécissements du col de l'utérus, 365.
Coxalgie (causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparent dans la), 578.
Crèches (rapport de la commission des), 391.
Crémation des morts, 631.
Crétinisme (enquête sur le), 867.
Cristallin (régénération du), 563, 771, 838.
CROCQ. De l'étiologie des parotidites, 644.
CRUVEILHIER. Observation de kyste hydatique du muscle biceps, 322.
Cuivre. — contre le choléra (emploi du), 631. — (intoxication par le), 756.
CURTIS. Voy. THOMPSON. Leçon clinique, 152, 165. — Sur la mort par éthérisation, 809.

D

DALLY. Des sueurs locales, 155. — La race prussienne, Quatrefages et Virchow, 393.
Daltonisme des employés de chemin de fer, 578.
DAVAINE. Recherches sur la septicémie produite par l'inoculation du sang de typhiques, 74. — Rapport sur des expériences de septicémie, 273. — Discours sur la septicémie, 260. — Action de la chaleur sur le virus charbonneux, 657. — Action des antiseptiques sur le virus charbonneux, 688. — Réponse à M. Colin, 765.
DAY. De la céphalalgie chez les enfants, 141.
DEDOVE. Couche endothéliale sous-épithéliale des membranes muqueuses, 12.
DECAISNE. Des dangers de la consommation du vermouth, 187, 201. — Insalubrité des eaux de Versailles, 304. — De l'asthme d'été, 581.
DECHAMBRE. Grades universitaires en vente, 79, 95, 97. — Travail des enfants dans les manufactures, 113. — Sur les termes empruntés à la langue grecque, 47, 113, 132. — Sur l'inspectorat des eaux minérales, 145, 163, 163. — Prescription des honoraires médicaux, visites d'inspection, 297. — *Passim.*
DEFRESNE. Les sécrétions biliaire et pancréatique chez les omnivores, 12.
DELORE. Redressement brusque du genou en dedans, 565.
DEMARQUAY. Lipome sous-parotidien, 70. — Embolie à la suite de fracture de jambe, 507.
DEMTSCHENKO. Innervation de la glande lacrymale, 518.
Dengue ou fièvre éruptive de l'Inde (de la), 161.
Dentition (sur le développement du bulbe dentaire et de la seconde), 436, 734.
DEPAUL. Leçons de clinique obstétricale, 93.
Dermatologie (leçons sur le), 838.
DESHAYES (C.). Conception chez une femme de cinquante ans, 733.
DESHAYES (Paul). Troubles nerveux syphilitiques chez l'homme, 767.
Désinfection des substances organiques, (de la), 186.
DESNOS. Hémorrhagie de la protubérance, 262. — Observation de déviation conjuguée des yeux du côté de l'hémiplégie, 266.
DESPRÉS (de Saint-Quentin). Procédé d'extraction de la cataracte, 353. — Traité théorique et pratique de la syphilis, 639.
DEVALZ. Hernie de la trachée, 420.
Déviation conjuguée des yeux, 116, 262, 266, 296.
Diabète. — (considérations théoriques et thérapeutiques sur le), 382, 427. — (usage des fruits dans le régime du), 546.
Diabétique (étude sur la phthisie), 423.
Diagnostic médical de Racle (traité de), 582.
DIEULAFOY. Traité de l'aspiration des liquides morbides, 503.
Digestion (transformation du sucre de canne dans le), 221.
Digitale. — sur les albuminuriques (de la), 421. — poison musculaire (la), 726.
Digitaline cristallisée (expérimentation thérapeutique de la), 838.
Dilatation artificielle de l'anus et du rectum au point de vue de l'exploration, 13.
Diplôme. — de docteur (achat de), 79, 95, 97. — espagnols (valeur des), 808.
Doat. Nécrologie, 32.
DOLBEAU. Discours sur l'extraction de la cataracte, 353.
DOP (G.). Injection sous-muqueuse de chloroforme et de morphine dans l'odontalgie, 43.
DOUGALL. Propriétés fébrifuges de la cinchonine et de la quinine, 866.
DRAGENDORFF. Manuel de toxicologie, 567.
DUBREUIL (de Marseille). Déviation du rachis, 187.
DUCATEL. Observation de lésions des cordons de Goll sans ataxie locomotrice, 836.
DUJARDIN-BEAUMETZ. Nouvelles recherches sur l'emploi de la triméthylamine, 75, 193, 233, 252. — De l'alimentation du jeune âge, 261. — Sur le chloral comme antiputride, 292. — Sur la colique hépatique, 678. — Injections veineuses dans le choléra, 691. — Sur l'amylamine, 783.
DUMAS (Ad.). Empoisonnement par les escargots, 485.
DUMESNIL. Observations de polypes nasopharyngiens, 407.
DUPIN (Charles). Comparaison des dénombrements de la population française pour 1866 et 1873.
DUPLAY (S.). Discours sur le traitement de la cataracte, 262.
DURAND (de Gros). Torsion normale de l'humérus chez les omnivores, 12.
DURAND-FARDEL. Discours sur l'inspectorat, 187.
Dure-mère. — (tubercule de la), 262. — spinale (lésions des lymphatiques de la), 819. Voy. PACHYMÉNINGITE.
DURET. Voy. CARVILLE.
DUROZIEZ. Du double souffle et du double claquement aortique, 165.
DUVAL et LEREBOULLET. Manuel du microscope, 663.
Dynaméron (traduction du), 310.
Dysentérie chronique (des lésions de la), 172, 166.
Dyspepsie fonctionnelle (nouveau mode de traitement de la), 246.

E

Eaux. — de Versailles (insalubrité des), 304, 319. — marécageuses (effets de l'ingestion des), 326. — et l'armée (les), 472. — Action de l'eau de Seine sur les conduites de plomb, 766.
Eaux minérales. — (la spectroscopie appliquée à l'analyse des), 24. — Recherches sur la source Madeleine de Vals, 24. — de Vichy, Bourbon-l'Archambault et Néris (composition chimique des), 364.
EBERTH. Sur les muscles lisses des reins, 14.
Ecchymoses et suffusions sanguines d'origine nerveuse, 396.
Éclampsie (de l'influence des divers traitements dans les accès de l'), 93.
École de médecine (bâtiments de l'), 156.
Écrevisses rouges et de la cause de cette coloration (des), 306.
Ecthyma (inoculabilité des pustules d'), 727.
Ectropion compliqué de pannus et de dacryocystite, opération nouvelle, 416.
EGGER. Termes empruntés à la langue grecque dans la nomenclature des sciences.
Endosmose, exosmose, 47, 113, 132.
Électrisation. — Sur la disposition des pôles des courants continus dans certaines myélites, 77. — dans la paralysie faciale (emploi de l'), 408, 517. — dans les écrouelles (emploi de l'), 789.
Électrolyse dans un cas de rétrécissement, 139.
Électrothermie appliquée à la chirurgie, 514.
ELIUS PROMOTUS. Le dynaméron, 316.
ELLINGER. De la dilatation extemporanée du canal cervico-utérin, 647.
ÉLY (C.) Dénombrement de la population de France en 1872.
Embolie. — et de la thrombose (de l'), 54. — artérielles multiples (cas d'), 178. — de l'artère centrale de la rétine (cas d'), 159. — à la suite de fracture de jambe (observation d'), 507. — suivie de guérison (cas d'), 582, 594.
Émétine (action vomitive de l'), 326.
Empyème ouvert dans le canal vertébral, 396.
Encéphale chez le nouveau-né, ramollissement de l'), 121.
Encéphalite syphilitique (de l'), 509.
Encéphalopathie scrofuleuse, 175.
Endocarde (rupture de l'), 726.
Endocardite ulcéreuse, secondaire, diphthéritique, 326.
Endothélium. Voy. ÉPITHÉLIUM et MEMBRANES MUQUEUSES.
Enfants. — dans les manufactures (du travail des), 81, 115. — *The agricultural children's bill*, 132. — (de la céphalalgie chez les), 141, 144. — par l'introduction du chyme dans les voies aériennes (mort subite des), 264. — (molluscum fibrosum des), 221.
Engagés d'un an, 143.
Enseignement. — (projet de loi sur le rétablissement du conseil supérieur de l'), 47. — de la clinique (quelques mots sur l'), 62. — Du conseil supérieur de l'instruction publique, 62.
Épilepsie. — par l'essence d'absinthe (circulation de la rétine dans l'), 140. — absinthique (dilatation de la pupille dans l'), 159.
Épinière (moelle). Voy. MOELLE.
Épistaxis séro-albumineuse (sur l'), 595.
Épithélium des membranes muqueuses (couche endothéliale située sous l'), 12.
Érectiles. — (de la vaccination des tumeurs), 662, 676. — par la galvanocaustique (opération de tumeurs), 738.
Ergot de seigle. — (discussion à la Société obstétricale de Dublin sur l'), 249. — dans l'hémoptysie (emploi de l'), 270. — (décret sur la vente de l'), 424.
Ergotine dans les varices (injection souscutanée d'), 126.
Érysipèle. — de la face à la Société médicale des hôpitaux (discussion sur l'), 96, 171, 263. — (lésions de l'), 221. — (angioleucite suppurée coïncidant avec l'), 396. — (des phlegmasies cardiaques liées à l')398. — (anatomie pathologique de l'), 677. — (recherches sur l'), 746.
ESBACH. Appareil à dosage de l'urée, baroscope à gaz, 853. Action des muscles intercostaux, 468.
Escargots (empoisonnement par les), 485.
ESMARCH. De l'ischémie chirurgicale dans les amputations, 771, 827. — Désarticulation de cuisse avec ischémie chirurgicale, 835.
ESPINE (A. D'). Société pathologique de Londres, 173. — Une visite à la Faculté de Kiel, 585. — à la Faculté de Leipzig, 777.
Estomac. — (emploi de la pompe stomacale dans la dilatation de l'), 77. — (lésions cadavériques dans un cas de dilatation de l'), 245. — Mort après l'emploi de la pompe stomacale, 026. — (des glandes de l'), 805.
Éther. — sur le chloroforme (supériorité de l'), 93. — et du chloroforme (action comparée de l'), 405. — De la mort à la suite de l'éthérisation, 809.
Eucalyptus. — (traitement de la fièvre intermittente par l'), 518. — (sécrétions de la fleur de l'), 802.
EULENBURG. Pathologie du grand sympathique, 521.
Exostose spongieuse des fosses nasales, 386.
Expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse, 388, 435, 474, 496, 530, 596.
Exploration phonométrique de la poitrine et de l'abdomen, 205.
Exposition de Vienne, appareils de chirurgie, 453. — Pièces anatomiques et microscopes, 561.
Exstrophie de la vessie (observation d'), 354.

F

Faciale (de la paralysie rhumatismale), 408, 517.
FAUVEL. Discours sur l'inspectorat, 107. — Discours sur le typhus exanthématique, 373, 380.
FAVRE. Daltonisme chez les employés de chemin de fer, 578.
FELIPPI. Névralgie du testicule guérie par l'électricité, 015.
FELIZET. Des transplantations de moelle des os dans les amputations sous-périostées, 449.
FELTZ. Pathogénie des infarctus dans la septicémie, 385. — Recherches sur l'inflammation du péritoine, 238.
Femme. — (troubles nerveux de la période secondaire de la syphilis chez la), 6, 49, 82. — (tuberculose des organes génitaux de la), 42. — (leçons cliniques sur les maladies de la), 374.
Femmes-médecins à Zurich (les), 159.
Fer dialysé (action du), 820
FÉRÉOL. Sur l'érysipèle, 203. — De l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse, 388.
Fermentation. — alcoolique et acétique spontanée du foie (de la), 26. — dans l'organisme vivant (expériences sur la), 305. — (influence de l'oxygène comprimé sur la), 836. Voy. BIÈRE.
FERNET. De l'oligurie hystérique, 260.
FERRAND. Carreau avec péritonite et perforation intestinale, 434.
FERRIS. Empoisonnement par le chlorate de potasse, 406.
Fessière (blessure de l'artère), 502.
Fibrine (sur la formation de la), 91.
Fièvre. — récurrente (filaments mobiles dans le sang des individus atteints de), 222. — (contributions à l'étude de la), 222. — intermittentes par les injections d'acide phénique (traitement des), 309. — intermittentes par l'eucalyptus (traitement des), 518. Voy. TYPHOÏDE.
Fièvre de foin, 581. Voy. HAY FEVER.
Filaires du sang chez le chien (des), 677, 693.
Fistules. — vésico-vaginales (nouveau procédé de traitement des), 188, 189. — vésico-vaginales (traitement des), 305. — de l'espace pelvi-rectal supérieur, 350.

Fœtus (lésions microscopiques produites par le forceps chez un), 341. — (sur la circulation du), 550.
Foie. — pendant la lactation (état du), 12. — ponction aspiratrice (kystes hydatiques du), 109, 188. — gras par rétention biliaire (observation de), 434. — ouvert dans la veine cave (abcès du), 520. — (sur les abcès du), 621, 635, 665. — (état des canaux biliaires dans la cirrhose du), 757. — (de la cirrhose hypertrophique du), 772. — (lésions vasculaires dans la cirrhose du), 788.
FOLET. Aplasie sans lésion du lobe frontal, 262.
Folie paralytique ; statistique et prophylaxie (de la), 785.
FOLTZ. Comparaison du pied et de la main, 563.
FONTERET. Étude des maladies régnantes à Lyon, 206.
FOOT. Empyème ouvert dans le canal vertébral, 390.
Forceps (lésions microscopiques produites par le), 341.
FOURNIER (Alf.). Troubles nerveux de la période secondaire de la syphilis chez la femme, 0, 49, 82, 485.
FOVILLE (A.). Les aliénés aux Etats-Unis, 519.
Fractures. — compliquées (de la conservation dans le traitement des), 203. — de jambe (appareil pour les), 270. — compliquées (de l'immobilisation dans les), 588.
FRANCA Y MAZORRA. Étude sur l'emploi du chloral dans les accouchements, 550.
FRASER. Adénite scarlatineuse, ulcération de la carotide, 43.

G

Galége (propriétés lactigènes du), 782.
GALLARD. Traitement de la métrite chronique, 65. — Leçons sur les maladies des femmes, 374.
Galvanocaustic. — (trachéotomie pratiquée avec la), 222. — appliquée aux opérations chirurgicales (de la), 515. — (sur la), 507. — (résection du maxillaire avec), 707. — (opérations de tumeurs érectiles par la), 738.
Galvanocautère (trachéotomie pratiquée par le), 222, 787.
GARIEL. Applications de la spectroscopie à l'analyse des eaux minérales, 24.
GARIGNY. Étude sur la poche des eaux, sur sa rupture spontanée, 309.
Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses, utérines et péri-utérines, 117, 198, 285, 298, 360, 447, 461.
GAYAT. Des taches de la cornée et de la régénération du cristallin, 771, 838.
GAYET. Régénération du cristallin, 563.
Générations spontanées (réflexions sur les), 610.
Genou en dedans (redressement brusque du), 505.
Géophagie, 32.
GÉRY. De l'essence de térébenthine, antidote du phosphore.
GIBERT. Postes de secours médicaux, 10.
GIES. Sur la macroglossie, 629.
GIGOT-SUARD. Sur les intoxications spontanées, 58.
GILLETTE. Observation d'uréthrocèle vaginale, 189.
GIMBERT. Sécrétions de la fleur de l'eucalyptus, 802.
GIRAUD-TEULON. Sur les divers procédés opératoires de la cataracte, 189, 240, 293.
Glairine (constitution et fonction chimique de la), 417.
GLONER. Nouveau dictionnaire de thérapeutique, 727.
Glotte (paralysie du muscle dilatateur de la), 518.
Glycérine comme dissolvant dans les injections sous-cutanées (de la), 780, 820.
Goître. — (influence des sulfates sur la production du), 658. — (enquête sur le), 807. — épidémique, 838.
GOSSELIN. Clinique chirurgicale de la Charité, 29, 43.
GOUBAUX. Des filaires du sang chez le chien, 093.
GOUVENAIN (DE). Composition chimique des eaux minérales de Vichy, Bourbon-l'Archambault et Néris, 304.
Grades universitaires en vente, 79, 95, 98, 128, 700
GRANCHER Voy. CORNIL.
GRASSET. Aplasie complète suivie de guérison, 263.
Greffes. — épidermiques, dermiques et cutanées (sur la cicatrisation des), 14. — d'un lambeau conjonctival du lapin à l'homme (observation de), 390. — épidermique et dermique (de la), 761.
GRÉHANT. Action toxique de l'oxyde de carbone, 204. — Preuve de l'élimination en nature de l'oxyde de carbone, 788.
GRÉHANT et PICARD. De l'asphyxie et de la cause des mouvements respiratoires chez les poissons, 187. — Intoxication par la fumée de cigare, 220.
GREVELEN et HUETER. Des troubles de la circulation à la suite de l'infection des grenouilles par des liquides contenant des monades, 41.
GRIMAUD (de Gaux). Note sur les eaux de Vorsailles, 318.
Grisolle (éloge de), 224.
GROSS. Calculs uréthro-prostatiques, 125.
Grossesse. — (opérations sur l'utérus pendant la), 42. — chez les primipares âgés (résultats de la), 125. — gémellaire (ovariotomie suivie de), 125. — extra-utérine intra-péritonéale (sur la), 479, 570.
GRUBER (J.). Extraction des corps étrangers de l'oreille, 125.
GUBLER. Discours sur l'inspectorat, 202. — Coloration de l'urine par le séné, 547.
GUENEAU DE MUSSY. Recherches sur l'adénopathie bronchique, 330, 346.
GUÉNIOT. Hernie congénitale étranglée chez un enfant de trois mois, 774.
GUÉRIN (Alph.). Présentation d'un moignon d'amputé, 13. — Sur les rétrécissements du rectum, 75. — Sur le rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier, 122.
GUÉRIN (Jules). Discours sur l'inspectorat, 121, 138. — Sur le choléra, 595, 611.
GUÉRIN (R.). Des populations primitives dans le département de l'Oise, 818.
GUILLEMIN. Origine et propagation du typhus, 813, 828.
GUSSENBAUER. Altérations des muscles striés dans la myosite traumatique, 20.
GUTTMANN. Exploration phonométrique de l'abdomen et de la poitrine, 205.
GUYON. Éléments de chirurgie clinique, 533. — Sur l'ischémie chirurgicale, 780.
GUYOT. Observation de lymphangite syphilitique, 291. — Menstruation à soixante-huit ans, 291. — Du flux hémorrhoïdal, 835.

H

HAAS. Nécrose par le phosphore, 670.
HALFORD. Injections d'ammoniaque dans les veines contre la morsure des serpents, 405.
HAMY. De l'ossification de l'os malaire, 772. — Monstre de bois du musée Dupuytren, 830.
HANDVOGEL. Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, 759.
HANKEL (E.). Mensuration thermométrique de la température cutanée, 437.
HANNOT. Pneumonie caséeuse compliquant un anévrysme de l'aorte, 220.
HARDY. De l'emploi thérapeutique du chloral, 468. — Discours sur l'inspectorat, 156.
HARO. Essai sur la transpirabilité du sang, 237.
HASSE (Sophie). Voy. STOFF.
HAYEM. Cicatrice d'hémorrhagie cérébrale, 100. Atrophie médullaire consécutive à l'arrachement du nerf sciatique, 484. — Anatomie pathologique du choléra, 627. — Du sclérostome armé chez le canard, 077. — Pneumonie chez le canard, 092. — Rupture de l'endocarde, 726. — État du sang dans le choléra, 756 — De la cirrhose hypertrophique, 772.
Hay fever. Étude sur la maladie de foin; étude sur le catarrhe spasmodique d'été. — Autumnal fever, 342.
HÉBRA. Traité des maladies de la peau, 142.
Hématozoaires chez l'homme (observation d'), 307.
Hémianesthésie. — de la sensibilité générale dans l'alcoolisme chronique (de l'), 729, 745.
Hémoglobine dans les maladies (variations de l'), 566.
Hémorrhagie. — cérébrale (cicatrice d'), 109. — de la protubérance (observation d'), 202. — chez les hémiplégiques (des), 468, 484.
Hémorrhoïdes. — traitées par la cautérisation linéaire, 538. — alternant avec le flux menstruel (du flux des), 835.
Hémostase dans les plaies artérielles (des moyens mécaniques de l'), 14.
HÉNOCQUE (Albert). Les abcès métastatiques, 1. — La corde du tympan nerf moteur, 34. — Sur la régénération des tubes nerveux, 120. — Sur les sueurs locales, 156. — Des moyens d'augmenter la longueur des os, 200. — Sur un cas de blennorrhagie suivie de pyohémie, 200. — Liomyome de l'utérus, calcifié, 276. — Sur l'herpès traumatique, 297, — Liomyomes calcifiés de l'intestin, 306. — Sur la structure du corps thyroïde, 313. — Sur le mode d'action des purgatifs, 320. — Sur l'action motrice du lingual, 345. — Sur la septicémie, 430. — De la pénétration des corpuscules colorés dans les cartilages, 692. — Des interstices du tissu cartilagineux, 726. — Sur la greffe épidermique, 761. — Sur les déformations des globules rouges du sang, 703. — Sur la pyohémie chirurgicale, 827. — *Passim.*
HÉRARD. Sur l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse, 530.
HERBERT (A.). Étude sur la maladie de foin, 342.
HERGOTT. Traitement des fistules vésico-vaginales, 306. — Sur les appareils plâtrés avec fils de fer, 322.
Herniaire (engouement et inflammation), ponction, 485.
Hernies. — (histoire et théorie du mode de formation des), 14. — (ponction aspiratrice pratiquée pour une), 100. — étranglée traitée par les ponctions aspiratrices, mort (observation de), 306. — ombilicale étranglée (observation de), 737. — congénitale étranglée à trois mois (observation de), 771. — par le collet du sac (étranglement d'une), 772. — diaphragmatique étranglée (de la), 777.
Herpès labialis (observations et considérations sur l'), 529.
Herpès traumatique, 297, 307, 373.
HERTZKA. Incontinence et énurésie au point de vue diagnostique et thérapeutique, 14.
HEURTAUX. Tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras, 708.
Hippophagie. Consommation parisienne en 1872 de la viande de cheval, 102.
HIRTZ. Quelques mots sur l'enseignement de la clinique, 62.
Histologie (application de l') à l'obstétrique, 03.
HODDER. Transfusion du lait dans le choléra, 262.
Homœopathie en Hongrie (chaires d'), 244.
Honoraires médicaux (prescription des), 297.
Hôpital. — français à Londres, 143. — d'accouchement (encombrement dans les), 101
Hôpitaux et hospices. — (commission administrative des), 230. — de Paris (institution de laboratoires dans les), 264, 357. — (sur la construction des), 833.
Hôtel-Dieu de Paris au conseil municipal (l'), 247.
HOUEL. Observation de spina bifida, 663. — Luxation congénitale du fémur, 707, 708.
HOUZÉ DE L'AULNOIT. Des amputations sous-périostées, 322. — De l'autoplastie périostique dans les amputations, 803.
HUETER. Voy. GREVELEN.
Humérus chez les vertébrés (torsion normale de l'), 12.
HUPPERT. Température de l'hydrocèle, 77.
Hydarthroses. — tertiaires dans la syphilis, 22. — (de la ponction dans l'), 354.
Hydatide solitaire dans le muscle pectoral, 77.
Hydrocèle. — (température de l'), 77. — (anatomie pathologique de l'), 531.
Hydrogène arsénié (action toxique de l'), 270, 306.
Hydrologie du pays de Galles et de l'Irlande (étude sur l'), 530. — Notice sur les bains de mer du Croisic, 526.
Hydrologique (traité de chimie), 422.
Hydropneumothorax par la ponction (traitement de l'), 523.
Hydrothérapie (traité théorique et pratique d'), 710.
Hygiène. — pour les lycées (leçons d'), 150. — publique et privée (traité élémentaire d'), 101. — des médecins (de l'), 371. — élémentaire (de l'), 471. — internationale (essais d'), 598. — (leçons élémentaires d'), 774. — des hôpitaux (sur l'), 828.
Hygroma syphilitique, 24.
Hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure, 451.
Hypoglosse (action vaso-motrice du nerf), 340.
Hystérie. — (de l'oligurie dans l'), 260. — confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus (observation d'), 421.

I

Ictère expérimental, 820.
Incontinence d'urine étudiée au point de vue diagnostique et thérapeutique, 14.
Inflammation. — de la cornée (recherches sur l'), 00. — du péritoine (recherches sur l'), 138.
Infusoires. Voy. BACTÉRIES.
Injections. — de chloroforme et de morphine dans les gencives (des), 43. — de lycopode dans l'artère vertébrale ne pénètre pas dans l'artère fémorale (l'), 110. — d'ergot ne dans le traitement des varices, 126. — d'air dans les veines (des phénomènes produits par l'), 158. — Bactéries injectées sans produire de septicémie, 158. — sous-cutanées de carbonate d'ammoniaque (effets des), 190. — d'ammoniaque contre les morsures de serpents (de l'), 405, 016. — hypodermiques (l'acide iodique en), 533. — veineuses dans le choléra (des), 091. — alcooliques dans le lipome (des), 740. — de morphine dans la colique hépatique (des), 546, 758. — à la Société de thérapeutique (discussion sur les), 789, 820. — intraveineuse chez un chien (mort par l'), 805.

Inspecteurs. — des eaux thermales, 90. — (discussion sur l'), 107, 113, 121, 132, 138, 145, 150, 163, 170, 181, 187, 193, 202

Internat (concours de l'), 7.

Intestin (signe de la perforation de l'), 454.

Iodure de potassium. Son action sur la quantité d'urée excrétée, 436.

Iris (influence de l'excitation du grand sympathique sur les mouvements de l'), 837.

ISAMBERT. Pharyngite et laryngite tuberculeuses miliaires, 28.

Ischémie. — chirurgicale dans les amputations (de l'), 771. — (discussion à la Société de chirurgie sur l'), 771, 780, 827, 835.

J

JACCOUD. Note sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle, 398.

JACQUET. Lésions microscopiques produites chez un fœtus par le forceps, 341.

JAILLARD. Des calculs de xanthine, 261.

JAVAL. L'astigmatisme se modifie, 452.— Réformes dans la recherche de l'acuité visuelle, 819.

JEANNEL. Arsenal du diagnostic médical, 247.

JOFFROY. Inoculation de la pustule maligne, 60. — De la pachyméningite cervicale hypertrophique, 223. — Atrophie des nerfs dans la myélite expérimentale, 484.

JOFFROY et HANOT. Mort rapide par hydropisie du quatrième ventricule, 500.

JOHANNET. Traitement de l'angine couenneuse, 431.

JOHNSON (G.). De la thrombose et de l'embolie, 54.

JOLYET et BLANCHE. Action du protoxyde d'azote sur la respiration et la germination, 389, 405.

JUBIOT. Blennorrhagie suivie de pyohémie, 200.

K

KARSTEN. Sur la propagation des maladies, 838.

KASTUS. Études sur l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, 839.

KELCH. Des lésions de la dysentérie, 190.

Kératocone (traitement du), 507.

Kermès (ulcération de la langue par une pastille de), 353.

KEY et WALLIS. Recherches expérimentales sur l'inflammation de la cornée, 60.

KLEIN (N.-T.). De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, 308.

KRISHABER. Expériences de M. Bert, 177. — Excursions médicales à Buda-Pesth, 701. — Sur la trachéotomie par le galvanocautère, 787.

Kyste. — sébacé calcifié, 483. — de l'ovaire; ponction par le vagin, 191.

Kystes hydatiques. — du foie (de la ponction aspiratrice des), 107. — du foie (ponction aspiratrice dans un), 188. — du muscle biceps (observation de), 322.

L

LABADIE-LAGRAVE. Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures (traduction), 10, 71, 85. — De la thrombose (traduction), 54.— Relapsing fever, traitement de la mélitite, 65. — De la dengue, 101. — L'ergot de seigle en France et en Angleterre, 249. — Sur la compression lente de la moelle épinière, 281. — De l'endocardite secondaire diphthéritique, 326.— Pathologie du grand sympathique, 523. — Le choléra en Europe, 553, — *Passim*.

LABBE (Ed.). Un cas de varicelle ayant déterminé la variole par contagion, 172.

Laboratoires (visite du ministre aux) de la Faculté, 327.

LABORDE. Action du sulfocyanure de potassium sur le cœur, 306. — Expériences sur la propylamine, 355, 404. — Élévation de température dans les convulsions produites par les sels ammoniacaux, 421.—Mort par injection veineuse chez un chien, 805.

LABORDE et MURON. Injection de l'air dans les vaisseaux, 158, 220.

LABOULBÈNE (A.). Cause de l'élévation de la température centrale chez les pleurétiques, 137, 181 —Du sable intestinal, 755.

Lacrymale (innervation de la glande), 518.

Lactation (état du foie chez les femelles en), 12. — (de la glycosurie dans la), 837.

LAGNEAU (G.). Situation de la population de la France, 365. — Mortalité des nouveau-nés, 505.

LAGOUT. Observations sur l'herpès labialis, 529.

LAILLER. Accidents produits par l'application de chlorhydrate d'aniline sur des plaques de psoriasis.

Lait.— (sur les membranes des corpuscules du), 126. — sont produits par les microzymas (l'alcool et l'acide acétique du), 240. — (propagation des maladies infectieuses par le), 604.

LANCEREAUX. De la contagion de la rougeole, 204. — De l'encéphalite syphilitique, 500.

Langage scientifique. — empruntés à la langue grecque (sur les termes de), 47, 113

LANOLEBERT (F.). Le syphilis dans ses rapports avec le mariage, 159.

Langue. — avec ligature préalable des artères linguales (amputation de la), 126. — (ulcères tuberculeux de la), 596.

LANNELONGUE. Procédé de traitement des fistules vésico-vaginales, 88, 189. — Polype naso-pharyngien, 483.

LAROYENNE. De l'asphyxie dans l'ablation des tumeurs cervicales, 750. — Notes chirurgicales; laryngotomie, 780. — Sur la trachéotomie, 817. — Amygdalotomie, 831.

Laryngite. — tuberculeuse miliaire (de la), 28.

Laryngotomie (nouveau procédé de), 516.

Larynx. — (arthrite blennorrhagique du), 750, 835. — (section du thyroïde pour un polype du), 780.

LAUJORROIS. Désinfection et conservation des substances organiques, 186.

LAURE. Thyroïdite suivie de mort, 294.

LAVERAN. De la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique, 314, 361. — Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë, 1873; deux observations de maladie d'Addison, 606.

LEGERT (H.). Tuberculose des organes génitaux de la femme, 42.

LECORCHÉ. Considérations théoriques et thérapeutiques sur la diabète, 382, 427.

LE DENTU. Traitement des plaies artérioso-veineuses, 188.

LEFORT (Jules). Traité d'hydrologie médicale, 422.

LE FORT (Léon). Observation de rétrécissement de l'œsophage, 123. — L'électrolyse employée dans un cas de rétrécissement du rectum, 139. — Un cas de mort par le chloroforme, 322. — Discours sur l'extraction de la cataracte, 322. — Nécrose de la clavicule, 451. — Sur le service de santé militaire, 475, 479. — Amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne, 714.

LEGROS. Des filaires du sang chez le chien, 677.

LEGROS et MAGITOT. Développement du bulbe dentaire de la seconde dentition, 430, 734.

LEGROUX. *Passim*: Le choléra dans les prisons de la Seine, 660. — Traitement des écrouelles par les injections sous-cutanées, 789.

Leibniz physiologiste, naturaliste et médecin, 809.

Leipzig (visite à la Faculté de), 777.

LÉPINE. Procédé de dosage des gaz du sang, 140. — Analyse des gaz de la sérosité péritonéale, 190.— Observation de sclérodermie, 220. — Du pouls dicrote dans le rétrécissement mitral, 306. — Observation de paralysie spinale aiguë, 355.— Des glandes de l'estomac, 805.

LEREBOULLET. Manuel du microscope, 663.

LE ROY. Sur la circulation du fœtus, 550.

LETIÉVANT. Traité des sections nerveuses, 629.

Leucémie (nouveau cas de) avec altérations de la moelle osseuse, 14.

Leucocytes (sur l'origine des), 138.

Leucocythémie (observation de) splénique traitée par les inhalations d'oxygène, 772.

LEVEN. Emploi de la pompe stomacale dans la dilatation de l'estomac, 77.— Lésions cadavériques dans un cas de dilatation de l'estomac, 246. — Affection du cœur droit diagnostiquée pendant la vie, 245. — Observation de perforation de la vésicule biliaire par des calculs, 307.

Lèvre (hypertrophie congénitale de la) supérieure, 451.

LEWIS. Observation d'hématozoaires chez l'homme, 307.

Ligament rond (rupture du), 470.

Ligature de l'artère iliaque pour un anévrysme, 326.

Lingual (nerf). Son action sur la corde du tympan, 77.— (action vaso-motrice du) et du nerf hypoglosse, 340. — (action motrice exquise du), 345.

Liomyome. — de l'utérus calcifié, 270. — de l'intestin calcifié, 300.

LIOUVILLE. Recherches sur la septicémie expérimentale, 60.— Effets produits par les injections sous-cutanées de carbonate d'ammoniaque, 190.— Hémorrhagie de la protubérance, polyurie et glycosurie, 341. — Œdème aigu à la suite de thoracocentèse, 389. — Tuberculose des méninges spinales, 484. — Développement des vibrions dans les déjections cholériques, 663. — Production d'urée à la surface de la peau dans le choléra, 740. — Un cas de sclérodermie chez l'adulte, 838.

Lipome. — sous-parotidien, 76. — sous-muqueux de la bouche, 241, 321. — (observation de) sous-muqueux de la bouche, 241. — (injection d'alcool dans les), 375. — (traitement des) par les caustiques, 707. — calcifié, 709.

LISTER. Rupture de l'axillaire dans une tentative de réduction de luxation, 422.

Lithium. — (présence du) dans les eaux de la source Madeleine de Vals, 24. — (effets physiologiques et thérapeutiques du bromure de), 87.

Lithotomie (le serment d'Hippocrate et le), 320, 345.

LIVEING. Sur la migraine, 822.

LOMBARD. Les climats de montagnes considérés au point de vue médical, 470.

LORDEREAU. Sur certains cas d'angioleucite suppurée coïncident avec l'érysipèle, 390.

LOUGHLIN. Excrétion d'iode et de brome par la glande mammaire, 533.

LUBELSKI. Le choléra à Varsovie, 638, 687.

LUTAUD. Congrès annuel de l'Association médicale anglaise, 537, 509, 585.

LUTON. L'acide iodique en injection hypodermique, 533. — Injections de morphine dans la migraine et les coliques hépatiques, 546 — Théorie de la chlorose, 548. — Médications paradoxales, 553.

Luxation. — de la hanche persistant une semaine, 43. — (emploi de l'appareil de Jarvis dans les), 828. — congénitale du fémur, 707, 708.—(la) intra-coracoïdienne, 787.

LUYS. De l'origine réelle du nerf moteur oculaire commun, 289.

LYDELL. De la thrombose et de l'embolie, 54.

Lymphadénomes. Des tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras, 708.

Lymphangite syphilitique, 291.

Lymphatiques. — du cerveau (action de la pression artérielle sur les), 470. — de la dure-mère spinale (des lésions des), 819.

Lyon. — (maladies régnantes à), 206. — pour l'avancement des sciences expérimentales (projet d'un institut à), 207.

M

MAC DONNELL. Ponction aspiratrice du genou suivie de mort, 223.

MAC GILL. De l'autoplastie périostique dans les amputations, 804.

Macrognassie (sur la), 029.

MAGITOT. Voy. LEGROS.

MAGNAN. Circulation de la rétine dans l'épilepsie produite par l'essence d'absinthe, 140 — De la dilatation de la pupille dans l'épilepsie absinthique, 158. — Signes du délire alcoolique aigu, 355. — De l'hémianesthésie alcoolique, 720, 746.

Magnésie (action purgative des hydrosulfates de soude et de), 452.

Maladies. — infectieuses et contagieuses (influence de l'installation nosocomiale sur les), 763. — (sur la propagation des), 838.

Maladie d'Addison sans coloration bronzée (deux observations de), 606.

Maladie de Bright et de la sclérose artério-capillaire (pathogénie de la), 17.

Maladie de foin. Voy. HAY FEVER.

Maladie du sel, 782.

Maladies régnantes.—en octobre, novembre et décembre 1872 (rapport sur les), 89. — en janvier, février, mars, avril, mai, juin (rapport sur les), 529.— en juillet, août, septembre (rapport sur les), 725. — à Lyon de 1866 à 1872 (étude des), 200.

Malaire (ossification de l'os), 772.

MALASSEZ. Numération des globules rouges du sang, 60. — Examen des globules du sang dans l'anémie saturnine, 805.

Malt houblonné (note sur l'extrait de), 108.

Mammaire (excrétion d'iode et de brome par la glande), 533.

MAREY. Sur l'uniformité du travail du cœur, 543, 577.

MARTINEAU. Empoisonnement aigu par l'arsenic, 172.

Massage des frictions (du), 808.

MATHIEU (Raoul). Trépan de l'œil, 210.

Matrice dans les cas de prolapsus utérin (nouveau moyen de contention de la), 15.

MAURIN (A.). Le typhus exanthématique ou pétéchial, typhus des Arabes, 110.

Maxillaire (action des contentions cutanées sur la glande sous-), 341.

Maxillaire inférieur (résection du), 592, 608. — (nécrose phosphorée du), 676, 837.— avec emploi de la galvanocaustie (résection du), 707.

MAYAUD. Syphilis du système nerveux, 615.

MAYOT. Usage des fruits dans le régime des diabétiques, 546.— Des abcès du foie, 621, 635, 665.

Mecque (pèlerinage de la), 231, 205, 281, 537, 601, 633, 040, 605, 081, 097, 729, 745, 793.

Médecine. — des Chinois (de la), 1. — (leçons cliniques sur les principes et la pratique de la), 741, 773. — à Bude-Pesth (enseignement de la), 701. — légale (manuel de), 759.

Médecins. — soumis à l'engagement volontaire d'un an (décret concernant les), 47. — étrangers (pétition relative aux), 177. — militaires en Bavière (service de santé des), 192. — de l'armée anglaise (organisation du service des), 209. — Du service de santé en France, 205, 266, 278. — (hygiène des), 271, 371. — de la marine (mortalité des), 401.

Médiastin (tumeur cancéreuse du), 518.

Médicale (de la profession) en Angleterre, 313.

Médications paradoxales (des), 553.

MÉHU. Annuaire pharmaceutique, 62.

Mélanémie palustre (sur les migrations du pigment sanguin dans la), 25, 35.

Membranes muqueuses (couche endothéliale sous-épithéliale des), 12.

Membres inférieurs (sur la circulation des), 620.

Méningite. — tuberculeuse (traitement de la), 124. — cérébro-spinale aiguë (de la), 814, 301, 377. — syphilitique (de la), 470, 506.

Ménorrhagie (valeur séméiologique de la), 700.

Menstruation à l'âge de soixante-huit ans (retour de la), 291, 292.

Menton artificiel, 109.

Mercure. — (influence de l'ammoniaque dans les ateliers où l'on emploie le), 187. — à dose toxique diminue la sécrétion de l'urée (le), 389. — (action toxique des sels de), 772.

Métrite chronique (traitement de la), 00.

MEYNET. Observation de rhumatisme articulaire aigu dans le cours d'une blennorrhagie, 02. — Lettre sur le propylamine, 302.

MICHAUX. Du typhus exanthématique à Metz, 30.

MICHEL. Tumeur osseuse du vomer, 380, 300. — Sur l'extraction de la cataracte, 557. — Extirpation de la glande thyroïde, 600, 718.

Microcythémie (sur la), 785.

Microscope. — (des lentilles de), 137. — dans ses applications au diagnostic (manuel du), 063.

Microzymas. — normaux du lait comme cause de la coagulation spontanée et de la fermentation alcoolique (sur les), 187. — produit l'alcool et l'acide acétique normaux du lait (la fonction des), 240.

MIONOT. Observation de cancer du nez; rhinoplastie, 317.

Migraine. — par les injections de morphine (traitement de la), 518. — (sur la), *On megrim*, 822.

Militaires. — (service de la pharmacie); rapports entre la pharmacie et la médecine militaires; du corps des pharmaciens militaires, 400. — (régime des), 430. — (service de santé), 440, 443, 453, 457, 465, 471, 475, 491, 498, 515.

MILLARDET. Examen spectroscopique de la chlorophylle.

Millie-Christine, monstre double, 772, 770.

Moelle épinière. — à la suite de l'arrachement du nerf sciatique (de la compression lente de la), 484. — dans l'ataxie locomotrice (sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs de la), 819.

Moelle osseuse. — (tissu médullaire de la); altérations de la — dans un cas de leucémie, 14. — dans les amputations sous-périostées (des transplantations de la), 449.

MOLLIÈRE (Daniel). Du bubon d'emblée chancrelleux, 303. — Traitement des déviations du rachis, 517. — Résection du maxillaire inférieur, 502. — Du bubon coxalgipare, 038.

MOLLIÈRE (Humbert). Thrombose de l'artère pulmonaire, 184.

Molluscum fibrosum chez les enfants (trois cas de), 221.

MONOD (C.). Étude sur l'angiome, 375.

Monstres. — hommes velus de Russie, 711, 722. — double femelle, 772, 776. — en bois du musée Dupuytren, 830.

Monstruosités. Éventration par adhérence du placenta, 158. — Des hommes velus, 711. — Inclusion chez une petite fille, 834.

MONACHE. Le matériel des ambulances de la Société de secours aux blessés; sur le typhus exanthématique, 425, 441, 489. — A propos du choléra, 601, 617, 033, 640, 081. — *Passim*.

MOREL DE SAINT-YON. Nécrologie, 232.

MORGAN (J.). De la supériorité de l'éther sur le chloroforme comme agent anesthésique, 03.

Morphine. — injectée dans les gencives contre l'odontalgie, 43. — dans la migraine et la colique hépatique (injections de), 540, 748. — (discussion à la Société de thérapeutique sur les injections de), 789.

MORRIL WYMAN. *Autumnal catarrh*, 342.

Mort. — rapide par hydropisie du quatrième ventricule, 501. — réelle (signes de la), 798, 809, 819. — subite (l'introduction du chyme dans les voies aériennes, cause de), 204. Voy. ÉTHER et CHLOROFORME.

Mortalité. — des enfants nés dans le département de la Seine, 505. — des villes et des campagnes (de la), 544.

Moteur oculaire commun (de l'origine réelle du nerf), 259.

MOURSON. Asphyxie locale des extrémités après un accès de fièvre intermittente, 518.

MOUTARD-MARTIN. Des pleurésies à épanchements aréolaires, 28.

Mouvements réflexes de l'utérus, 43.

MUNTZ. Du tissu cellulaire répandu dans l'organisme, 289.

MURON. Voy. LABORDE. — Action de l'urine sur les tissus, 373. — La contraction musculaire est la cause de l'élévation de température dans le tétanos artificiel, 404. — Action phlogogène de l'urée, 452.

MURRAY (John). Trois cas de molluscum chez les enfants, 221.

Muscles lisses des reins (sur les), 14.

Muscles striés. — Leurs altérations dans l'inflammation, 20. — rouges et des — blancs du lapin (différences des), 452. — droit antérieur (fibrome du), 502, 734. — pectoral (kyste hydatique du), 77. — du biceps, 322.

Musculaire (recherches sur le sens), 61.

Myélite expérimentale (cylindres d'axe dans la), 485.

Myosite. — traumatique (de la), 20. — ossifiante du muscle brachial (un cas de), 502.

N

NAGEL. Emploi des suppositoires de gélatine dans la coprostase, 355.

Napoléon III (la maladie de), 31, 41. — (la mort de), 04.

Naso-pharyngiens (sur les polypes), 467, 483, 510, 531, 546.

Nécrologie. *Ducoux*, 208. — *de Morel de Saint-Yon*, 232. — *Hélot*, 248. — *Marc Girardin*, 312. — *Buissard*, 328. — *Louvet*, 337. *Bricheteau*, 375. — *Romberg*, 408. — *Sostel*, 440. — *Nélaton*, 618. — *Coste*, 047. — *Paul Picart*, 664. *Papillon (Sabin)*, 776. — *Agassiz*, 840.

Nécrose. — phosphorée du maxillaire (de la), 676. — phosphorée (du traitement de la), 837.

NEDSVETZKY. Corpuscules mobiles dans le sang de l'homme, 222.

NEFTEL. Vaginisme dans l'empoisonnement saturnin, 405.

Néphalisme (sur le), 423.

Nerfs. — après leur section (dégénérescence des), 20, 123. — Régénération des tubes nerveux, 120. — Traité des sections nerveuses, 020.

Néris (composition des eaux de), 304.

Nerveuses (traité des sections), 020.

Nerveux (études cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système), 78.

NEUMANN (Em.). Essai sur le cancer du rein, 407. — Un cas de leucémie avec altérations de la moelle osseuse, 14.

Névralgie. — du testicule (sur la), 502. — à la suite d'ulcération (de la), 567, 737. — (du point apophysaire dans les), 759. — dans la syphilis (des), 707.

Névrotomie. — (deux cas de tétanos guéris par la), 502. — du nerf buccal (de la), 834.

Nez. — coupé et réadapté avec succès, 150. — guéri par la rhinoplastie (cancer du), 317. — dans les cas d'éléphantiasis (de la décortication du), 610.

NICAISE. Résection de la diaphyse humérale, 130. — Luxation intra-coracoïdienne, 786.

NICHOLSON. Le sulfate de cinchonine, 147. — Note sur les serpents de l'Inde, 547.

NIVET (V.). Études sur le goître épidémique, 839.

NOISET. Appareil pour les fractures de jambe, 290.

NOTTA. De l'opération de la cataracte par extraction linéaire sans excision de l'iris, 108.

Nouveau-né. — (ramollissement de l'encéphale chez le), 121. — (de la thrombose chez le), 341.

O

OBERMEIER. Filaments mobiles dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente, 222.

Obstétricale. — (leçons de clinique), 93. — (leçons sur les opérations), 454.

Obstétrique (des applications de l'histologie à l'), 93.

ODDO. Anesthésie par le protoxyde d'azote, 740.

Œdème chez les apoplectiques (de l'), 468.

Œsophage. — (rupture de l'), 469. — (anomalie de l'), 800.

Œufs (altération spontanée des), 497.

Officiers de santé (décret sur les), 550.

Oléostéarate de zinc (emploi médical de l'), 780.

OLIER (d'Orléans). Ovariotomie suivie d'une grossesse gémellaire, 125.

OLLIER (de Lyon). Des moyens d'augmenter la longueur des os, 200, 200, 501.

OLLIVIER (Auguste). Sur l'action de l'hydrogène arsénié, 306. — Observation de sueurs locales, 373. — Sur les maladies d'origine puerpérale, 373. — Desquamation épithéliale dans la scarlatine, 437. — Des hémorrhagies et de l'œdème dans l'apoplexie, 408, 485.

OLLIVIER (de Rouen). Hernie étranglée traitée par les ponctions aspiratrices, 306.

OLSHAUSEN. Résultats pratiques du traitement intra-utérin, 124.

Ombilic (péritonite purulente avec rupture de l'), 261.

Ombilicales (conformation, intérieur des artères et veine), 43.

ONIMUS. De la disposition des pôles des courants continus dans certaines myélites chroniques, 77. — Injection de bactéries non suivis de septicémie, 158, 170, 173. — Sur le virus de l'infection putride, 273. — Herpès traumatique tardif, 373. — Contribution à l'étude de la septicémie, 410. — Sur le sang septicémique, 788. — De la différence d'action des courants induits selon la nature du fil métallique de la bobine induite, 801. Influence de l'excitation du grand sympathique sur la circulation de la rétine, 837.

Oreille (extraction des corps étrangers de l'), 125.

ORNELLAS (D'). Action vomitive de l'émétine, 326.

ORTH. Recherches sur l'érysipèle, 740.

Os (des moyens d'augmenter la longueur des), 200, 200, 561.

Osseuse du vomer (tumeur), 380, 396.

Ossification. — du crâne des poissons, 911. — de l'os malaire, 772.

Ouate. Voy. PANSEMENT OUATÉ.

Ovaire (kyste uniloculaire de l'); ponction par le vagin, 190.

Ovariotomie suivie de grossesse gémellaire, 125. Voy. GASTROTOMIE.

Oxalique (action toxique de l'acide), 805.

Oxyde de carbone. — (action toxique de l'), 204. — dans la fumée du cigare (action de l'), 220. — par les poumons (élimination de l'), 788.

Oxygène. — sur les phénomènes vitaux (influence de l'), 137. — dans la leucocythémie (emploi des inhalations d'), 772. — dans les liquides (dosage de l'), 805. — comprimé sur la fermentation (influence de l'), 552. Voy. AIR.

Ozène (nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'), 120.

Ozone. Observations ozonométriques comparées à la mortalité de Paris, 74.

P

Pachyméningite. — (leçon sur un cas de), 149. — cervicale hypertrophique (de la), 223. — externe chez le lapin (de la), 557.

PALLOCK. Cas d'embolisme artériel multiple, 173.

PANAS. Varice artérielle de la région palpébrale, 190. — Sur les méthodes d'extraction de la cataracte, 243. — Anévrysme de l'artère pédieuse, 203. — Érysipèle de la face avec exophthalmie. 730. — Névrotomie du nerf buccal, 834.

Pansement ouaté et mort d'infection purulente (moignon d'un amputé traité par le), 13.

PAPILLON (F.). Leibniz physiologiste, naturaliste et médecin, 809. Voy. RABUTEAU.

Paralysie. — rhumatismale du nerf radial, 204. — spinale aiguë (observation de), 355. — (lésions des cellules motrices dans la), 838.

Paraplégie pseudo-tétaniforme (de la), 283.

Parasites. Lésions parasitaires chez le poulet, 574.

Parotidites (de la cause des), 644.

PARROT. Ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né, 12. — Mort subite par introduction du chyme dans les voies aériennes, 204. — Thrombose cachectique des nouveau-nés, 341.

PARROT (H.). Leçons élémentaires, 774.

Pathologie générale (nouveaux éléments de), 14.

PAUL (Constantin). Traitement de la constipation par la podophylline, 324. — Emploi de l'électricité dans la paralysie faciale, 460, 517.

PAULIER. Choléra et chlorolum, 717, 762.
Peau. — (traité des maladies de la), 142. — des grenouilles (action du système nerveux sur la coloration de la), 341.
Pédieuse (observation d'anévrysme de l'artère), 293.
Pèlerinage de la Mecque. Voy. MECQUE.
PELLARIN (Charles). Importation du choléra, 604.
Pamphigus aigu (observation de), 531.
Perforation intestinale (signe physique de la), 454.
PÉNIER. Hernie ombilicale étranglée, 737. — Anomalie de l'œsophage, 865.
Périostite phlegmoneuse avec nécrose de la clavicule, 451.
Péritoine. — (recherches sur l'inflammation du), 138. — dans le cours d'une pleurésie (observation de), 260. — purulent avec rupture de l'ombilic; guérison (observation de), 261. — (carreau et inflammation du), 434.
Péritonite mortelle dans le cours d'une pleurésie (observation de), 259.
PERRET. Mode de préparation de la propylamine, 205.
PERRIN. Sur les méthodes d'extraction de la cataracte, 273.
PERSONNE. De l'essence de térébenthine antidote du phosphore, 1. — Emploi des tuyaux de plomb pour la conduite des eaux, 713, 745.
Peste (du développement de la), 460.
PÉTROW. Des altérations du grand sympathique dans la syphilis constitutionnelle, 368.
Pharmacie militaire (service de la), 460.
Pharyngite tuberculeuse miliaire (de la), 28.
Phénique et le phénate d'ammoniaque (traitement du charbon et de la pustule maligne par l'acide), 873.
Philadelphie (diplômes de l'Université de), 70, 65, 98, 128, 780.
Phonométrie appliquée à l'exploration de la poitrine et de l'abdomen, 205.
Phosphore. — (de l'essence de térébenthine comme antidote du), 1, 25. — (nécrose par le), 070, 837. — (sur l'empoisonnement par le), 788.
Phthisie pulmonaire. — (de l'oblitération des cavernes dans la), 110. — (études générales et pratiques sur la), 277, 295. — (l'usage des débris tuberculeux peut-il donner la), 318. — (emploi des bains tièdes dans la), 327. — diabétique (études sur la), 423.
Phylloxera. — Ce qu'il devient pendant l'hiver, 219. — au réveil (transformation du), 272. — (sur le), 417.
PIDOUX. Discours sur l'inspectorat, 170. — Études générales et pratiques sur la phthisie, 277, 295.
Pierre dans la vessie par les dissolvants (traitement de la), 295.
PIERRET. Sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs dans l'ataxie locomotrice, 819.
PIGEON. Sur le typhus de la race bovine et la théorie du sommeil, 808.
Pigment sanguin. Voy. MÉLANÉMIE.
Pigmentation cutanée (action des nerfs sur la), 346.
PIORRY. Discours sur la septicémie, 259, 273.
Piqûre anatomique (médecin mort de), 32, 312.
Plante ressuscitante (une), 190.
Pleurésies à épanchements aréolaires (des), 28.
Plomb pour la conduite des eaux (emploi des tuyaux de), 713 745, 753.
Plombières (traitement des diarrhées chroniques par les eaux de), 390.
Podophyllin (traitement de la constipation par la), 324.
PODRASKI. Amputation de la langue avec ligature préalable des deux artères, 128. — Myosite ossifiante du muscle brachial, 502.
POINSOT (G.). De la conservation dans le traitement des fractures compliquées, 263.
POLAILLON. Anévrysme faux consécutif à la suite de résection du coude, 188.
Police sanitaire des animaux domestiques (théorie de la), 549.
Polydactilie. Homme à huit doigts, 755.
PONCET (A.). Observation de méningite syphilitique, 476. — De la décortication du nez dans l'éléphantiasis de cet organe, 649.
PONCET (de Cluny). Des décollements spontanés de la rétine, 763. — Observation de cysticerque de l'œil, 746.
Ponction aspiratrice. — dans les kystes du foie, 109. — dans les hernies, 109, 188. — du genou suivie de mort (observation de), 223. — (hernies étranglées traitées par la), 169, 306, 738. — dans les épanchements du genou (de la), 354.
Population. — de France en 1872 (dénombrement de la), 18. — Dénombrements de 1868 et 1873 comparés, 40. — de France (de la), 365.
POTAIN. De la *relapsing fever*, 85. — Injections veineuses dans le choléra, 725.
POUCHET. Ossification du crâne des poissons, 91. — Cristaux bleus dans le sang des crustacés, 190. — Des écrevisses rouges, 360.
Pouls. — dicrote dans le rétrécissement mitral (du), 300. — (théorie du), 857.
POZZI. Sur les fistules pelvi-rectales supérieures, 356.
Prépuce par l'orlatomie (traitement des affections du), 756.
PRÉVOST (J.-L.). Distribution de la corde du tympan, 25.
Propylamine. — Son emploi dans le rhumatisme, 33, 49, 75, 97, 193, 233, 252, 536. — (mode de préparation de la), 265. — (discussion sur le), 291. — (sur la), 362. — (expériences sur la), 355, 464.
Protoxyde d'azote. — (mort par l'inhalation du), 110, 123. — sur la respiration (action du), 386, 465. — (signes de l'anesthésie par le), 740.
Protubérance. — (hémorrhagie de la), 262. — (tubercule de la), 291. — avec polyurie et glycosurie (hémorrhagie de la), 341.
PROUST (A.). Essai sur l'hygiène internationale, 598.
Pseudo-pellagre, 490.
Puerpérale. — (sur les maladies d'origine), 373. — (prophylaxie de la fièvre), 366.
Pupilles. — dans l'épilepsie absinthique (dilatation des), 158. — dans les affections unilatérales (de l'inégalité des), 471.
Purgatifs. — (sur le mode d'action des), 326. — (action de la magnésie et de l'hydrosulfite de soude comme), 452.
Purulente et putride. — (abcès métastatiques dans l'infection), 1. — (discussion à l'Académie sur l'infection), 41, 58, 74, 89, 176, 226, 240, 259, 273, 290, 365, 409. Voy. PYOHÉMIE.
Pustule maligne à des animaux (inoculations de la sérosité de), 60.
Pyohémie. — spontanée (inoculabilité du sang dans la), 216. — (blennorrhagie suivie de), 209. Voy. SEPTICÉMIE.

Q

Quarantaines au congrès de Vienne (des), 775, 791, 821.
QUATREFAGES. La race prussienne, 396.
QUINCKE. Physiologie du liquide céphalo-spinal, 125.
Quinine. — (action du tannate de), 803. — (sur la), 806.
QUINQUAND. Procédé de dosage de l'hémoglobine dans le sang, 417. — Variations de l'hémoglobine dans les maladies, 566. — Dosage de l'oxygène dans les liquides, 805.

R

RABUTEAU. Action toxique du tétraméthyle ammonium, 226, 245, 258. — Action de l'hydrogène arsénié, 276. — Action de l'iodure de potassium sur la quantité d'urée, 436. — Action purgative des hydrosulfates de soude et de magnésie, 452. — Expériences sur l'élimination de l'urée, 500. — Variations de l'urée sous l'influence de la caféine, 527, 508. — Innocuité de l'atropine dans l'estomac des lapins, 683. — Action des sels de strontium et de baryum, 677. — La digitale poison musculaire, 727. — Action des sels de mercure, 772. — Du chloroforme impur, 188. — Action toxique de l'acide oxalique, 865. — Nouveau procédé de dosage des azotates, 837.
RABUTEAU et PAPILLON. Action de certains toxiques sur les poissons de mer, 819.
Race prussienne (la), 393.
Rachis (déviation du), 187.
Radial (paralysie traumatique du nerf), 139. — (paralysie rhumatismale du nerf), 264.
Rage au point de vue physiologique (de la),
Ramollissement du cerveau chez le nouveau-né, 121.
RANSOM. Tumeur cancéreuse du médiastin, 518.
RANVIER. De la dégénérescence des nerfs après leur section, 26. — Sur la formation de la fibrine, 61. — Régénération des tubes nerveux, 130. — Sur l'accroissement du tissu conjonctif, 245. — Des muscles rouges et des muscles blancs du lapin, 452, 734. — Développement du tissu osseux, 754. — Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière, 861.
Rate (de la circulation dans la), 223.
RAYMOND. Lypémanie avec aphasie, 886.
RAYNAUD (M.). Sur la nature de l'érysipèle, 171. — Inoculabilité du sang dans la pyohémie spontanée, 210.
Recrutement (imperfections du compte rendu officiel des opérations du), 138.
Rectum (dilatation artificielle du), 13. — (discussion sur la nature et le traitement des rétrécissements du), 75, 123, 188. — (électrolyse dans un rétrécissement du), 136. — par les suppositoires de gélatine (traitement de l'accumulation des matières fécales dans le), 355. — par un corps fibreux utérin (obstruction du), 484, 787.
REGNARD. Diminution de l'urée coïncidant avec des accès fébriles, 772.
Reins. — (de la sclérose artério-capillaire dans l'atrophie des), 17. — (traité des affections des), 203. — (action du nerf splanchnique sur les), 341. — (du cancer du), 467. — (des altérations concourant à l'imperméabilité des), 452. — contenant un calcul (abcès du), 628.
Relapsing fever, 80.
Remèdes secrets (jurisprudence médicale des), 686.
RENAUT. Anatomie pathologique de l'érysipèle, 221, 077.
Rénaux (expérience sur la section des nerfs), 421.
Résection. — de la diaphyse humérale, 139. — du genou (sur la), 320. — du maxillaire inférieur (de la), 592. — du côte (cas de), 508.
Respiration. — (influence de l'air comprimé sur la), 177. — chez les poissons (de la cause des mouvements de la), 187. — (influence du protoxyde d'azote sur la), 388.
Respiratoire de Cheyne-Stokes (phénomène), 444, 492.
Rétention d'urine (ponctions de la vessie avec l'aspirateur dans la), 14.
Rétine. — (emboli de l'artère centrale de la), 156. — (décollements spontanés de la), 763.
REYNAL. Traité de la police sanitaire des animaux domestiques, 546.
Rhino-bronchite spasmodique, 342.
Rhinoplastie (cancer du nez et), 317.
Rhumatisme. — par la propylamine (traitement du), 33, 40, 75, 233, 252. — articulaire aigu dans le cours d'une blennorrhagie (observation de), 62, 163. — (sur la valeur de la triméthylamine dans le traitement du), 536. — articulaire aigu (étiologie et pathogénie du), 839.
RICHMOND. Contusion de la hanche, 476.
RINGER (Sidney). Influence de la belladone sur les sueurs, 548.
RISZOLI et MARTINELLI. Deux cas de tétanos guéris par la névrotomie, 562.
ROBERTS. Traité pratique des affections des reins et des voies urinaires, 263.
ROMMELAERE. Déformation des globules rouges du sang, 784, 793. — Sur l'empoisonnement par le phosphore, 780.
ROQUE. Inégalité des pupilles dans les affections unilatérales, 476. — Dégénérescence héréditaire dans l'intoxication saturnine, 471.
ROUCHER. Du service de la pharmacie militaire, 466.
ROUGE. Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'ozène, 126.
Rougeole dans la période d'invasion (de la contagion de la), 204.
ROUX (E.). Variations de l'urée sous l'influence du thé et du café, 527.
RUDINGER. Sur l'occlusion de la trompe d'Eustache, 518.

S

Sable intestinal, 755.
Sages-femmes. Vente du seigle ergoté, 424.
SAINT-GERMAIN (de). Nouveau procédé de laryngotomie, 516.
SAINT-VEL (O.). De quelques analogies entre le choléra et la fièvre jaune, 651.
SAMELSON. Embolie de l'artère centrale de la rétine, 156.
Sang. — dans la mélanémie palustre (migrations du pigment du), 25, 35. — (numération des globules du), 60. — (sur la formation de la fibrine du), 91. — suroxygéné (coagulation du), 116, 173. — (pouvoir oxydant du), 137. — (dosage des gaz du), 146. — (action du séléniate de soude sur le), 173. — des crustacés (cristaux bleus dans le), 196. — pyohémique (inoculabilité du), 216. — (filaments mobiles et corpuscules dans le), 222. — (sur la transpirabilité du), 236. — de l'homme (hématozoaires du), 367. — (des récents travaux sur les gaz du), 391. — (procédé de dosage de l'hémoglobine du), 417. — (des filaires du), 677, 693. — dans le choléra (état du), 756. — dans les maladies hémorrhagiques (altérations des globules rouges du), 784, 793. — dans l'intoxication saturnine (examen des globules du), 805.
SANNÉ. Traitement de l'hydropneumothorax, 523.
SANSON (A.). Détermination du coefficient mécanique des aliments, 417.
Saturnine. — dans la production de la goutte (influence de l'intoxication), 389. — (vaginisme dans l'intoxication), 465. — (altérations des humeurs dans l'intoxication), 468. — (dégénérescences

héréditaires produites par l'intoxication), 471. — (examen des globules du sang dans l'intoxication), 895.

Scarlatine. — (ulcération de la carotide à la suite de la), 43. — (luxation de la hanche dans une), 43. — (desquamation plantaire dans la), 437.

SCHIFF (M.). Du choléate de soude dans la lithiase biliaire, 246.

SCHLESINGER. Sur les mouvements réflexes de l'utérus, 43.

SCHMITZ. Des abcès rétropharyngiens idiopathiques, 749.

SCHULTZE (B.-S.). Du traitement mécanique des déplacements en arrière de l'utérus, 92.

SCHWALBE. Sur les membranes des corpuscules du lait, 126.

Sclérodermie (observation de), 229.

Sclérostome armé chez le canard (du), 677.

Scrofule cérébrale, 175.

Secours médicaux (postes de), 16, 39.

Sécrétions biliaires et pancréatiques chez les omnivores (les), 12.

SEGUIN. De la pseudo-paraplégie tétaniforme, 283.

Sélénite de soude. Son action sur le sang, 173.

SÉNATOR. Contributions à l'étude de la fièvre, 222.

Septicémie. — (abcès métastatiques dans la), 1. — à l'Académie de médecine (discussion sur la), 41, 58, 74, 89, 179, 229, 249, 259, 273, 299, 365, 499, 675, 689. — expérimentale (recherches sur la), 69, 158, 220. — (contributions à l'étude de la), 411. — Sur le sang septicémique, 788.

Septiques.—(effets produits par l'injection des liquides), 41, 99, 74, 158, 179, 173, 273, 276, 395, 411, 675. — (influence du froid sur les), 394.

Sérosité péritonéale (analyse des gaz de la), 199.

Serpents venimeux. — Action de leur venin, 546.— (injections d'ammoniaque dans les morsures de), 495, 616.

Service de santé militaire.— allemand (du), 356. — (réorganisation du), 343, 345, 431, 505.

SIMON (G.). De la dilatation artificielle de l'anus et du rectum au point de vue de l'exploration et des opérations, 13.

SINÉTY (de). État du foie chez les femelles en lactation, 12. — De l'ictère dans la ligature du canal cholédoque, 819. — La glycosurie de la lactation disparaît par l'ablation des mamelles, 837.

SIREDEY. Pseudo-pellagre, 498.

SIZER. Leucocythémie splénique traitée par des inhalations d'oxygène, 772.

SMITH. Luxation spontanée de la hanche, 43. — Hydrocèle de la vésicule séminale, 422.

Société.—médicale des hôpitaux; élection du bureau; compte rendu de l'année, 29. — de chirurgie; compte rendu annuel et prix, 41. — de biologie, 1. — de biologie; élection du bureau, 7. — de secours aux blessés (rapport sur la), 175.

Souffle et du double claquement aortique (du), 105.

SOUPLET. Emploi du bain tiède, 327.

SPAGGIA. Signe physique de la perforation de l'intestin, 454.

Spectroscope.—(examen de la chlorophylle dans les produits de digestion, par le), 58. — (applications du) à l'analyse des eaux minérales, 24.

Spina bifida (observation de), 693.

STOFF (Olga) et HASSE (Sophie). De la circulation du sang dans la rate, 223.

STOKES (W.). Emploi de l'appareil de Jarvis dans les luxations, 628.

STRAUSS (J.). Des récents travaux sur les gaz du sang, 391.

STROHL. Voy CASSELMANN.

Strontium (action toxicologique des sels de), 677.

Sucre de canne dans le tube digestif (transformation du), 221.

Sueurs locales. — (deux cas de), 141, 155. — (des), 573.

Sulfocyanure de potassium. Son action directe sur le cœur, 367.

Sympathique. — dans la syphilis constitutionnelle (des altérations du nerf grand), 398. — (pathologie du nerf grand), 521. — sur la circulation de la rétine et les mouvements de l'iris (influence de l'électrisation du nerf grand), 837.

Syphilis. — période secondaire chez la femme (troubles nerveux de la), 6, 49, 82. — (lésions tertiaires des bourses séreuses et hydarthrose dans la), 22. — Rétrécissements syphilitiques de l'isthme du gosier, 122. — (du bubon d'emblée comme accident primitif de la), 133, 245, 296. — dans ses rapports avec le mariage (la), 159. — constitutionnelle (lésions du grand sympathique dans la), 368. — par la méthode hypodermique (traitement de la), 320. — (méningite dans la), 479.— chez la femme (leçons sur la), 485. — (de l'encéphalite dans la), 569. — secondaire et tertiaire du système nerveux (de la), 915. — (prophylaxie de la), 646.—(traité théorique et pratique de la), 678. — (origine de la), 711. — (de la puissance d'inoculabilité du virus de la), 758. — (troubles nerveux chez l'homme atteint de), 797. — au congrès de Vienne (sur la prophylaxie de la), 890.

T

TACHARD. Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique, 326.

Tænia mediocanellata (du scolex du), 581.

TAMIN-DESPALLES. Rapports entre les observations ozonométriques et la mortalité de Paris, 74.

TAYLOR. Propagation des maladies infectieuses par le lait, 094.

Tempérance ; bulletin de l'Association contre l'abus des boissons alcooliques (la), 263.

Température. — (influence des variations locales de la); sur la — générale du corps, 77. — centrale chez les pleurétiques (cause d'élévation de la), 137, 181. — dans le tétanos (cause de l'élévation de la), 404. — (observation d'éclampsie urémique avec élévation de), 404. — cutanée (mensuration thermométrique de la), 437.

Térébenthine (essence de). Antidote du phosphore, 1, 25.

Testicule (névralgie du) guérie par l'électrisation, 615.

Tétanos. — (la contraction musculaire cause de l'élévation de température dans le), 494. — guéris par la névrotomie (deux cas de), 562.

Tétraméthyle ammonium. Son action toxique, 229, 245, 258.

Thérapeutique (nouveau dictionnaire de), 727. Voy. BROMURE, AMMONIAQUE, DIGITALE, PROPYLAMINE, etc.

THIERFELDER. Sur la cicatrisation des greffes cutanées, 14.

THOLOZAN. Origine européenne du choléra, 459. — Développement de la peste, 496.

THOMPSON. Sur les complications rénales dans l'affection calculeuse de la vessie, 152, 165. — Traitement de la pierre dans la vessie par les dissolvants, 294.

Thoracocentèse. — (causes de l'élévation de la température chez les opérés de), 137, 181. — (de l'expectoration albumineuse consécutive à la), 388, 435.— (œdème à la suite de la), 389.

Thrombose. — et de l'embolie (de la), 54. — de l'artère pulmonaire (observation de), 684.

Thyroïde. — (structure du corps), 313.— dans les goîtres (extirpation de la), 999, 718.

Thyroïdite. — suivie de mort, 294. — (épidémie de), 648.

TILLAUX. Kyste de l'ovaire, ponction par le vagin, 199. — Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur, 676.

TODD (Walton). Opérations sur l'utérus gravide, 42.

Toxicologie (manuel de), 597.

Trachée ou trachéocèle (hernie de la), 429.

Trachéotomie pratiquée par la galvanocaustique (la), 222, 787. — (des avantages de la lenteur dans l'opération de la), 817, 833.

Transfusion du lait dans le choléra (de la), 262.

Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme, 399.

TRÉCUL. Origine de la levûre de bière, 813.

TRÉLAT. Sur les diverses méthodes d'extraction de la cataracte, 339.—Tumeurs érectiles opérées par la galvanocaustique, 738. — Traitement de la nécrose phosphorée, 836.

Trépan de l'œil. Nouvel instrument, 219.

Trijumeau (phénomènes consécutifs à la section du nerf), 439.

Triméthylamine. Voy. PROPYLAMINE.

TROISIER. Un cas d'aphasie sans lésions du lobe frontal, 837.

Trompe d'Eustache (sur l'occlusion de la), 518.

Tuberculose. — des organes génitaux de la femme (sur la), 42. — L'usage de débris d'animaux tuberculeux peut-il donner la phthisie pulmonaire, 318. — aiguë (contribution à l'étude de la), 327. — (transmission de la), 351, 386. — Consommation de la viande d'animaux, 462.— Des méninges spinales, 485. — généralisée chez un fœtus (observation de), 548. — par les voies digestives (transmission de la), 562, 564, 574.

Tumeurs congénitales de la région ano-coccygienne, 17.

Typhoïde. — par la méthode de Brandt (traitement de la fièvre), 693. — (sur la forme ambulatoire de la fièvre), 821.

Typhus exanthématique. — à l'Académie de médecine (discussion sur le), 27, 339, 373, 386, 462, 434, 528. — (observation de), 39. — à Metz (du), 38, 56. — pétéchial ou — des Arabes (le), 119. — (sur le), 425, 441, 489. — (origines et propagations du), 813, 828.

Typhus de la race bovine, 808.

U

UHLE et WAGNER. Nouveaux éléments de pathologie générale, 14.

Université de Philadelphie (l'), 79, 95, 97.

Urée.—(influence de l'iodure de potassium sur l'), 436. — (action phlogogène de l'), 452 — (expériences sur l'élimination de l'), 560. — sous l'influence du thé et du café (des variations de l'), 527, 566. — à la surface cutanée dans le choléra (production d'), 740. — (accès fébriles avec diminution de l'), 772.

Urèthre (extraction d'une sonde brisée dans l'), 673.

Uréthrocèle vaginale (observation d'), 189.

Urine. — Voy. RÉTENTION, INCONTINENCE. — (leçons sur les), 3, 19, 67, 100.— (alcool physiologique dans l'), 26. — chez les hystériques (diminution de 266. — dans les tissus (effets prod par l'injection d'), 373. — par la (coloration de l'), 547. — (guide p l'analyse de l'), 759.

Urique. — dans le sang (effets produits l'injection de l'acide), 58. — d l'intoxication mercurielle (diminution l'acide, 380.

Utérus. — dans les cas de prolapsus (no veau moyen de contention de l'), 15 gravide (opérations sur l'), 42. — les mouvements réflexes de l'), 43. et de leur traitement (des flexions et versions de l'), 92.—(gastrotomie d les cas de tumeurs fibreuses de l'), 1 198, 285, 298, 369, 447, 461. (traitement intra-utérin des déviati de l'), 124. — (érection du col de 125. — (traitement des rétrécisseme du col de l'), 395. — (obstruction rectum par un corps fibreux de l'), 4 737. — Dilatation extemporanée canal cervico-utérin, 947. — (obstru tion intestinale par les fibromes de 787. — consécutive à la délivra (réduction de l'inversion de l'), 799.

V

Vaccin. — (choix du), 551. — (sur l'i culation du), 641.

Vaginisme dans l'empoisonnement saturn 495.

Valériane dans l'azoturie, la polyurie et diabète (action de l'extrait de), 421.

Valérianées (études botaniques, chimiq et médicales sur les), 12.

VALLIN (E.). De la hernie diaphragmati étranglée, 777. — De la forme ambu tive de la fièvre typhoïde, 821.

Vals (recherches sur la source Madels de), 24.

VALZ (DE). Blessure de l'artère fessiè 592.

VAN LAIR et MASIUS. Sur la microcyth mie, 785.

Varice artérielle de l'artère tempora 354.

Varices (injections d'ergotine dans le 126.

Varicelle ayant déterminé la variole contagion (un cas de), 172.

Variole de 1869 à 1872 (marche de l'é démie de), 399. — (de la températu dans la), 582. — au point de vue é démiologique (la), 994.

Vaso-moteurs. — (le lingual et l'hypogl comme nerfs), 349. — (action du n splanchnique comme), 341.

Vermouth dans la consommation, ses d gers (usage du), 187, 291.

VERNEUIL. Lésions syphilitiques tertiai des bourses séreuses, et hydarthro tertiaires, 22. — Hydatide solitai 77. — Anévrysme de l'artère axilla guéri par la compression indirecte int mittente, 184. — De l'herpès traum tique, 297. — De la résection du c cyx dans le traitement de l'imperfora de l'anus, 493. — Déviation de la lonne vertébrale, 577. — Sur la cox gie, 578. — Sur la résection du ma laire inférieur, 668, 767.

Verres colorés (modifications de la lumi chromatique à travers les), 74.

Vertébral (empyème ouvert dans le can 399.

Vertébrale avec déviation conjuguée yeux (occlusion de l'artère), 119. (appareil pour les déviations de colonne), 577.

Vésico-vaginales. — (procédé nouv dans le traitement des fistules), 1 189. — (traitement des fistules), 3

Vésicule séminale (hydrocèle de la), 42

Vessie. — dans un cas de rétention (ponction de la), 14. — (des complications rénales dans l'affection calculeuse de la), 152, 165. — par les dissolvants (traitement de la pierre dans la), 294. — (exstrophie de la), 354.
Vichy (composition des eaux de), 304.
Vie (de la longévité humaine et de l'art de prolonger la), 13.
Villemin. Péritonite aiguë mortelle dans le cours d'une pleurésie, 200.
Virchow. La race prussienne, 393.
Viry. Du typhus exanthématique à Metz, 56.
Vision. — (influence de l'éclairage sur l'acuité de la), 308. — (recherches sur l'acuité de la), 819.
Vitiligoidea, tuberosa et plana, 174.
Vogt. Injection sous-cutanée d'ergotine comme traitement des varices, 126.
Voillemier. Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation linéaire de l'anus, 538.
Voltolini. Trachéotomie pratiquée par la galvanocaustique, 222.
Vomer (tumeur myéloïde du), 380, 396
Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave (des), 655. Voy. Apomorphine.
Vulliet. Nouveau pessaire, 15.
Vulpian. La corde du tympan nerf moteur, 34. — Action du lingual sur la corde du tympan, 77, 91, 186, 204, 310, 345. — Paralysie rhumatismale du nerf radial, 204. — Discours sur la septicémie, 220. — Action vaso-motrice du lingual et de l'hypoglosse, 340, 345.— Action du nerf grand splanchnique sur les reins, 341. — Expérience sur la section des nerfs rénaux, 421. — Phénomènes consécutifs à la section du trijumeau, 436.

W

Wagner. Voy. Uhle.
Wallis. Voy. Key.
Warlomont. Des procédés d'extraction de la cataracte, 795.
Wecker. Ectropion; opération nouvelle, 416.
Weiss (Ch.). Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance, 790.
Wernher. Histoire et théorie du mode de formation des hernies, 14.
Wernich. Erection du col de l'utérus, 125.
Wetehead. Réadaptation d'un nez coupé, 159.
Widal. Expérimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée, 838.
Williams. De l'oblitération des cavernes pulmonaires, 110.
Willemsens. Étude sur le catarrhe d'été, 342.
Wilson (E.). *Lectures on dermatology*, 838.
Woillez. Sur le choléra, 834.
Wolfe (J.-R.). Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme, 390.
Worms (J.). Lipome sous-muqueux de la bouche, 241, 321.

X

Xanthelasma (observation de), 174.
Xanthine extrait de la vessie (calcul de), 261.

TABLE DES FIGURES

Nouveau céphalotribe, 107.
Trépan de l'œil, 219.
Nouvel aspirateur pour la thoracocentèse, 352.
Lunette double d'Aubry, 466.
Encéphalite gommeuse, 510.
Pulvérisateur hydropneumatique, 528.
Bandage immobilisant, 592.
Pince à sutures, 594.
Trocart à rainure conductrice, 658.
Diagrammes sur la cataracte, 597.
Nouvel amygdalotome, 832.
Pompe aspiratrice, 834.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2